



Chinese  
Community  
Health  
Plan

CCHP

DeltaCare® USA

**CCHP Senior Program (HMO)**  
**東華耆英 (HMO) 計劃 - 牙科保健申請表**

如果您目前投保 CCHP Senior Program (HMO)，而且想投保 Delta Dental of California 的自選補充牙科計劃 (Optional Supplemental Dental Plan)，請填寫這份表格。請以正楷填寫，然後將投保表格寄給華人保健計劃 (CCHP)。

如果您現時是東華耆英 (HMO) 計劃的會員，您可以寄回投保表格，將自選的牙科承保福利加入您的 CCHP Senior Program (HMO)

- 在 2011 年 10 月 15 日到 12 月 31 日的年度選擇期間，承保將從 2012 年 1 月 1 日生效。

如果您新加入東華耆英 (HMO) 計劃，您可以在投保 CCHP Senior Program (HMO) 之後的 30 天內添加自選補充牙科計劃。您的承保將在我們收到您填妥的投保表格後的次月一日生效。

對，我想投保 CCHP Senior Program (HMO) 的自選補充牙科計劃，在 Medicare B 部分和 CCHP Senior Program (HMO) 的每月保費之外，每月另繳保費 \$14.60。這些保費是付給華人保健計劃 (CCHP)。在每月的計劃保費之外，您會另外收到一份每月帳單。這項計劃是自願性的。所有牙科護理都必須在 DeltaCare USA 醫療網內獲得。我可以在任何時候取消承保。如果我選擇退出計劃，我要等到下一次年度開放投保期才能重新加入。我知道如「保障說明書」所述，牙科承保由 Delta Dental of California 提供。

<b>CCHP Senior Program (HMO)</b> 東華耆英 (HMO) 計劃		計劃號碼： 06609	生效日期：	
申請人資料				
姓		名		中間名
CCHP 會員號碼：				
永久地址 (只能填寫街道地址 - 不能寫郵政信箱)				房號
城市		州	郵區	縣
性別	出生日期 (mm/dd/yyyy)	住家電話號碼		工作電話號碼
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		( ) -		( ) -
牙醫選擇		牙醫/診所名稱		牙醫/診所編號

華人保健計劃 (CCHP) 是簽有 Medicare 合約的 Medicare Advantage Organization 。

自選補充牙科計劃只會提供給已投保或申請投保 CCHP Senior Program (HMO) 的會員。

我知道我 (或是根據我所在州的法律獲准代表我行事的人) 在表格簽名，即代表我已經閱讀並了解本申請表的內容。如果由獲授權者 (如上所述) 簽名，該簽名證明 1) 此人根據州法可以填寫本投保表格，而且 2) 該權限的文件紀錄可供 CCHP 或 Medicare 索取。

申請人簽名： \_\_\_\_\_ 今天日期： \_\_\_\_\_

如果您是授權代表，您必須在上面簽名並且填寫以下資訊：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 與申請人的關係： \_\_\_\_\_

**IMPORTANT:** Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. For free help, please call Delta Dental at 1-866-247-2486 Monday through Friday between 5 a.m. and 6 p.m. Pacific time. You may also be able to receive this document in Spanish or Chinese. TTY/TDD users call 800-735-2929.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer este documento? Si no, podemos ayudarle. Para obtener ayuda gratis, llame a Delta Dental al 1-866-247-2486 Monday through Friday between 5 a.m. and 6 p.m. Pacific time. También puede recibir este documento en español o chino. Usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2929.

**重要通知：** 您能讀這份文件嗎？如有問題，我們可請他人協助您。如需免費協助，請電Delta Dental 1-866-247-2486，服務時間為太平洋地區標準時間週一至週五早上5時至下午6時。您也能取得這份文件的西班牙文或中文譯本。聽力殘障人士TTY/TDD請致電 1-800-735-2929。

請將填妥的表格寄至：

**CCHP**  
**445 Grant Ave Suite 700**  
**San Francisco, CA 94108**  
**Attn: CCHP Senior Program (HMO)**