



Tên người đăng ký: _____

Những người muốn đăng ký thêm Supplemental Dental Benefit Plan vào Central Health Medicare Plan của họ thì họ có thể sử dụng biểu mẫu này.

- Bạn có thể đăng ký Supplemental Dental Benefit Plan hàng năm vào thời gian đăng ký hàng năm của Medicare (từ 15 tháng 10–7 tháng 12) hoặc trong vòng 90 ngày kể từ ngày hiệu lực của chương trình.
- Supplemental Dental Benefit Plan sẽ không khả dụng với tất cả các chương trình Central Health Medicare Plan. Các chương trình đủ điều kiện và phí bảo hiểm hàng tháng liên quan được liệt kê dưới đây.

Tên chương trình đủ điều kiện	Supplemental Dental Benefit Plan tùy chọn		
	Phí bảo hiểm hàng tháng	Giới hạn lợi ích hàng năm đối với các dịch vụ trong mạng lưới	Giới hạn lợi ích hàng năm đối với các dịch vụ ngoài mạng lưới
Central Health Medicare Plan (HMO) 001	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Savings Plan (HMO) 019	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Jade Plan (HMO) 022	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Premier Plan I (HMO) 023	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Valor Care Plan (HMO) 030	\$21	\$3,000	\$1,500

Phí bảo hiểm hàng tháng cho Supplemental Dental Benefit Plan được thanh toán thêm ngoài phí bảo hiểm Medicare Phần B của bạn. Nếu bạn không thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng cho Supplemental Dental Benefit Plan, thì bạn sẽ bị mất chương trình này nhưng vẫn tiếp tục tham gia chương trình Central Health Medicare Plan.

Bạn có thể đăng ký lại vào kỳ đăng ký hàng năm tiếp theo của Medicare.



CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Đánh dấu vào ô dưới đây để thêm phạm vi bảo hiểm bổ sung vào chương trình bảo hiểm của bạn:

☐ **This one should be translated into vietnamese: Tôi muốn thêm Supplemental Dental Benefit Plan vào chương trình Central Health Medicare Plan của tôi.**

VUI LÒNG ĐỌC KỸ VÀ KÝ TÊN

Tôi hiểu rằng việc đăng ký này là dành cho Supplemental Dental Benefit Plan, sẽ được thêm vào các lợi ích của Central Health Medicare Plan của tôi. Việc đăng ký Supplemental Dental Benefit Plan sẽ bị giới hạn vào một số thời điểm nhất định trong năm.

Tôi hiểu rằng với tư cách là một thành viên mới của Central Health Medicare Plan, tôi chỉ có thể thêm Supplemental Dental Benefit Plan trong vòng 90 ngày kể từ ngày hiệu lực của chương trình, để được bảo hiểm bắt đầu từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Tôi hiểu rằng nếu tôi không thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng cho Supplemental Dental Benefit Plan, thì tôi sẽ mất lợi ích/bảo hiểm nhưng vẫn tiếp tục tham gia vào Central Health Medicare Plan. Tôi có thể đăng ký lại vào kỳ đăng ký hàng năm của Medicare.

Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hủy đăng ký quyền lợi tùy chọn này bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Dịch vụ thành viên theo số điện thoại được liệt kê ở cuối biểu mẫu này. Việc hủy đăng ký của tôi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng, sau tháng mà Central Health Medicare Plan nhận được yêu cầu hủy đăng ký của tôi.

Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền thay mặt tôi theo luật pháp của Bang nơi tôi sinh sống) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi một cá nhân được ủy quyền, thì chữ ký này chứng nhận rằng: 1) người này được ủy quyền theo luật của Bang để hoàn tất việc đăng ký này và 2) tài liệu chứng minh quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Central Health Medicare Plan hoặc Medicare.

Bằng cách ký tên, tôi đồng ý với lựa chọn đăng ký đã yêu cầu ở trên và khoản phí bảo hiểm hàng tháng bổ sung.

Họ của thành viên: _____ Tên thành viên: _____

Số ID Thành viên (không bắt buộc): _____ Số Medicare: _____

Chữ ký của thành viên: _____ Ngày: _____

Vui lòng chọn cách bạn muốn thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng cho Supplemental Dental Benefit Plan.

☐ Gửi cho tôi hóa đơn hàng tháng.

☐ Tự động trừ tiền từ tài khoản ngân hàng của tôi hàng tháng. (Vui lòng cung cấp thông tin bên dưới nếu bạn chọn phương thức này. Phí bảo hiểm hàng tháng của bạn sẽ được trừ từ tài khoản của bạn vào ngày 25 hàng tháng.)

Tên ngân hàng: _____ Số định tuyến: _____

Số tài khoản: _____

Đối với cá nhân hỗ trợ người đăng ký hoàn thành biểu mẫu này, vui lòng ký tên ở trên và cung cấp thông tin sau:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: (_____) _____

Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Vui lòng gửi lại biểu mẫu đã hoàn thành này cùng với đơn đăng ký của bạn qua:

Fax: 1-626-388-2371

Mail: Central Health Medicare Plan

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

Attention: Enrollment Department

Để biết thêm thông tin hoặc được hỗ trợ về biểu mẫu này, vui lòng gọi đến Dịch vụ thành viên theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711), từ 8:00 sáng – 8:00 tối theo giờ Thái Bình Dương, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3) và từ Thứ Hai – Thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9).