



**2022 年参保申请表**  
**使用此表格参保 Essence Healthcare 计划**

**此表格适用于哪些人？**

适用于享有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 计划的人士。

**若要加入一项计划，您必须：**

- 属于美国公民或在美国合法居留
- 居住在计划的服务区域内

**重要提示：**若要加入 Medicare Advantage 计划，您必须同时拥有：

- Medicare A 部分（住院保险）
- Medicare B 部分（医疗保险）

**我何时需要使用此表格？**

您可以加入一项计划时：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（保险生效时间为次年 1 月 1 日）
- 首次参保 Medicare 3 个月内
- 允许您加入或更换计划的特定情况

请访问 [Medicare.gov](http://Medicare.gov)，了解有关您何时可以注册参加计划的更多信息。

**我需要为填写此表格做些什么？**

- 您的 Medicare 号码（您的红白蓝 Medicare 卡上的号码）
- 您的永久居住地址和电话号码

**注意：**您必须填写第 1 部分的所有项目。您可自愿选择是否填写第 2 部分的项目，即使您选择不填写，也不会被拒绝参保。

**提醒：**

- 如果您想要在秋季开放参保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入一项计划，则该计划必须在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的计划将向您发送计划保费和任何适用的逾期参保罚金和/或 OSB 的月度发票。您可以选择进行注册，以便从您的每月社会保障署（或铁路职工退休委员会）福利金中扣缴您的保费。

**接下来会怎样？**

将填妥并已签名的表格邮寄至：

Essence Healthcare

P.O.Box 12487

St. Louis, MO 63132

他们在处理完您加入计划的申请后会联系您。

**填写此表格时，如何获取帮助？**

请致电 855-200-0109 联系 Essence Healthcare。

听障人士可致电 711。

或者致电 Medicare：1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)。听障人士可致电

1-877-486-2048。



**重要提示：阅读并签署以下内容：**

- 我必须保留住院保险（A 部分）和医疗保险（B 部分）才能继续参保 Essence Healthcare。
- 加入此 Medicare Advantage 计划，即表示我确认 Essence Healthcare 将与 Medicare 分享我的信息，Medicare 可能会使用这些信息来追踪我的参保情况；与其他计划分享我的信息以便进行付款；以及用于联邦法律允许的授权收集此类信息的其他目的（请参见下文的《隐私法声明》）。
- 您对此表格的回应纯属自愿。但是不回应可能会影响您参保此计划。
- 就我所知，此参保申请表中的信息正确无误。我理解，如果我故意在此表格中提供虚假信息，我将被从本计划中退保。
- 我理解，即使已参保 Medicare，出国期间通常仍无法享有 Medicare 承保，在美国边界附近可享有的有限承保除外。
- 我理解，当我的 Essence Healthcare 保险生效后，我所有的医疗和处方药福利都必须从 Essence Healthcare 获得。Essence Healthcare 提供及 Essence Healthcare “承保范围说明书”文件（也被称为会员合约或投保人协议）中包含的所有福利和服务均在承保范围内。对于不在承保范围内的福利或服务，Medicare 和 Essence Healthcare 均不会支付相关费用。我将在收到 Essence Healthcare 的承保范围说明书后仔细阅读该文件，以了解要获得此 Medicare Advantage 计划的承保，我必须遵守哪些规则。
- 一旦我成为 Essence Healthcare 的会员，我理解，若我不同意计划对付款或服务所作的决定，我有权提出上诉。
- 我理解，参保 Essence Healthcare 将使我自动退出任何其他 Medicare 保健计划和/或处方药计划。
- 我理解，我（或取得合法授权代表我行事个人）在此申请表上签名即表示本人已阅读并理解此申请表的内容。如果由授权代表（如上所述）签署，此签名确认：
  - 1) 此人在州政府法律下经授权完成此参保程序，并且
  - 2) 在 Medicare 要求时可提供该授权的证明文件。

可选补充福利的参保条件：如果您在第 1 页中选择“是”以增加可选补充福利，请阅读以下信息。填妥此参保申请即表示：

- 我同意在我的选择中以上述月缴保费金额添加可选补充福利（包括牙科和视力）。这笔金额是单独的，未包含在我的 Medicare 保费、Essence Healthcare 计划保费以及可能适用的任何逾期参保罚金 (LEP) 之内。
- 我理解，可选补充福利仅适用于参保 Essence Healthcare 计划的会员，从 Essence Healthcare 计划退保将导致自动退出可选补充福利。
- 如果我参保牙科 (DHMO) 和视力可选补充福利，我理解，我必须从网络内医疗服务提供者处获得承保护理，紧急或急症医疗服务除外。如果我接受网络外提供者的服务，我将自行承担与这些服务相关的所有费用。
- 如果我参保牙科 (PPO) 和视力可选补充福利，我了解对于视力服务，我必须从网络内医疗服务提供者处获得承保护理；如果我从网络外医疗服务提供者处获得视力服务，我将自行承担与这些服务相关的所有费用。我理解，对于牙科服务，我可以从网络外医疗服务提供者处获得承保护理；如果我从网络外医疗服务提供者处获得牙科服务，我可能需要承担更高的分摊费用。除非出现紧急或急症医疗状况，非签约提供者可能拒绝提供治疗服务。
- 我理解，如果我退出可选补充福利，则在下一个 Essence Healthcare 有效的可选补充福利参保期之前，我将无法再次参保。
- 我理解，如果我没有支付可选补充福利的月缴保费，我将退出可选补充福利，但仍将继续参保 Essence Healthcare。

签名：

今天的日期：

如果您是授权代表，请在上方签名并提供以下信息：

姓名：

与参保人的关系：

电话号码：

地址：

城市：

州：

邮编：





如果您目前拥有雇主或工会提供的健康保险，那么加入 Essence Healthcare 可能会影响您的雇主或工会健康福利。如果您加入 Essence Healthcare 可能会失去您的雇主或工会健康保险。阅读您的雇主或工会寄给您的信件。如有疑问，请访问他们的网站或联系他们信件所列的办事处。如果找不到可以联系的人，您的福利管理员或回答您保险问题的办事处可以提供帮助。

### 支付您的计划保费

无论您参保的是保费计划或非保费计划，您都可以从您的**社会保障署 (SSA) 或铁路职工退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣缴**您的计划保费和您应付或可能积欠的所有逾期参保罚金和/或 OSB。您也可以选择每月通过信用卡或借记卡在线支付，或者邮寄支票支付。

**如果您需要支付 D 部分按收入每月调整保费 (D 部分 IRMAA)，除了计划保费，您还必须额外缴纳这笔金额。**这笔金额通常会从您的社会保障署福利金中扣缴，或者您可能会收到 Medicare (或 RRB) 发出的账单。不要向 Essence Healthcare 支付 D- IRMAA 部分费用。

收入有限的人员可能有资格享有处方药费的额外补助。如果符合资格，Medicare 可能会支付 75% 或更多的药费，包括每月的处方药保费、年度免赔额和共同保险。此外，符合资格的人员不必受限于承保缺口或逾期参保罚金。许多人都有资格获得此类补助，但他们对此毫不知情。有关此额外补助的更多信息，请联系您当地的社会保障署办事处，或致电社会保障署，电话：1-800-772-1213。听障人士可致电 1-800-325-0778。您可以通过 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp) 在线申请额外补助。

如果您符合额外补助资格，可获得 Medicare 处方药费用承保，Medicare 将为您支付全部或部分计划保费。如果 Medicare 只支付部分保费，我们会向您收取 Medicare 未支付的金额。

**如果您未选择付款方式，则您每月都会收到账单。**

**请选择一项保费付款方式：**

- 从您的每月社会保障署或铁路职工退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣缴。

我获得每月福利的机构是： \_\_\_\_\_ 社会保障署 \_\_\_\_\_ RRB

SSA/RRB 最多可能需要 90 天的扣缴受理时间。SSA/RRB 将于受理日期开始扣费。会员将收到 SSA/RRB 发出的在扣缴受理日期之前任何月份的发票，这是他们负责支付的费用。在有限的情况下，Medicare 可能不允许用使用 SSA/RRB 扣缴，并可能指示计划直接向会员收费。如果发生这种情况，将会以书面形式通知您。

- 直接付款

您将每月收到一张包含付款说明的发票。

### 隐私法声明

Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 从 Medicare 计划收集信息，以追踪受益人参保 Medicare Advantage (MA) 计划的情况、改进护理以及支付 Medicare 福利。《社会保障法》第 1851 和 1860D-1 条以及 42 CFR 第 422.50 和 422.60 条均授权收集此类信息。CMS 可根据系统记录通知 (SORN) “Medicare Advantage 处方药 (MARx)” (系统编号 09-70-0588) 中的规定使用、披露和交换来自 Medicare 受益人的参保数据。您对此表格的回应纯属自愿。但是不回应可能会影响您参保此计划。

仅供办事处使用								
确认编号（快速加入或电话参保）：				申请日志编号：				
计划 ID 号：				保险生效日期：				
选择期：	<input type="checkbox"/> ICEP (I)	<input type="checkbox"/> IEP (E)	<input type="checkbox"/> 第 2 个 IEP (F)	<input type="checkbox"/> AEP (A)	<input type="checkbox"/> OEP (M)	<input type="checkbox"/> OEPI (T)		
<b>特别选择期：</b> （务必勾选所有适用项） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <b>SEP (S)</b>  <input type="checkbox"/> SPAP (38)  <input type="checkbox"/> 失去 SNP (35)  <input type="checkbox"/> 追溯权利 (32)  <input type="checkbox"/> 非自愿失去/有信誉度保险 (22)  <input type="checkbox"/> 合约/计划未续签 (12)  <input type="checkbox"/> 违反合约  <input type="checkbox"/> 合约期 — 立即 (11)  <input type="checkbox"/> 合约期 — MAO (12)  <input type="checkbox"/> 合约期 — CMS (11)  <input type="checkbox"/> CMS 处罚 (23)  <input type="checkbox"/> FEMA/灾难 (01)  <input type="checkbox"/> 计划进入破产管理程序 (39)  <input type="checkbox"/> CMS 确定的持续表现不佳的计划 (40)  <input type="checkbox"/> 无障碍格式延迟 (21)  <input type="checkbox"/> 非自愿退保 — 失去 B 部分 (25)  <input type="checkbox"/> PACE 过渡 (27)  <input type="checkbox"/> Cost 计划未续签 (28)  <input type="checkbox"/> 在试用期内放弃 Medigap (29)  <input type="checkbox"/> 额外的 D 部分 IEP 资格 (31)  <input type="checkbox"/> B 部分一般参保 (34)  <input type="checkbox"/> 合法居住 (37)  <input type="checkbox"/> COVID-19 灾难 (02)         </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <b>SEP (V)</b>  <input type="checkbox"/> 永久搬离   <b>SEP (W)</b>  <input type="checkbox"/> 获得或失去雇主保险   <b>SEP (L)（允许每季度一次）</b>  <input type="checkbox"/> 双重资格/享有 Medicaid  <input type="checkbox"/> 对 LIS 并非享有双重资格   <b>SEP (U)</b>  <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改双重资格身份  <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改 Medicaid  <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改非双重资格 LIS         </td> </tr> </table>							<b>SEP (S)</b> <input type="checkbox"/> SPAP (38) <input type="checkbox"/> 失去 SNP (35) <input type="checkbox"/> 追溯权利 (32) <input type="checkbox"/> 非自愿失去/有信誉度保险 (22) <input type="checkbox"/> 合约/计划未续签 (12) <input type="checkbox"/> 违反合约 <input type="checkbox"/> 合约期 — 立即 (11) <input type="checkbox"/> 合约期 — MAO (12) <input type="checkbox"/> 合约期 — CMS (11) <input type="checkbox"/> CMS 处罚 (23) <input type="checkbox"/> FEMA/灾难 (01) <input type="checkbox"/> 计划进入破产管理程序 (39) <input type="checkbox"/> CMS 确定的持续表现不佳的计划 (40) <input type="checkbox"/> 无障碍格式延迟 (21) <input type="checkbox"/> 非自愿退保 — 失去 B 部分 (25) <input type="checkbox"/> PACE 过渡 (27) <input type="checkbox"/> Cost 计划未续签 (28) <input type="checkbox"/> 在试用期内放弃 Medigap (29) <input type="checkbox"/> 额外的 D 部分 IEP 资格 (31) <input type="checkbox"/> B 部分一般参保 (34) <input type="checkbox"/> 合法居住 (37) <input type="checkbox"/> COVID-19 灾难 (02)	<b>SEP (V)</b> <input type="checkbox"/> 永久搬离  <b>SEP (W)</b> <input type="checkbox"/> 获得或失去雇主保险  <b>SEP (L)（允许每季度一次）</b> <input type="checkbox"/> 双重资格/享有 Medicaid <input type="checkbox"/> 对 LIS 并非享有双重资格  <b>SEP (U)</b> <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改双重资格身份 <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改 Medicaid <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改非双重资格 LIS
<b>SEP (S)</b> <input type="checkbox"/> SPAP (38) <input type="checkbox"/> 失去 SNP (35) <input type="checkbox"/> 追溯权利 (32) <input type="checkbox"/> 非自愿失去/有信誉度保险 (22) <input type="checkbox"/> 合约/计划未续签 (12) <input type="checkbox"/> 违反合约 <input type="checkbox"/> 合约期 — 立即 (11) <input type="checkbox"/> 合约期 — MAO (12) <input type="checkbox"/> 合约期 — CMS (11) <input type="checkbox"/> CMS 处罚 (23) <input type="checkbox"/> FEMA/灾难 (01) <input type="checkbox"/> 计划进入破产管理程序 (39) <input type="checkbox"/> CMS 确定的持续表现不佳的计划 (40) <input type="checkbox"/> 无障碍格式延迟 (21) <input type="checkbox"/> 非自愿退保 — 失去 B 部分 (25) <input type="checkbox"/> PACE 过渡 (27) <input type="checkbox"/> Cost 计划未续签 (28) <input type="checkbox"/> 在试用期内放弃 Medigap (29) <input type="checkbox"/> 额外的 D 部分 IEP 资格 (31) <input type="checkbox"/> B 部分一般参保 (34) <input type="checkbox"/> 合法居住 (37) <input type="checkbox"/> COVID-19 灾难 (02)	<b>SEP (V)</b> <input type="checkbox"/> 永久搬离  <b>SEP (W)</b> <input type="checkbox"/> 获得或失去雇主保险  <b>SEP (L)（允许每季度一次）</b> <input type="checkbox"/> 双重资格/享有 Medicaid <input type="checkbox"/> 对 LIS 并非享有双重资格  <b>SEP (U)</b> <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改双重资格身份 <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改 Medicaid <input type="checkbox"/> 获得/失去/更改非双重资格 LIS							
制作人姓名：			制作人 NPN：		申请受理日期：			



请将填妥的申请表交回：

Essence Healthcare  
 P.O.Box 12487  
 St. Louis, MO 63132

请致电 855-200-0109 了解有关您的 Essence Healthcare 计划的更多信息，包括免费语言翻译服务。听障人士可拨打免费电话 711 联系全国转接服务。我们的电话服务时间为：每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。如果您在节假日或 4 月 1 日至 9 月 30 日的周末期间致电，可转入留言服务。请留言，工作人员将在下一个工作日给您回电。Essence Healthcare 是一项与 Medicare 签有合约的 HMO 计划。能否在 Essence Healthcare 注册参保视合约续签情况而定。您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费。