

如何參保

OMB 編號 0938-1378 到期日：2024 年 7 月 31 日

瀏覽網站： AetnaMedicare.com 或透過 Medicare， 網站： www.medicare.gov	請致電我們， 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.aetna.com/medicare/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。
- 用正楷工整填寫。填寫所有小節。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）。

如果您需要其他語言或可存取格式（例如大字型或盲文）的資訊，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五，早上 8 點到晚上 8 點，撥打 **1-833-859-6031 (TTY: 711)** 聯絡我們。

感謝您選擇我們的計劃。您將在 **10-14** 天內收到我們的回信。

此頁特意留白。

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 **22 年 10 月 15 日** 至 **22 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** 承保開始後，我將參保 Medicare。

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

23 年 1 月 1 日 至 **23 年 3 月 31 日** 之間：

我參加了 Medicare Advantage 計劃並希望做出更改。

23 年 4 月 1 日 至 **23 年 12 月 31 日** 之間：

我參加了 Medicare Advantage 計劃，並且參保 Medicare 不到 **3 個月**。我希望做出更改。

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。我搬遷的日期是 __/__/__ (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)，發生變化的日期為 __/__/__ (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)，發生變化的日期為 __/__/__ (日期)。

(下頁續)

此頁特意留白。

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 (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 的承保，日期為：____/____/____ (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 承保範圍發生變化，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)。
- 我正在參加州藥物援助計劃，或者我將失去州藥物援助計劃的援助。
- 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。我開始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。我被該計劃退保的日期是 ____/____/____ (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：_____

此頁特意留白。

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 \$12.00 |
| <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 \$14.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite Plan 3 (PPO) (H5521-310) | 每月 \$23.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier Plan (PPO) (H5521-040) | 每月 \$97.00 |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier Plan (PPO) (H5521-040)
(含高級綜合牙科套餐) | 每月 \$111.00 |
| <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。

擬定保險生效日期：__/__/__

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。

此頁特意留白。

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)

縣

州

郵遞區號

此頁特意留白。

您的 Medicare 資訊

此資訊位於您的紅白藍 Medicare 保險卡上

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	1. 您是否擁有除了 Aetna Medicare 之外的其他處方藥保險？ 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：
	其他保險的名稱： _____
	用於該保險的 ID 號碼： _____
	用於該保險的群組號： _____
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 您是否參加了州 Medicaid 計劃？ 若選擇「是」，請寫明您的 Medicaid 編號： _____

此頁特意留白。

請告訴我們更多關於您自己的資訊

您可以自願選擇回答這些問題。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

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，不是西班牙裔、拉丁裔或者沒有西班牙血統 是的，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- 是的，波多黎各人 是的，古巴人
- 是的，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**首選口語**（若不是英語）：

- 西班牙語 其他（請詳述）：
-

說明您的**首選書面語言**（若不是英語）：

- 西班牙語 其他（請詳述）：
-

如果您需要其他語言或可存取格式（例如大字型或盲文）的資訊，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五，早上 8 點到晚上 8 點，撥打 **1-833-859-6031 (TTY: 711)** 聯絡我們。

此頁特意留白。

此頁特意留白。

計劃保費和/或逾期參保罰金 (LEP) 支付

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 (IRMAA D 部分)，社會安全局將聯絡您。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 IRMAA D 部分付款。
- 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安全辦事處，或撥打 **1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)** 致電社會安全局。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。
- 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。若 Medicare 僅支付部分保費，我們將向您收取 Medicare 餘下的所有金額。

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。

此頁特意留白。

- 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 DSNP 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。

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

如果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。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。

此頁特意留白。

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.

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? : _____
--	--

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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

此頁特意留白。

Medicare Advantage 計劃參保收據

代理人/參保經紀人：填寫並由參保者保留。

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 **DSNP** 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。

申請查詢號：

此頁特意留白。