Biểu Mẫu Đăng Ký Các Chương Trình Dental PPO dành cho Thành Viên Chương Trình Bổ Trợ Medicare của Blue Shield

Tên của người đăng ký (tên, họ): _____

Số ID người đăng ký Blue Shield: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

Loại chương trình đăng ký: ☐ Cá nhân ☐ Household Savings (xem Phần 2 bên dưới)

1. **Tùy chọn chương trình nha khoa:**
   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

2. **Household Savings Program (Chương Trình Tiết Kiệm Hộ Gia Đình)*:** Quý vị phải điền đầy đủ thông tin vào phần này nếu quý vị đăng ký tham gia Household Savings Program. Quý vị và thành viên khác trong gia đình cần chọn và đăng ký tham gia cùng một chương trình nha khoa của PPO để tiếp tục nhận được khoản tiết kiệm hộ gia đình.

   Quý vị sẽ mất tư cách thành viên của Household Savings Program nếu quý vị chọn một tùy chọn chương trình nha khoa khác hoặc chỉ có một thành viên trong gia đình mong muốn đăng ký tham gia chương trình nha khoa của PPO. Do đó, trong hóa đơn kế tiếp của quý vị, lệ phí dành cho chương trình y tế Bổ Trợ Medicare sẽ thay đổi vì mỗi thành viên trong gia đình quý vị sẽ nhận được hóa đơn riêng, cùng với đó, hóa đơn sẽ không tính khoản tiết kiệm hộ gia đình.

   *Các khoản tiết kiệm xuất phát từ việc tăng hiệu quả trong công tác quản lý các chương trình Bổ Trợ Medicare thuộc chương trình/dịch vụ này sẽ được chuyển sang cho người đăng ký.

   Tên của thành viên khác trong gia đình (tên, họ): _____

   Số Nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI) của thành viên khác trong gia đình:_____

   Tùy chọn chương trình nha khoa của thành viên khác trong gia đình: _____

   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

3. **Xác nhận đã đọc hiểu điều khoản và điều kiện**
   Trước khi gửi biểu mẫu đăng ký này, quý vị vui lòng đọc những mục xác nhận đã đọc hiểu dưới đây và xác nhận đồng ý bằng cách ký tên và ghi ngày bên dưới:

   a. Tôi hiểu rằng nếu quyền lợi bảo hiểm trong chương trình nha khoa của tôi bị hủy bỏ vì bất kỳ lý do nào (bởi tôi hoặc Blue Shield), tôi sẽ phải chờ sáu tháng để có thể đăng ký lại quyền lợi bảo hiểm.
   b. Tôi hiểu rằng Blue Shield sẽ thông báo cho tôi biết về ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không được bảo hiểm chi trả bất kỳ khoản phí nào cho dịch vụ nhận được trước ngày có hiệu lực của tôi hoặc sau khi chấm dứt quyền lợi bảo hiểm.
   c. Tôi hiểu rằng Blue Shield có thể hủy bỏ thỏa thuận này bằng cách gửi văn bản thông báo trước ba mươi (30) ngày nếu tôi chuyển nơi ở ra khỏi California.

Tôi đã đọc bản Tóm Tắt Quyền Lợi và từng điều khoản cũng như điều kiện bảo hiểm đề ra ở trên. Tôi hiểu và đồng ý với từng điều khoản và điều kiện đó. Theo những gì tôi biết, các thông tin và điều xác nhận được khai báo trong biểu mẫu này là đúng sự thật và chính xác.

Chữ ký của người đăng ký: _____ Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):_____

Chữ ký của thành viên khác trong gia đình: _____ Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):_____

Vui lòng gửi fax, gửi đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin và ký tên qua đường bưu điện hoặc email đến địa chỉ:

Installation & Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-9969
Fax: **(844) 266-1850**
Email: **msinstall@blueshieldca.com**

Tên FMO/Đại lý: _____

Số ID FMO/Đại lý: _____

Tên đại lý cấp cao: _____

Số điện thoại của đại lý cấp cao: _____

Số NPN của đại lý cấp cao: _____