

## 如何参保

OMB No. 0938-1378 Expires 7/31/2023

线上： <b>AetnaMedicare.com</b> 或 <b>www.medicare.gov</b> (通过 Medicare)	致电联系我们， 电话： <b>1-833-859-6031</b> (听障专线： <b>711</b> )	通过您的代理 人：向他们提供 填写完毕的表格	传真至： Attention: Enrollment Department 传真： <b>1-866-756-5514</b>	邮寄至： <b>Aetna Medicare</b> PO Box 7405 London, KY 40742
---	---	------------------------------	---	--

## 做好准备

请准备好如下资料：

- 您的红白蓝 Medicare 保险卡
- 您的任何其他保险的健康保险信息（包括 Medicaid）
- 您的主治医生的信息（可通过 [AetnaMedicare.com/findprovider](https://www.aetnamedicare.com/findprovider) 在线获取）

## 有疑问？

请致电联系我们，电话：**1-833-859-6031**（听障专线：**711**）。服务时间为：10月1日至3月31日，上午8点至晚上8点，每周七天；4月1日至9月30日，上午8点至晚上8点，周一至周五。

## 参保申请提示

1. 每位申请人都必须填写自己的参保表格。请不要影印表格并重复使用。
2. 用正楷工整填写。填写所有部分。不要忘记在表格上签名并注明日期。
3. 如果您在年度参保期 (AEP) 期限外参保，则必须确认您的参保期（参阅下一页）。
4. 备份您的申请以留作记录。
5. 如果通过传真或邮寄方式提交（例如以挂号信方式寄出），我们建议您确认表格已被接收。

如果您需要以其他语言撰写的信息或无障碍格式版本（例如大字印刷版或盲文），请致电联系我们，电话：**1-833-859-6031**（听障专线：**711**），服务时间为：10月1日至3月31日，上午8点至晚上8点，每周七天；4月1日至9月30日，上午8点至晚上8点，周一至周五。

感谢您选择我们的计划。您将在 **10-14** 天内收到我们的回复。

NG22

此页特意留白。

通常，您可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度参保期 (AEP) 内参保 Medicare Advantage 计划。以下列出可能允许您在上述期间外参保 Medicare Advantage 计划的例外情况。

请认真阅读下列声明，并勾选与您情况相符的声明。勾选复选框即表示，据您所知，您符合参保期资格。如果我们日后判定此项信息不正确，您可能会遭到退保。

准会员姓名		Medicare 编号 _____ - _____ - _____	
符合年度参保期资格的理由		符合首次参保期资格的理由	
<input type="checkbox"/> 我在当前年度参保期（2021 年 10 月 15 日至 2021 年 12 月 7 日）内参保。		<input type="checkbox"/> 我是初次参保 Medicare。 <input type="checkbox"/> 我之前参保了 Medicare，但现在已年满 65 岁。	
符合特殊参保期资格的理由			
<input type="checkbox"/> 我已参保 Medicare Advantage 计划，并且希望在 Medicare Advantage 开放参保期 (MA OEP) 内变更计划。 <input type="checkbox"/> 我最近搬离了现有计划的服务区，或者我刚搬家且此计划对我而言是新选项。我搬家的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我最近刚被刑满释放。我被刑满释放的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我常年在海外居住，最近刚回到美国。我回到美国的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我最近获得了美国的合法居留身份。我获得此身份的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我的 Medicaid 最近发生了变化（刚开始参保 Medicaid、Medicaid 援助等级发生变化或丧失 Medicaid 资格），发生变化的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我的支付 Medicare 处方药保险的额外补助最近发生了变化（刚开始获得额外补助、额外补助等级发生变化或失去额外补助资格），发生变化的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我同时拥有 Medicare 和 Medicaid（或我所在州帮助支付我的 Medicare 保费），或者我享有用于支付 Medicare 处方药保险的额外补助，但我的情况没有发生变化。 <input type="checkbox"/> 我最近退出了 PACE 计划，退出的日期是：_____/_____/_____（日期）。		<input type="checkbox"/> 我即将搬入、居住于或最近搬出了长期护理机构（例如疗养院）。我（将）搬入/搬出该机构的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我最近非自愿性地丧失了有信誉度的处方药保险（与 Medicare 同等级的保险）。我丧失药物保险的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我将退出或已退出雇主或工会保险，退出的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我受所在州提供的药房补助计划承保。 <input type="checkbox"/> 我的计划即将终止与 Medicare 的合约，或者 Medicare 即将终止与我的计划的合约。 <input type="checkbox"/> 我已参保 Medicare（或我所在州）的一项计划，但我想选择其他计划。我参保该计划的起始日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我曾参保特殊需求计划 (SNP)，但我失去了参保该计划所需的特殊需求资格。我被 SNP 退保的日期是：_____/_____/_____（日期）。 <input type="checkbox"/> 我曾受到紧急情况或重大灾害（由联邦紧急事务管理局 [FEMA] 或联邦、州或地方政府机构宣布）的影响。本文有符合我情况的声明，但由于自然灾害，我无法申请参保。	

如果上述声明都不符合您的情况，请致电了解您是否能参保，电话：**1-833-859-6031**（听障专线：**711**）。服务时间为：**10 月 1 日至 3 月 31 日**，上午 8 点至晚上 8 点，每周七天；**4 月 1 日至 9 月 30 日**，上午 8 点至晚上 8 点，周一至周五。

NG22

此页特意留白。

# 参保申请表

## Agent/Producer/Broker Use Only:

Agent/producer/broker name: \_\_\_\_\_

NPN #: \_\_\_\_\_

要参保 Aetna Medicare 计划，请提供以下信息：

### 第 1 部分：选择您的计划

勾选您要参保的计划。

Aetna Medicare Plus Plan (HMO) (H4982-007)

每月 \$0.00

Aetna Medicare Elite Plan (PPO) (H5521-293)

每月 \$0.00

拟定保险生效日期：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

生效日期基于您用于参保的参保期以及 Medicare 和 Medicaid 服务中心的规定。除非您是初次参保 Medicare 或符合特殊选择期 (SEP) 资格，否则您的生效日期为 1 月 1 日。Aetna 不能保证兑现您请求的生效日期。

### 第 2 部分：您的信息

姓氏 名字 中间名首字母

出生日期 ____/____/____ 年 月 日	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	常用电话号码 (____)____-____ 备用电话号码 (____)____-____
---------------------------------	---	--

电子邮箱地址

永久居住地址（不能填写邮政信箱）

公寓/套房/单位（请具体说明）

市	县	州	邮政编码
---	---	---	------

邮寄地址（仅当与您的永久居住地址不同时才需填写）

市	县	州	邮政编码
---	---	---	------

### 第 3 部分：告知您的医疗服务提供者

对于 HMO 计划：在下方填写主治医生 (PCP) 的姓名、医疗团体/IPA、医疗服务提供者 ID 和主治医生 ID。如果不告知相关信息，我们可能无法为您支付护理费用，并可能会为您指派一位 PCP。对于 PPO 计划：您可选择一位主治医生 (PCP)。如果我们知道您的医生是谁，我们可以更好地支持您的护理。在下方填写 PCP 的姓名、医疗服务提供者 ID 和主治医生 ID。访问我们的在线医疗服务提供者目录（网址：[AetnaMedicare.com/findprovider](http://AetnaMedicare.com/findprovider)）或致电 1-833-859-6031（听障专线：711）查找医疗服务提供者相关信息或网络内 PCP。

写下 PCP 的全名	您是否为现有患者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------	--

写下医疗团体/IPA（可在医疗服务提供者目录中查询）

医疗服务提供者 ID（可在医疗服务提供者目录中查询）

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

主治医生 ID（可在医疗服务提供者目录中查询）

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

NG22

此页特意留白。

## 第 4 部分：提供您的 Medicare 保险信息

Medicare 编号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

有权享有： \_\_\_\_\_ 生效日期： \_\_\_\_\_  
住院保险 (A 部分) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
医疗保险 (B 部分) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

您必须拥有 Medicare A 部分或 B 部分才能加入 Medicare Advantage 计划。

## 第 5 部分：回答以下重要问题

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>1. 您是否拥有除了 <b>Aetna Medicare</b> 之外的其他处方药保险？</p> <p>有些人可能拥有其他药物保险，包括其他私人保险、TRICARE、联邦员工健康福利保险、退伍军人福利或州政府医药补助计划。</p> <p>如果选择“是”，请列出您的其他保险以及您在此保险中的识别 (ID) 号：</p> <p>其他保险的名称： _____</p> <p>在此保险中的 ID 号码： _____ 在此保险中的团体编号： _____</p>
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>2. 您是否为长期医疗护理机构（例如疗养院）的住院患者？</p> <p>如果选择“是”，请填写以下信息：</p> <p>机构名称： _____ 电话号码： ( _____ ) _____</p> <p>地址： _____</p>
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>3. 您是否已参保所在州的 <b>Medicaid</b> 计划？如果选择“是”，请写下您的 Medicaid 编号：</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>4. 在您有资格参保 <b>Medicare</b> 处方药保险后，您是否曾参保有信誉度的保险？有信誉度的保险指至少与 Medicare 处方药保险同等级的处方药保险。</p> <p>如果选择“是”，请写下保险的生效时间： _____ / _____ / _____（日期）以及终止时间： _____ / _____ / _____（日期）。</p> <p>其他保险的名称： _____</p> <p><b>注：</b>如果您未曾拥有有信誉度的保险，那么在您之后参保 Medicare 处方药保险时，可能需要支付逾期参保罚金 (LEP)。Aetna 可能会要求您提供参保有信誉度保险的证明。如果您对 LEP 有疑问，请致电联络我们，电话：<b>1-866-246-7981</b>（听障专线：<b>711</b>）。</p>

NG22

此页特意留白。



## 第 6 部分：计划保费和/或逾期参保罚金 (LEP) 支付

请告知您每个月要如何支付计划保费（以及任何逾期参保罚金）。即使您的计划是 \$0 保费计划，也请选择一个选项。如果您不选择支付方式，我们会每个月自动向您寄送发票。勾选下方复选框。

**我要从我的银行账户支付 — 电子资金转账 (EFT)。**

**如果选择此选项：**

- 您不需要记得每个月寄送支票。
- 每月 10 号（或其后的工作日），费用会自动从您的账户扣除。
- 我们将从您的账户扣除总应付金额，其中包括当前的月缴保费以及开具每月汇票时的任何过去应付的保费。

**请填写以下信息：**

账户持有人姓名： \_\_\_\_\_  
(如扣款账户上所示正楷书写姓名。)

银行名称： \_\_\_\_\_

路由号码

账号

账户类型：

 支票账户  储蓄账户

账户持有人签名：（如果与参保者不同） \_\_\_\_\_

我同意此授权将持续有效，直至我提供书面通知终止此服务。

**我要用我的社会保障局 (SSA) 或铁路职工退休管理委员会 (RRB) 支票支付。（没有 LEP 的 \$0 保费计划不能选择此选项。）**

我从以下来源获得每月福利：  社会保障局  RRB

**如果选择此选项：**

- 在 SSA 或 RRB 批准您的请求后，此选项需要几个月的时间才能生效。第一笔款项可能包括从参保生效日期到我们开始从您的支票扣款时的所有应交保费。
- SSA 或 RRB 决定此生效日期。对于任何 SSA 或 RRB 没有承保的月份，您需要直接向我们支付保费。
- 有时，我们会收到 SSA 或 RRB 没有批准您的请求的通知。如果发生这种情况，您可能需要联系 SSA 或 RRB 解决问题。
- 如果社会保障局或 RRB 没有批准您的请求，我们将向您寄送发票，以便您支付月缴保费。

**我要通过发票进行支付。如果选择此选项：**

- 您可以每个月将支票和缴款单寄送给我们。
- 您可以登录网站并使用信用卡支付。
- 您可以携带发票前往任何 CVS Pharmacy® 零售店并使用现金、信用卡或借记卡支付。

（注：CVS Pharmacy Target® 或 Schnucks Pharmacy 地点不提供此服务。）

续

NG22

此页特意留白。

## 第 6 部分：计划保费和/或逾期参保罚金 (LEP) 支付 (续)

### 关于付款及选项的其他注意事项：

- 如果您需要支付 D 部分按收入每月调整保费 (D 部分 IRMAA)，社会保障局将联系您。您需要支付此额外金额以及您的计划保费。这笔款项将从您的社会保障局或 RRB 福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。请不要向我们寄送您的 D 部分 IRMAA 付款。
- 我们必须在 EFT 交易当月的 1 号之前收到关于终止 EFT 支付的书面通知。EFT 交易将在当月 10 号扣缴应付款项。
- 如果您欠付逾期参保罚金，您可以通过 EFT、邮寄或从您的社会保障局或铁路职工退休委员会 (RRB) 福利支票中扣除的方式支付您的罚款。
- 如果您的收入有限，您可能有资格加入支付您的处方药费用的额外补助计划。如果符合资格，Medicare 可能会支付 75% 或以上的药费，包括每月的处方药保费、年度自付扣除金和共同保险。此外，您不必受限于承保缺口期或逾期参保罚金。Medicare 可能会支付您的全部或部分计划保费。如果 Medicare 仅为您的处方药计划支付部分保费，我们将向您收取余下金额。如需了解更多信息，请联系当地社会保障局办事处，或致电社会保障局，电话：1-800-772-1213（听障专线：1-800-325-0778），或转到 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)。

## ⏸ 第 7 部分：阅读以下重要信息 ⏸

如果您目前拥有雇主或工会提供的健康保险，加入 **Aetna Medicare** 可能会影响您的雇主或工会健康福利。如果加入 **Aetna Medicare**，您可能会失去您的雇主或工会健康保险。请阅读由您的雇主或工会寄送给您的信函。如果您有疑问，请访问他们的网站或联系其信函中列出的办事处。如果未提供任何联系人信息，请咨询您的福利管理员或任何能够回答有关您保险问题的办事处。

NG22

此页特意留白。

## 第 8 部分：阅读以下内容并签名

填写此投保申请即表示我同意以下事项：

Aetna Medicare 是一项与联邦政府签有合约的 Medicare Advantage 计划。我需要保留我的 Medicare A 部分和 B 部分，并继续支付我的 B 部分保费。我每次只能参加一项 Medicare Advantage 计划，并且我明白，如果我参保此计划，那么我对其他 Medicare 保健计划或处方药计划的参保将自动终止。我有责任将我所拥有或在将来可能获得的任何处方药保险告知您。**对于仅限 MA 的计划：**我明白，如果我没有 Medicare 处方药保险或有信誉度的处方药保险（与 Medicare 同等级），将来我参保 Medicare 处方药保险时可能必须支付逾期参保罚金。此计划的参保有效期通常为一整年。一旦参保，我只能在年中开放参保期的某些时间（例如，每年 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情况下才能退出计划或进行变更。

Aetna Medicare 服务于特定服务区。如果我搬离 Aetna Medicare 服务的区域，我需要通知计划，以便退保并在新区域寻找新的计划。成为 Aetna Medicare 的会员后，如果我不同意关于支付或服务的计划决定，我有权提出上诉。收到来自 Aetna Medicare 的承保范围说明书文件后，我将仔细阅读以了解我必须遵守哪些规则才能获得此 Medicare Advantage 计划的承保。

**对于 HMO 计划：**我明白，从 Aetna Medicare 保险生效日期开始，我必须从 Aetna Medicare 网络内医疗服务提供者处获得我的全部医疗护理，紧急医疗、急症治疗服务或区域外透析服务除外。

**对于 PPO 计划：**我明白，从 Aetna Medicare 保险生效日期开始，使用网络内服务比使用网络外服务花费更少，紧急医疗、急症治疗服务或区域外透析服务除外。如果具有医疗必需性，即使我使用网络外服务，Aetna Medicare 也会为所有承保的福利提供偿付。网络外/非签约提供者无义务为 Aetna 会员提供治疗，紧急情况除外。请拨打我们的客户服务号码或查阅您的承保范围说明书获得更多信息，包括适用于网络外服务的分摊费用。

Aetna Medicare 授权的服务和我的 Aetna Medicare 承保范围说明书文件（也称为会员合约或用户约定）中包含的其他服务将获得承保。**未经授权，Medicare 或 Aetna Medicare 均不会支付这些服务的费用。**我明白，如果我接受销售代理人、参保经纪人或受雇于 Aetna Medicare 或与其订有合约的其他个人的帮助，根据我参保 Aetna Medicare 的情况，他/她可能获得报酬。

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 Aetna Medicare。加入此 Medicare Advantage 计划，即表示我确认 Aetna Medicare 将与 Medicare 分享我的信息，且 Medicare 可能会使用这些信息来追踪我的参保、付款，以及联邦法律允许的用于授权收集此类信息的其他目的（请参阅下文的隐私法声明）。

续

NG22

此页特意留白。

## 第 8 部分：阅读以下内容并签名（续）

### 隐私法声明

Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 从 Medicare 计划收集信息以跟踪受益人参保 Medicare Advantage (MA) 计划、改进护理和支付 Medicare 福利等事宜。《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 可能会根据系统记录公告 (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。但如果您不回应，可能会影响您参保此计划。

据我所知，此参保表上的信息正确无误。我明白，如果我故意在此表上提供虚假信息，我将被计划退保。我明白，即使已参保 Medicare，出国期间通常仍然无法享有 Medicare 承保，在美国边界附近可享有的有限承保除外。

我明白，当我的 Aetna Medicare 保险生效后，我所有的医疗和处方药福利都必须从 Aetna Medicare 获取。Aetna Medicare 提供的以及我的 Aetna Medicare 承保范围说明书文件（也称为会员合约或用户约定）中包含的福利和服务将获得承保。对于不在承保范围内的福利或服务，Medicare 和 Aetna Medicare 均不会支付相关费用。

我明白，我（或根据所在州法律获得授权代表我的人员）在此申请表上签名表示我已经阅读并理解此申请表的内容。如果由授权代表（如上所述）签名，此签名确认：

- 1) 此人根据州法律获得完成此投保程序的授权，且
- 2) 在 Medicare 要求时可提供此授权的证明文件。

Aetna Medicare 是一项与 Medicare 签有合约的 HMO、PPO 计划。我们的 SNP 也与州 Medicaid 计划签有合约。能否在计划注册参保视合约续签情况而定。计划内容及可用性可能因服务区域而异。

签名	今天的日期 ____/____/____
----	-------------------------

如果您是帮助他人填写此表的授权代表，您必须在上方签名并提供以下信息。

姓名	地址
----	----

电话号码 (____) _____ - _____	与参保者的关系
------------------------------	---------

指明您的首选口头语言（如果不是英语）： 西班牙语 其他 \_\_\_\_\_

指明您的首选书面语言（如果不是英语）： 西班牙语 其他 \_\_\_\_\_

如果您需要以其他语言撰写的信息或无障碍格式版本（例如大字印刷版或盲文），请致电联系我们，电话：**1-833-859-6031（听障专线：711）**，服务时间为：10月1日至3月31日，上午8点至晚上8点，每周七天；4月1日至9月30日，上午8点至晚上8点，周一至周五。

NG22

此页特意留白。





**Section 9: AGENT USE ONLY**



**Agent/producer/broker/representative must complete this section**

**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.**

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

If "No," why not? \_\_\_\_\_

Was the SOA captured electronically or by telephone?  Yes  No

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

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

**Agent/producer/broker/employed sales representative information**

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: \_\_\_\_\_

**Agent/producer/broker/employed sales representative: 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**

NG22

此页特意留白。

## Medicare Advantage 计划参保收据

代理人/参保经纪人：填写并由参保者保留。

保留此收据作为参保申请凭证，直到 Medicare 确认您的参保并且您收到自己的会员资料。此收据并非参保保证。此收据仅供您保留记录。无需采取进一步措施。

### 申请人

姓名

今天的日期

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

拟定生效日期

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**如果您有任何疑问，请致电您的代理人/参保经纪人：**

代理人/参保经纪人姓名

代理人/参保经纪人电话号码

代理人/参保经纪人 ID

如果需要参保表格的完整副本，请致电联系我们，电话：**1-800-562-6315**（听障专线：**711**），服务时间为：10月1日至3月31日，上午8点至晚上8点，每周七天；4月1日至9月30日，上午8点至晚上8点，周一至周五。请给予我们至少3个工作日来处理您的申请。您需要提供您的申请查询号（位于本页底部）。

**提醒** — 您的参保申请针对 **Medicare Advantage 计划（C 部分）**。这些计划：

- 取代由联邦政府提供的 Original Medicare
- 承保您的 A 部分和 B 部分的所有福利
- 不补充您的 Original Medicare 保险，例如 Medicare 补充计划或 Medigap 计划

Aetna Medicare 是一项与 Medicare 签有合约的 HMO、PPO 计划。能否在计划注册参保视合约续签情况而定。我们的 SNP 也与州 Medicaid 计划签有合约。计划内容及可用性可能因服务区域而异。

申请查询号



NG22

