Blue Shield Medicare 보충 플랜 가입자를 위한 Dental PPO 플랜 등록 양식

가입자 이름(이름, 성): _____

Blue Shield 가입자 ID 번호: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

가입 플랜 유형: ☐ 개인 ☐ Household Savings(아래 섹션 2 참조)

1. 치과 플랜 옵션:

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

2. Household Savings Program(가계 저축 프로그램)*: Household Savings Program에 가입한 경우 이 섹션을 작성해야 합니다. 가계 저축을 계속 받으려면 귀하와 다른 가족 구성원이 동일한 치과 PPO 플랜을 선택하고 가입해야 합니다.

아래에서 다른 치과 플랜 옵션을 선택하거나 가구 구성원 중 한 명만 치과 PPO 플랜에 가입하려는 경우 더 이상 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다. 결과적으로 귀하는 각자 개인 청구서를 받게 되고 청구서에는 가계 저축이 포함되지 않기 때문에 귀하의 Medicare 보충 의료 플랜이 다음 청구서에 변경될 것입니다.

*이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 보충 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.

다른 가구 구성원 이름(이름, 성): _____

다른 가구 구성원 Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호: _____

다른 가구 구성원 치과 플랜 옵션: _____

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

3. 이용약관 확인

본 가입 양식을 제출하기 전에 다음 확인 사항을 읽고 아래에 서명과 날짜를 기재하여 동의한다고 확인해 주십시오.

a. 본인은(본인 또는 Blue Shield에 따라) 어떤 이유로든 치과 플랜 보장이 취소된 경우 보장을 다시 신청하려면 6개월 동안 기다려야 한다는 것을 알고 있습니다.

b. 본인은 Blue Shield에서 본인의 보장 발효일을 알려준다는 것을 알고 있습니다. 본인은 보장 발효일 이전 또는 보장 종료일 이후에 받은 서비스에 대한 비용은 보장되지 않는다는 것을 알고 있습니다.

c. 본인은 본인이 캘리포니아를 떠나는 경우 Blue Shield에서 30일의 서면 통지를 통해 본 계약을 취소할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

본인은 위에 명시된 혜택 요약 및 각 보장 약관을 읽었습니다. 본인은 위 사항을 이해하며 이에 동의합니다. 본인이 알고 믿는 한 본 양식에 제공된 정보와 확인 사항은 정확하고 사실입니다.

가입자 서명: _____ 날짜(월/일/년): _____

다른 가족 구성원의 서명: _____ 날짜(월/일/년): _____

작성 및 서명한 신청서를 다음 주소로 팩스로 발송하거나, 우편으로 발송하거나, 이메일로 보내주십시오.

Installation & Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-9969

팩스: **(844) 266-1850**
이메일: **msinstall@blueshieldca.com**

FMO/대리점 이름: _____

FMO/대리점 ID 번호: _____

판매인 이름: _____

판매인 전화번호: _____

판매인 NPN 번호: _____