

Health Net Dental HMO 牙科服務提供者選擇表



僅當您正在參保一項承保常規牙科 HMO 福利的 WELLCARE BY HEALTH NET MEDICARE ADVANTAGE 計劃時才填寫此牙科服務提供者選擇表。

在 Health Net 參保後，您必須選擇一家 Health Net 牙科服務提供者。請根據本牙科服務提供者選擇表作出選擇。

只需遵循以下簡單步驟：

 從 Health Net 牙科服務提供者目錄中選擇您的牙科服務提供者。

 完整填寫此表格。

 將此表單傳送至：
dentalproviderselection@dbp.com
並使用「Provider Selection」(服務提供者選擇)作為主旨行。

或

 電子傳真至 **1-855-275-1818**。

您必須從 Health Net 牙科網絡內的服務提供者獲得所有牙科護理。



會員服務部

我們的會員服務部工作人員很樂意為您提供幫助。只需致電 **1-866-249-2382 (TTY: 711)**。服務時間：中部時間週一至週五上午 7 時至晚上 10 時。

如果您需要一份牙科服務提供者目錄的副本，或者如果您正在參保 Wellcare By Health Net of California Medicare Advantage 計劃，請致電 **1-800-275-4737 (TTY: 711)**。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，您可在上午 8 點至晚上 8 點與我們聯絡，每週七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，您可在週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點與我們聯絡。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。您也可以隨時瀏覽我們的網站

go.wellcare.com/HealthNetCA
檢視此資訊。

(續)

Wellcare By Health Net Dental – 請用正楷書寫

姓氏 名字 中間名首字母

投保人 ID (僅限會員) 出生日期 電話 --
月 月 日 日 年 年 年 年

家庭地址 (不能為郵政信箱)

城市 州 郵遞區號

牙科服務提供者選擇

服務提供者名稱 服務提供者 ID

個人必須同時擁有 A 部份及 B 部份保險方可參保。Medicare 受益人只能在一年中的某個特定時間段參保這些計劃，並且須繼續支付其 Medicare B 部份保費。計劃福利和分攤費用視計劃、郡縣和地區的不同而異。請致電 Wellcare By Health Net 瞭解詳細資訊。

Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，並且是經批准的 D 部分贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。能否參保我們的計劃視合約續簽情況而定。

