

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 Stanford Health Care Advantage (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，Stanford Health Care Advantage 将通知您具体的保险生效日期。
- 此表格仅适用于想要在 Stanford Health Care Advantage 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: _____

请勾选方框增加可选补充福利:

我目前参保了一项计划，并希望增加可选补充福利。

牙科和视力服务 (每月 \$20)

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。

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 Stanford Health Care Advantage 计划中，并且除了支付我的 Medicare 保费和 Stanford Health Care Advantage 计划保费之外，我还需支付可选补充福利的月缴保费。

我理解，可选补充福利仅适用于已参保 Stanford Health Care Advantage 计划的会员。

Stanford Health Care Advantage 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。能否在 Stanford Health Care Advantage 参保视续约情况而定。

- 我理解，我必须从网络内提供者处获得承保护理，紧急医疗或急症治疗服务除外。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。
- 我理解，我是否继续参保可选补充福利取决于是否继续参保 **Stanford Health Care Advantage** 计划。从 **Stanford Health Care Advantage** 计划中退保将导致自动退出可选补充福利。
- 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 **Stanford Health Care Advantage**。
- 我理解，我可以随时退出可选补充福利，且这一举动不会使我退保 **Stanford Health Care Advantage** 计划。但要到下一个 **Stanford Health Care Advantage** 有效可选补充福利参保期，我才有资格再次参保。

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：
Stanford Health Care Advantage
P.O. Box 12487 St. Louis, MO 63132

请致电 855-200-0109 了解有关您的 Stanford Health Care Advantage 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：每周七天，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。Stanford Health Care Advantage 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。能否在 Stanford Health Care Advantage 参保视续约情况而定。您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费。

Stanford Health Care Advantage 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。能否在 Stanford Health Care Advantage 参保视续约情况而定。

H2986_21-041_C



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： _____