



# Biểu Mẫu Đăng Ký Các Chương Trình Dental PPO dành cho Thành Viên Chương Trình Bỏ 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 Bỏ 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 Bỏ 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): \_\_\_\_\_

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 xác nhận rằng tại thời điểm đăng ký chương trình nha khoa này của PPO, tôi đang là hoặc sẽ là thành viên thuộc chương trình bỏ trợ Medicare của Blue Shield.
- b. 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.
- c. Tôi hiểu rằng nếu quyền lợi bảo hiểm trong chương trình Bỏ Trợ Medicare của Blue Shield của tôi bị hủy bỏ vì bất kỳ lý do nào (bởi tôi hoặc Blue Shield), quyền lợi bảo hiểm trong chương trình nha khoa này cũng sẽ tự động bị chấm dứt.
- d. 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.
- e. 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](mailto:msinstall@blueshieldca.com)

Tên FMO/đại lý: \_\_\_\_\_

Mã ID FMO/đại lý: \_\_\_\_\_

Tên đại lý cấp cao: \_\_\_\_\_

Số điện thoại của đại lý cấp cao: \_\_\_\_\_

Mã ID đại lý cấp cao: \_\_\_\_\_

Số NPN của đại lý cấp cao: \_\_\_\_\_