

如何參保

OMB No. 0938-1378 Expires 7/31/2024

網上瀏覽： AetnaMedicare.com 或透過 Medicare 網站 (Medicare.gov)	撥打我們的電話： 1-833-859-6031 (TTY: 711)	透過您的代理人： 向他們提供填妥的表格	傳真至： Attention: Enrollment Department 傳真： 1-866-756-5514	郵寄至： Aetna Medicare PO Box 7405 London, KY 40742
---	---	------------------------	---	---

做好準備

請準備好如下資料：

- 您的紅白藍 Medicare 保險卡
- 您的任何其他保險的健康保險資訊（包括 Medicaid 提供的保險）
- 您的主治醫師資訊可以登入以下網站查看：[AetnaMedicare.com/findprovider](https://www.aetnamedicare.com/findprovider)

有任何疑問？

請致電我們，電話：**1-833-859-6031 (TTY: 711)**。我們隨時為您服務，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，週一到週五，早上 8 點到晚上 8 點。

您的參保申請提示

- 每一個申請人必須填寫各自的參保表格。請不要重新使用影印表格。
- **請工整書寫。填寫所有部分。**不要忘了在表格上簽名並註明日期。
- **對於無家可歸的人士：**如果您想加入某一項計劃但無永久住宅，則郵政信箱、避難所或診所地址或您接收郵件（例如社會保障支票）的地址可被視為您的永久住宅地址。
- 如果您在年度參保期 (AEP) 期限外參保，請確認您的參保期（參閱下一頁）。
- 備份您填妥的申請表以作記錄。
- 若您傳真或郵寄這份表格，我們建議您確認您的表格已被接收（例如致電我們確認我們已收到，或者以掛號信方式寄出）。

感謝您選擇我們的計劃。您將在 10-14 天內收到我們的回信。



通常，您可在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期 (AEP) 內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請詳閱下列聲明，並勾選與您情況相符的聲明。勾選方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

準會員姓名	Medicare 編號
	_ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

符合年度參保期資格的理由

我在 2023 年 10 月 15 日至 2023 年 12 月 7 日的當前年度參保期內參保。

符合首次參保期資格的理由

我是初次參保 Medicare。

我是初次參保 Medicare，並且我收到通知，說明在我的 A 部分和/或 B 部分保險開始後，我將參保 Medicare。我收到通知的日期是__/__/__ (日期)。

我之前擁有 Medicare，但我即將年滿 65 歲。

符合開放參保期資格的理由

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 3 月 31 日之間：

我目前參保了 Medicare Advantage 計劃並希望變更計劃。

2024 年 4 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日之間：

我目前參保了 Medicare Advantage 計劃且參保 Medicare 不到 3 個月。我希望變更計劃。

符合特殊參保期資格的理由

我搬到了當前計劃服務區域之外的新地址，或者我最近搬家了，這個計劃對我來說是一個新的選擇。我搬家的日期是__/__/__ (日期)。

我出獄了。我刑滿釋放的日期是__/__/__ (日期)。

我之前在國外生活，現在我搬回了美國。我返回美國的日期是__/__/__ (日期)。

我最近剛獲得美國合法居留身份。我獲得該身份的日期是__/__/__ (日期)。

最近我的 Medicaid 狀態有所改變 (新近加入 Medicaid、Medicaid 的援助等級發生變化或喪失了 Medicaid 資格)，發生變化的日期是__/__/__ (日期)。

最近幫助我支付藥物費用的額外補助狀態發生了變化 (剛開始獲得額外補助、額外補助等級發生變化或失去額外補助資格)，發生變化的日期是__/__/__ (日期)。

(下頁續)

準會員姓名

Medicare 編號

____-____-____

符合特殊參保期資格的理由 (續)

- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid，我所在的州政府幫助支付我的 Medicare 保費，或者我享有額外補助以支付 Medicare 藥物保險。
- 我放棄了老人綜合護理計劃 (PACE) 保險，日期是__/__/__ (日期)。
- 我住在一家長期護理機構，比如療養院或復健醫院。
- 我最近搬出了一家長期護理機構，例如療養院或復健醫院。我搬出該機構的日期是__/__/__ (日期)。
- 我失去了其他非 Medicare 藥物保險 (有信譽度的保險)，或我的其他非 Medicare 保險發生變化，不再被視為有信譽度的保險。我失去藥物保險的日期是__/__/__ (日期)。
- 我退出了我的僱主或工會提供的保險 (包括 COBRA 保險)，日期是__/__/__ (日期)。
- 我目前參保了州政府醫藥補助計劃，或者我將失去州政府醫藥補助計劃的援助。
- 我失去了我的保險，因為我的計劃不再涵蓋我居住的地區，或者它終止了與 Medicare 的合約。
- 我透過 Medicare (或我所在的州) 參保了一項計劃，但我想選擇另一種不同的計劃。我參保該計劃的日期是__/__/__ (日期)。
- 我失去了我的特殊需求計劃，因為我不再患有該計劃要求的病症。我從計劃退保的日期是__/__/__ (日期)。
- 我受到緊急情況或重大災難的影響 (由聯邦緊急事務管理局或聯邦、我所在的州或我所在的地方政府宣佈)。本文有其他陳述符合我的情況，但由於該災害，我無法申請。

如果上述這些陳述均不適用於您的情況，但您認為自己有適合參保的特殊情況，您可以致電 **1-833-859-6031 (TTY: 711)** 聯絡我們。我們隨時為您服務，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，週一到週五，早上 8 點到晚上 8 點。我們可以幫助確定您是否符合特殊選擇期資格。

否則，請在下方註明您的特殊選擇期理由。Aetna 可能會聯絡您以確定您是否符合資格。

其他 SEP 原因：



參保申請表

Agent Use Only:

Agent Name:

NPN#:

要加入 Aetna 計劃，請提供以下資料：

選擇您的計劃

選擇您要參保的計劃。

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Value Plan (HMO) (H3312-002) | 每月 \$0.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Value Plan (HMO) (H3312-002) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 \$25.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite Plan (PPO) (H5521-120) | 每月 \$0.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite Plan (PPO) (H5521-120) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 \$30.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite Plan 3 (PPO) (H5521-310) | 每月 \$22.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Discover Value Plan (PPO) (H5521-312) | 每月 \$35.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier Plan (PPO) (H5521-040) | 每月 \$87.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier Plan (PPO) (H5521-040) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 \$117.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Platinum Plan (PPO) (H5521-460) | 每月 \$171.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Eagle Plan (PPO) (H5521-320) | 每月 \$0.00 |

註：計劃名稱旁邊帶有星號 (*) 的計劃必須指定主治醫師 (PCP)。請參閱下方的「選擇您的主治醫師 (PCP)」資訊。

擬定的承保生效日期：__/__/__

生效日期由您在參保時的參保期及 Medicare 和 Medicaid 服務中心規定而定。除非您是初次參保 Medicare 或符合特殊選擇期 (SEP) 資格，否則您的生效日期為 1 月 1 日。Aetna 不能保證您請求的生效日期如期實現。

選擇您的主治醫師 (PCP)

我們的有些計劃透過 PCP 協調您的護理。我們在計劃名稱旁邊用星號 (*) 標註了這些計劃 (例如: 「*Aetna Prime Plan (HMO)」)。如果您選擇了帶星號的計劃, 但沒有選擇 PCP, 我們可能不會支付您的護理費用, 並會為您指定一名 PCP。請注意, 選擇專科醫生作為 PCP 將被視為無效。

如果您選擇的計劃名稱旁邊沒有星號 (*), 您仍然可以選擇 PCP。若我們知道您的醫師是誰, 我們可以更好地支援您的護理。

請在下方填寫您的主治醫師 (PCP) 的姓名、醫療服務提供者 ID 和主治醫師 ID。請瀏覽 [AetnaMedicare.com/findprovider](https://www.aetna.com/medicare/find-provider) 查看醫療服務提供者目錄或致電 1-833-859-6031 (TTY: 711) 查找您選擇的特定計劃的醫療服務提供者資訊或網絡內 PCP。

您的 PCP 的全名 (名字和姓氏)

您是否為現有患者?

是 否

醫療服務提供者 ID (於醫療服務提供者目錄中查詢)

--	--	--	--	--	--	--	--

主治醫師 ID (於醫療服務提供者目錄中查詢)

--	--	--	--	--	--	--	--

您的資訊

姓氏

名字

中間名

出生日期

____/____/____
日 月 年

性別

男
 女

電話號碼(____)____-____

這是手機號碼嗎? 是 否

電子郵件地址

永久居住街道地址 - 包括公寓/房間/單元號 (不可填寫郵政信箱號)

城市

縣

州

郵遞區號

郵寄地址 - 包括公寓/房間/單元號 (如果與您的永久居住街道地址不同)

城市

州

郵遞區號

您的 Medicare 資訊

此資訊載於您的紅白藍 Medicare 保險卡

您必須擁有 Medicare A 部分或 B 部分才能加入 Medicare Advantage 計劃。

Medicare 編號： _____ - _____ - _____	生效日期：
	住院保險 (A 部分) ____ / ____ / _____
	醫療保險 (B 部分) ____ / ____ / _____

回答以下重要問題

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>1. 您是否擁有除了 Aetna Medicare 之外的其他處方藥保險？</p> <p>部分個人可能擁有其他的藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦員工健康福利保險、退伍軍人福利或州政府醫藥補助計劃。若選擇「是」，請列出您的其他保險和用於該保險的身份 (ID) 號碼：</p> <p>其他保險的名稱： _____</p> <p>用於該保險的 ID 號碼： _____</p> <p>用於該保險的團體號碼： _____</p>
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>2. 您是否參加了州 Medicaid 計劃？</p> <p>若選擇「是」，請寫明您的 Medicaid 編號： _____</p>

請告訴我們更多關於您自己的資訊

您可以自願選擇是否回答這些問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。

您是否是西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統？請選取所有適用項。

- 否，我不是西班牙裔、拉美裔，亦無西班牙血統 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- 是，我是波多黎各人 是，我是古巴人
- 是，其他西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統
- 我選擇不回答。

您的種族是？請選取所有適用項。

- 美國印地安人或阿拉斯加原住民 亞洲印度人 黑人或美國黑人
- 中國人 菲律賓人 關島或查莫羅人
- 日本人 韓國人 夏威夷原住民
- 其他亞洲人 其他太平洋島民 薩摩亞人
- 越南人 白人
- 我選擇不回答。

說明您的**首選口頭語言**（若不是英語）：

- 西班牙語 中文 其他 [請詳述]：

說明您的**首選書面語言**（若不是英語）：

- 西班牙語 中文 其他 [請詳述]：

如果您希望我們以易於查閱的格式向您發送資訊，請選擇一項：

- 盲文 大字印刷體 音訊 CD

如果您需要上述格式之外易於查閱的資訊格式，請撥打 **1-833-859-6031 (TTY: 711)** 聯絡我們。我們隨時為您服務，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，週一到週五，早上 8 點到晚上 8 點。

關於付款及選項的額外注意事項

- 若您需要支付「D 部分費用 - 按收入每月調整保費」(D 部分-IRMAA)，社會保險局將聯絡您。您需要支付該額外金額以及您的計劃保費。這筆金額或從您的 SSA 或 RRB 福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。**不要向我們寄送您的「D 部分-IRMAA 付款」。**
- 我們必須在 EFT 交易當月的 1 號之前收到關於終止 EFT 支付的通知函。因為 EFT 將在當月 10 號扣繳欠款。
- 若您欠下逾期參保罰金，您可以透過 EFT、郵寄或從您的 SSA 或 RRB 福利支票中支付您的罰金。
- 收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付扣除金和共同保險。此外，符合資格的人不會有承保缺口或逾期參保罰金。許多有資格的人甚至不知道自己可以享受這些福利，節省開支。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保險局辦事處，或撥打 **1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)** 致電社會保險局。您亦可從 **ssa.gov/medicare/part-d-extra-help** 線上申請額外補助。
- 若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥費用的額外補助，則 Medicare 將支付您的全部或部分保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。

閱讀以下重要資訊並簽名

- **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 Aetna Medicare 可能會影響您的僱主或工會健康福利。如果加入 Aetna Medicare，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。**閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，造訪其網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。
- 我必須同時保留住院保險 (A 部分) 和醫療保險 (B 部分) 才能留在 Aetna Medicare。
- 透過參與此 Medicare Advantage 計劃，我認可 Aetna Medicare 將與 Medicare 分享我的資訊，後者可能會將這些資訊用於追蹤我的參保、付款以及聯邦法律允許的其他授權收集此資訊的目的 (請參閱下面的「隱私法聲明」)。

隱私法聲明

- Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 會從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃受益人的參保情況，改善護理和支付 Medicare 福利。《社會保障法》(Social Security Act) 第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR § § 422.50 和 422.60 授權收集這些資訊。CMS 可以使用、披露和交換 Medicare 受益人的參保資料，如記錄通知系統 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」，系統編號 09-70-0588 中之規定。您對本表格的回覆是自願的。但是，未能做出回覆可能會影響參保計劃。
- 我理解，我一次只能參保一項 MA 計劃，參保此計劃將自動終止我參保另一項 MA 計劃 (MA 私人付費服務 (PFFS)、MA 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃除外)。

- **僅 MA 計劃：**我理解，我的 Aetna Medicare 承保開始後，我必須從 Aetna Medicare 獲取我的所有醫療福利。**MA-PD 計劃：**我理解，我的 Aetna Medicare 承保開始後，我必須從 Aetna Medicare 獲取我的所有醫療和處方藥福利。**所有計劃：**由 Aetna Medicare 提供並包含在我的 Aetna Medicare 「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中的福利和服務將得到承保。Medicare 和 Aetna Medicare 都不會支付未承保的福利或服務。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被從計劃中除名。
- 我理解，我（或根據所在州法律獲授權合法代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由經授權的個人（如上所述）簽署，此簽名證明：

- 1) 此人有權根據州法律完成此參保，並且
- 2) 可應 Medicare 的要求提供該授權的文件。

Aetna Medicare 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO、PPO 計劃。我們的 D-SNP 也與州 Medicaid 計劃簽有合約。能否在計劃註冊參保視合約續簽情況而定。計劃內容及可用性可能因服務區域而異。Aetna® 和 CVS Pharmacy® 是 CVS Health® 旗下的子公司。

簽名	今日日期 __ / __ / ____
-----------	-------------------------------

若您是幫助他人填寫此表的授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊。

姓名	地址
電話號碼 (____) ____ - _____	與參保者關係

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act, PRA)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次完成此資訊收集預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明，搜尋現有資料資源，收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

重要提示：請勿將此表格或包含您個人資訊的任何資料（如索賠、付款、醫療記錄等）寄送至 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與如何改進此表格或其收集工作無關的資料（在 OMB 0938-1378 中概述）都將被銷毀。我們不會保存、查看這些資料或將其轉寄給該計劃。請參閱本表格第一頁上的「如何參保」，將您填妥的表格寄給該計劃。

僅限代理人使用
代理人/安排人/參保經紀人/代表必須填寫此部分

Applicant's name

If you are the agent/producer/broker/employed sales representative, you must provide the following information and submit it with the completed application.

Yes No Was the Scope of Appointment (SOA) completed?(The SOA must be agreed to by the Medicare beneficiary prior to any personal individual marketing appointment.)

If "No," why not?

Yes No Was the SOA captured electronically or by telephone?

If "Yes," please provide the confirmation/ID number:

Attach the SOA or indicate why it's not available:

Name of agent/producer/broker/sales rep:

Phone number:

National Producer Number (NPN):

Check box if application received at a retail kiosk.

NOTE:If the agent/producer/broker/employed sales representative takes receipt of this application, a signature and date are REQUIRED below.Your signature indicates you understand that this application must be submitted within two calendar days of this date.

Signature of agent/producer/broker/sales rep:

Date agent received the Individual Enrollment Request Form:

Copy and keep this completed form for your records.The completed election period checklist on page 1 must be included with the form.

Fax or mail the completed form to:

Aetna Medicare

PO Box 7405 London, KY 40742

Fax:1-866-756-5514



Medicare Advantage 計劃參保收據

Agent/Broker: Complete and leave with enrollee.

保留此收據作為參保申請憑證，直到 Medicare 確認您的參保並且您收到自己的會員資料。本收據並非參保保證。

此收據僅供您記錄。無需採取進一步措施。

申請人

姓名：

今日日期：

擬定生效日期：

若您有任何疑問，聯絡您的代理人/參保經紀人

代理人/參保經紀人姓名：

代理人/參保經紀人電話號碼：

代理人/參保經紀人 ID：

如果您需要一份您的參保表格的完整副本，請聯絡我們，電話：**1-800-562-6315 (TTY: 711)**，我們隨時為您服務，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，週一到週五，早上 8 點到晚上 8 點。請給予我們至少 3 個工作日來處理您的申請。**您需要提供您的申請查詢號，位於本頁底部。**

提醒：您的參保申請是針對 **Medicare Advantage 計劃 (C 部分)** 而言。以下計劃：

- 取代由聯邦政府提供的 Original Medicare
- 承保您的 A 部分和 B 部分的所有福利
- 不要補充您的 Original Medicare，例如 Medicare Supplement 或 Medigap 計劃

Aetna Medicare 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO、PPO 計劃。能否在計劃註冊參保視合約續簽情況而定。我們的 D-SNP 也與州 Medicaid 計劃簽有合約。計劃內容及可用性可能因服務區域而異。Aetna® 和 CVS Pharmacy® 是 CVS Health® 旗下的子公司。

申請查詢號：