



可选补充福利参保表

会员支付额外的月缴计划保费，即可享有 Essence Healthcare (HMO) 提供的可选福利。

- 您可在 Medicare 年度参保期 (AEP)、Medicare Advantage 开放参保期 (OEP) 或您的参保生效日期前后最多 60 天内参保可选补充福利。
- 在 Medicare 的 AEP 期间（10 月 15 日至 12 月 7 日）提出的申请将于次年 1 月 1 日生效。在 OEP 期间（1 月 1 日至 3 月 31 日）提出的申请将于收到申请后的首月生效。对于在您的 AEP 或 OEP 选择期之外提出的申请，Essence Healthcare 将通知您具体的保险生效日期。
- 此表格仅适用于想要在 Essence Healthcare 计划中增加可选补充福利的现有会员。
- 此表格仅可在您的现有计划没有其他更改时使用。

会员姓名： _____

会员 ID： _____

Medicare ID 编号： _____

出生日期（月/日/年）： _____

申请确认号码： _____

请选择您想加入的可选补充福利计划：

我目前参保了一项计划，并希望增加可选补充福利。

牙科 (DHMO) 和视力，每月 \$20

牙科 (PPO) 和视力，每月 \$38

除了支付月缴计划保费之外，您还需支付可选补充福利的保费。



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、应付的逾期参保罚金 (LEP) 和/或可选补充福利 (OSB)。您也可以选择每月通过信用卡、借记卡在线支付或邮寄支票支付。

您在这里选择的付款方式将取代您之前可能作出的任何付款选择，并将决定您如何支付总保费，其中可能包括计划保费、可选补充福利 (OSB) 保费和所有您应付的 LEP。

如果您没有选择下面的选项，您将默认为直接支付，并收到每月的发票，除非您目前通过 SSA 或 RRB 福利支票支付您的保费和/或 LEP，在这种情况下，您的可选补充福利 (OSB) 保费也将通过这种方式扣留。

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 ___ 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。

填妥此申请表格即表示：

- 我理解，此可选补充福利是增加到我现有的 Essence Healthcare 计划中，并且除了支付我的 Medicare 保费、Essence Healthcare 计划保费以及所有应付的逾期参保罚金 (LEP) 之外，我还需支付可选补充福利的月缴保费。
- 我明白，可选的补充福利只适用于已加入 Essence Healthcare 计划的会员，退出 Essence Healthcare 计划将导致自动退出可选的补充福利。
- 如果我参加了牙科 (DHMO) 和视力的可选补充福利，我明白我必须从网络内的提供者那里获得承保的护理，但紧急或急需的服务除外。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。
- 如果我参加了牙科 (PPO) 和视力的可选补充福利，我明白，我必须从网络内的提供者那里获得承保的视力护理服务；如果我从网络外的提供者那里接受视力服务，我将负责支付与这些服务相关的所有费用。我明白，我可以从网络外的医疗服务提供者处获得承保的牙科护理服务；如果我从网络外的医疗机构接受牙科服务，我可能要承担更高的分摊费用。除非出现紧急医疗或急症治疗情况，非签约提供者可以拒绝提供治疗服务。
- 我明白，如果我退出了可选补充福利，在下一个有效的 Essence Healthcare 可选补充福利参保期之前，我将没有资格再次注册。
- 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。



我理解，我（或取得合法授权代表我行事的个人）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。

签名： _____ 日期： _____

如果您是授权代表，请务必在上方签名并提供以下信息：

姓名： _____

地址： _____

电话： _____

与会员的关系： _____



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。



仅供代理人/办公室使用：

代理人/经纪人姓名（若协助参保）： _____

代理人/经纪人 ID： _____

代理人/经纪人签名： _____ 日期： _____

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。