



Formulario de inscripción para recibir beneficios suplementarios opcionales

Essence Healthcare (HMO) ofrece beneficios opcionales a nuestros miembros por una prima mensual adicional del plan.

- Puede inscribirse para recibir los beneficios suplementarios opcionales durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare, el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare Advantage, y hasta 60 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.
- Las solicitudes realizadas durante el AEP de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre) tendrán fecha de vigencia del 1 de enero. Las solicitudes realizadas durante el OEP (del 1 de enero al 31 de marzo) tendrán fecha de vigencia del primer día del mes después de haber recibido la solicitud. Con respecto a las solicitudes realizadas fuera de su selección de AEP u OEP, Essence Healthcare le notificará cuál es su fecha de vigencia de la cobertura.
- Solo pueden usar este formulario nuestros miembros actuales que agregan beneficios suplementarios opcionales a su plan Essence Healthcare existente.
- Este formulario solo se podrá usar cuando no haya otros cambios para realizar en su plan existente.

Nombre del miembro: _____

Identificación del miembro: _____

N.º de identificación de Medicare: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Número de confirmación de la solicitud: _____

Seleccione el plan de beneficios suplementarios opcionales al que desea afiliarse:

Actualmente, estoy inscrito en un plan y deseo agregar beneficios suplementarios opcionales.

Dentales (DHMO) y para la vista \$20 al mes

Dentales (PPO) y para la vista \$38 al mes

La prima de sus beneficios suplementarios opcionales se pagará de forma complementaria a su prima mensual del plan.



Cómo se pagan las primas de su plan

Ya sea que esté inscrito en un plan con primas o sin primas, podrá pagar las primas del plan y cualquier multa por inscripción tardía correspondiente y/u OSB **por medio de una deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social (Administración del Seguro Social [SSA]) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).**

Además, puede elegir pagar en línea con tarjeta de crédito o tarjeta de débito o con cheque por correo cada mes.

La opción de pago que seleccione aquí anulará cualquier opción de pago anterior que haya hecho, y determinará la forma de pagar su prima total, que puede incluir una prima del plan, así como la prima de los OSB y cualquier LEP que sea aplicable.

Si no selecciona una opción a continuación, pasará por defecto a Pago Directo y recibirá una factura mensual, a menos que actualmente pague sus primas y/o LEP a través de un cheque de beneficios de la SSA o RRB, en cuyo caso su prima de los OSB también se retendrá a través de este método.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: _____ Seguro Social _____ RRB

Puede tardar un máximo de 90 días para recibir la aceptación de la suspensión de la SSA o la RRB. La SSA o la RRB comenzarán la deducción a partir de la fecha de aceptación. Los miembros recibirán una factura por cualquier mes previo a la fecha de aceptación de la suspensión por parte de la SSA o la RRB, que deberán pagar ellos. En circunstancias limitadas, tal vez Medicare no autorice la opción de deducción de la SSA o la RRB y podría indicar que el plan facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

- Pago directo
Recibirá una factura mensual que contiene las instrucciones de pago.

Al completar este formulario de solicitud:

- Entiendo que esta inscripción para recibir beneficios suplementarios opcionales es complementaria a mis beneficios del plan Essence Healthcare actual y que la prima mensual de los beneficios suplementarios opcionales es complementaria a mi prima de Medicare, a las primas del plan Essence Healthcare y cualquier multa por inscripción tardía (LEP) que se puedan aplicar.
- Entiendo que los beneficios suplementarios opcionales están disponibles únicamente para los miembros inscritos en un plan Essence Healthcare y que la cancelación de la inscripción en un plan Essence Healthcare supondrá la cancelación automática de los beneficios suplementarios opcionales.
- Si me inscribo en el beneficio suplementario opcional dental (DHMO) y para la vista, entiendo que debo recibir la atención cubierta de los proveedores de la red, excepto en el caso de los servicios de emergencia o de urgencia. Si recibo servicios de un proveedor fuera de la red, deberé pagar todos los costos relacionados con esos servicios.
- Si me inscribo en el beneficio suplementario opcional dental (PPO) y para la vista, comprendo que para los servicios para la vista debo recibir la atención cubierta de proveedores de la red; si recibo servicios para la vista de un proveedor fuera de la red, seré responsable de todos los costos asociados a dichos servicios. Entiendo que para los servicios dentales, puedo recibir atención cubierta de proveedores fuera de la red; si recibo servicios dentales de un proveedor fuera de la red, puedo ser responsable de un costo compartido más alto. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo.



- Entiendo que si cancelo mi inscripción en los beneficios suplementarios opcionales, no seré elegible para volver a inscribirme hasta el próximo período válido de inscripción para recibir los beneficios suplementarios opcionales de Essence Healthcare.
- Entiendo que, si no pago la prima mensual de los beneficios suplementarios opcionales, perderé dichos beneficios, pero permaneceré inscrito en Essence Healthcare.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

- 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y que
- 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Relación con el miembro: _____



Devuelva la solicitud completa a la siguiente dirección:

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

Llame al 855-200-0109 para obtener más información, incluidos los servicios gratuitos de traducción de idiomas, relacionados con su plan Essence Healthcare. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio nacional de retransmisión gratuito al 711. Nuestras líneas telefónicas están disponibles los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.



ÚNICAMENTE PARA USO DEL AGENTE/DE LA OFICINA:

Nombre del agente/corredor (si ayudó en la inscripción): _____

Identificación del agente/corredor: _____

Firma del agente/corredor: _____ Fecha: _____

Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.