



Chinese  
Community  
Health  
Plan

CCHP

DeltaCare® USA

**CCHP Senior Program (HMO)**

**Formulario para inscripción dental y selección de proveedor**

Complete este formulario si está inscrito en CCHP Senior Program (HMO) y desea inscribirse en el plan dental opcional suplementario ofrecido por Delta Dental of California. Por favor escriba con claridad al completar este formulario de inscripción y devuélvalo a CCHP.

- Si ya está afiliado a CCHP Senior Program (HMO)**, puede agregar los beneficios dentales opcionales a su cobertura CCHP Senior Program (HMO) enviando el formulario de inscripción.
  - durante el periodo anual de elección desde el 15 de octubre de 2011 al 31 de diciembre de 2011 para que la cobertura entre en vigencia el 1 de enero de 2012
- Si usted es un afiliado nuevo de CCHP Senior Program (HMO)**, puede agregar el plan dental opcional suplementario dentro de 30 días de su inscripción a CCHP Senior Program (HMO). Su cobertura entrará en vigencia el primero del siguiente mes después de la fecha en que recibamos su formulario de inscripción completo.
- Sí, me gustaría inscribirme en el plan dental opcional suplementario de CCHP Senior Program (HMO) por \$14.60 al mes, que es un monto adicional a las primas mensuales por Medicare Part B y CCHP Senior Program (HMO). Estas primas se pagan a CCHP. Recibirá una cuenta mensual por separado de su plan de primas mensuales. Este programa es voluntario. Toda la atención dental debe recibirse dentro de la red de DeltaCare USA. Puedo optar por dejar la cobertura en cualquier momento. Si decido dejar el programa, no puedo volver a ingresar hasta el próximo periodo anual de inscripción abierta. Entiendo que la cobertura dental es proporcionada por Delta Dental of California como se describe en la Evidencia de cobertura.

|                                  |                        |                 |
|----------------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>CCHP Senior Program (HMO)</b> | No. de grupo:<br>06609 | Fecha efectiva: |
|----------------------------------|------------------------|-----------------|

**Nombre del solicitante**

|   |                                |                      |                        |                |                           |                            |  |
|---|--------------------------------|----------------------|------------------------|----------------|---------------------------|----------------------------|--|
| Apellido  |                                | Primer nombre        |                        | Segundo nombre |                           | No. de ID de CCHP          |  |
| Residencia permanente (SOLO nombre de calles – no casillas postales)            |                                |                      |                        |                |                           | Apt. #                     |  |
| Ciudad  |                                |                      | Estado                 |                | Código postal             | Condado                    |  |
| Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) |                      | Teléfono de casa ( ) - |                |                           | Teléfono del trabajo ( ) - |  |
| <b>Selección del proveedor dental</b>   |                                | Nombre del proveedor |                        |                | Proveedor/No. consultorio |                            |  |

Chinese Community Health Plan (CCHP) es una organización de Medicare Advantage Organization con un contrato con Medicare.

El plan dental opcional suplementario solo está disponible para miembros inscritos o que está solicitando cobertura en CCHP Senior Program.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en que resido) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si es firmado por una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que 1) la persona está autorizado en virtud de la ley del estado a completar esta inscripción y 2) la autorización de esta autorización está disponible a solicitud por CCHP o por Medicare.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y completar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** 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 de lunes a viernes entre las 5 a.m. y 6 p.m., hora del Pacífico. 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點至下午6點。

您也能取得這份文件的西班牙文或中文譯本。TTY/TDD專線使用者請撥1-800-735-2929。

**Devuelva el formulario firmado a:**

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