



申請人姓名：_____

想要將額外牙科福利計劃加入您的中心健保聯邦健康保險計劃的申請人請填寫此表格。

- 您可以每年在聯邦健康保險計劃（Medicare）的年度投保期（10月15日至12月7日）期間或至您的計劃生效之日起的90天內投保額外牙科福利計劃。
- 額外牙科福利計劃不適用於所有中心健保聯邦健康保險計劃。符合中心健保資格的計劃和相關的每月保費列出如下

符合資格的計劃名稱	可供選擇的額外牙科福利計劃		
	每月的額外費用	醫療網內服務的年度福利限額	醫療網外服務的年度福利限額
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

除了您的 Medicare B 部分保費之外，您還需要支付額外牙科福利計劃的每月保費。如果您未能支付額外牙科福利計劃的每月保費，您將失去額外牙科福利計劃，但仍能參加中心健保聯邦健康保險計劃。您可以在聯邦健康保險計劃（Medicare）的下一個年度投保期內再次投保額外牙科福利計劃。



CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

選中下面的方格以將額外牙科福利新增至您的保險計劃中：

☐ 我想將額外牙科福利計劃添加到我的中心健保聯邦健康保險計劃中。

請閱讀並簽名

我明白，此次登記是針對額外牙科福利計劃，該計劃是我的中心健保聯邦健康保險計劃福利之外的補充。額外牙科福利計劃的註冊僅限於一年中的某些時間。

我明白，作為中心健保聯邦健康保險計劃的新會員，我只能在中心健保計劃生效日期后90天內添加額外牙科福利計劃，並從下個月的第一天開始生效。

我明白，如果我未能支付額外牙科福利計劃的每月保費，我將失去福利/承保範圍，但仍將參加中心健保聯邦健康保險計劃。我可以在聯邦健康保險計劃 (Medicare) 的下一個年度投保期內再次投保額外牙科福利計劃。

我明白，我隨時可以按照本表格底部列出的電話號碼聯絡中心健保的會員服務部，使用退出額外牙科福利計劃的可選權益來退出該計劃。我將在中心健保聯邦健康保險計劃收到我的退出請求後的下一個月的第一天退出該計劃。

我明白，我在本申請表上的簽名 (或根據我所居住的州的法律授權代表我行事的人的簽名) 意味著我已閱讀並理解本申請表的內容。如果由授權個人簽署，則該簽名證明：1) 此人已根據州法律授權完成此登記，並且
2) 可根據中心健保聯邦健康保險計劃或聯邦健康保險計劃 (Medicare) 的要求提供此授權的文件。

通過簽名，我同意上述要求的註冊選擇以及所需的額外每月保費。

會員名字：_____ 會員姓氏：_____

會員號碼：(可選)：_____ Medicare 號碼：_____

會員簽名：_____ 日期：_____

請選擇您希望如何支付額外牙科福利計劃的每月保費。

☐ 每月寄給我賬單。

☐ 每月自動從我的銀行賬戶中扣除。(您的每月保費將於每月的25日從您的賬戶中扣除。如果您選擇這種方法，請提供以下信息：)

銀行名稱：_____ 路由號碼：_____

銀行賬號：_____

對於幫助申請人填寫此表格的個人，請在下面簽名並提供以下資訊：

名字：_____

地址：_____

電話：(_____) _____

與申請人的關係：_____

請將此填妥的表格與您的申請一起寄回：

Fax: 1-626-388-2371

Mail: Central Health Medicare Plan

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

Attention: Enrollment Department

如果您需要更多資訊或協助，請聯係會員服務部上午8點至晚上8點，每周七天 (10月1日至3月31日)，
周一至周五，(4月1日至9月30日)。