

確認您的參保期

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 處方藥計劃。有一些例外情形可能允許您在上述參保期以外參保 Medicare 處方藥計劃。

請詳閱下列陳述，勾選其中與您的情況相符的陳述。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合資格，這將有助於我們確定您的參保期。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

我在當前的年度參保期 (2022 年 10 月 15 日至 2022 年 12 月 7 日) 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

2023 年 1 月 1 日至 2023 年 3 月 31 日之間：

我目前參保了 Medicare Advantage 計劃並希望變更計劃。

2023 年 4 月 1 日至 2023 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 (SEP) 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)

此頁特意留白。

準會員姓名

Medicare 編號

- 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) 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，但我想另選計劃。我參保該計劃的日期是 __/__/__ (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符合您的情況，但您認為自己有適合參保的特殊情況，您可以致電 **1-833-526-2210 (TTY: 711)** 聯絡我們。我們的辦公時間為：10 月 1 日到 3 月 31 日期間，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點；4 月 1 日到 9 月 30 日期間，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 理由：_____

此頁特意留白。

選擇您的計劃

請選擇您要參保的計劃：

- SilverScript SmartSaver (PDP)
- SilverScript Choice (PDP)
- SilverScript Plus (PDP)

擬定保險生效日期：

___ / ___ / ____
月 / 日 / 年

參保者在其首次參保期的生效日期將是參保申請提交後的次月首日，或參保者有資格參加 D 部分的當月首日，以較晚者為準。

您的資訊 (請用正楷工整填寫)

姓氏 名字 中間名

出生日期

___ / ___ / ____
月 / 日 / 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 (或兩者) 才能加入 Medicare 處方藥計劃

生效日期：

Medicare 編號： ____ - ____ - ____

住院保險 (A 部分) ___ / ___ / ____

醫療保險 (B 部分) ___ / ___ / ____

*對於無永久住宅的人士：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 (例如社會保險局支票) 的地址可被視為您的永久住宅地址。

此頁特意留白。

請回答以下重要問題

是 否

1. 您是否擁有除了 **Aetna PDP** 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：_____

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，我是波多黎各人
- 是，其他西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統
- 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- 是，我是古巴人
- 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
- 華人
- 日本人
- 其他亞洲人
- 越南人
- 我選擇不回答。
- 亞洲印度人
- 菲律賓人
- 韓國人
- 其他太平洋島民
- 白人
- 黑人或美國黑人
- 關島或查莫羅人
- 夏威夷原住民
- 薩摩亞人

說明您的首選語言（若不是英語）： 西班牙語 其他

如果您需要其他語言或其他無障礙格式（例如盲文、磁帶或大字體）的資訊，請致電 **1-855-771-9286 (TTY: 711)** 聯絡 Aetna PDP，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。

您是否想接收電子版福利說明 (EOB) 表？

我們將每月向您發送一封電子郵件，讓您知曉如何獲取和查看您的安全 EOB 表。您需要向我們提供您的電子郵件地址。您可以隨時退出接收電子郵件。

- 是，我想透過電子方式接收我的 EOB 表。請務必在第 3 頁填寫您的電子郵件地址。
- 不，我想透過郵件接收我的 EOB 表。

此頁特意留白。

計劃保費和/或逾期參保罰金支付

請告知我們您希望如何支付月繳計劃保費（包括您可能欠下的任何 D 部分的逾期參保罰金）。即使您的計劃是 \$0 保費計劃，也請選擇一個選項。若您不選擇支付方式，我們每月會自動向您寄送發票。

透過支票或儲蓄帳戶進行電子轉帳 (EFT)

- 您不需要記得每月寄送支票。
- 每月第 8 天至第 10 天，費用會自動從您的帳戶扣除。
- 我們將從您帳戶中扣除應付總額。這包括您當前的月繳保費，以及每月出賬時的任何逾期付款。
- 如要註冊，請隨您的參保表附上您所用銀行的作廢支票或儲蓄帳戶直接存款單。

帳戶持有人簽名：（若與參保者不同）_____

我同意本授權將持續有效，直至我提供書面通知終止該服務。

我要用我的社會保險局 (SSA) 或鐵路職工退休管理委員會 (RRB) 福利支票支付。我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險局 RRB

- 若有以下情況，請勿選取此選項：
 - 另一計劃（例如僱主團體或州藥物援助計劃 [SPAP]）在為您支付部分保費。
 - 您正以 \$0 的保費參保一項計劃，並且您未拖欠逾期參保罰金。
- SSA 或 RRB 會告訴我們何時開始從您的 SSA/RRB 支票帳戶扣除保費。對於 SSA/RRB 未涵蓋的任何月份，您需要直接向我們支付保費。我們將向您發送 SSA/RRB 未涵蓋的月份的發票。
- 有時 SSA/RRB 可能不接受從您的 SSA/RRB 支票帳戶中扣款的請求。如果他們不接受扣款請求，我們將向您發送發票以供您支付月繳保費。

按發票每月支付

- 您可以每月將支票連同您的付款單寄給我們。
- 在您參保該計劃後，您可以在線上透過轉帳卡或信用卡付款。
- 您可以帶上發票到任何 CVS Pharmacy® 零售店並使用現金、信用卡或轉帳卡付款。（CVS Pharmacy Target® 或 Schnucks Pharmacy 不提供此服務。）

續

此頁特意留白。

計劃保費和/或逾期參保罰金

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 IRMAA D 部分付款。
- 收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。若符合資格，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保額。另外，符合資格的人士不必受限於保險空窗期或延期參加罰款。許多人甚至不知道有資格獲得此類優惠。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 **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp** 線上申請額外補助。
- 若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥保險費用的額外補助，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 PDP** 可能會影響您的僱主或工會健康福利。如果加入 **Aetna PDP**，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。
- 我必須保留住院保險 (A 部分) 或醫療保險 (B 部分) 才能繼續參保 Aetna PDP。
加入此項 Medicare 處方藥計劃，即表示我確認 Aetna PDP 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。《社會保險法》(Social Security Act) 第 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 423.30 和 423.32 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。

續

此頁特意留白。

閱讀以下重要資訊並簽名（續）

- 我瞭解，我一次僅可參保一項 D 部分計劃，並且參保此計劃將自動終止參保其他 D 部分計劃的資格。
- 我瞭解，我的 Aetna PDP 保險開始後，我必須從 Aetna PDP 獲取我的所有處方藥福利。由 Aetna PDP 提供並包含在我的 Aetna PDP 「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 PDP 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。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被從計劃中退保。
- 我瞭解，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。

SilverScript 是一項與 Medicare 簽有合約並透過 Aetna Medicare 行銷的處方藥計劃。能否註冊參保 SilverScript 視合約續簽情況而定。

簽名	今日日期 _ _ / _ _ / _ _ _ _
----	-----------------------------

正楷姓名

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
如何參保 填寫完此參保表後，請簽名、填寫日期，然後將其放入隨附的已付郵資信封中郵寄。	如果您不使用已付郵資信封，請附上適當的郵資並郵寄至： SilverScript Insurance Company PO Box 30001 Pittsburgh, PA 15222-0330 註：此郵寄地址不適用於代理提交的申請。

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。請查看上一節中的「如何參保」，將您填寫好的表格發送給計劃。

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

代理人說明

完成以下第 1 步和第 2 步，成功參保：

第 1 步：您必須在收到受益人的申請後 24 小時內將參保申請輸入代理人入口網站。有關如何輸入參保申請的說明，請查看代理人入口網站的參考資料部分。未能完成此步驟可能會導致您的參保不受理。

第 2 步：請在輸入入口網站後 24 小時內將完整的已簽名且已填妥的申請表和約談範圍寄送至 SilverScript Insurance Company。選擇以下選項之一：

- 上傳：通過代理人入口網站安全收發室上傳文件的掃描副本
- 電子郵件：**enrollmentverification@CVScaremark.com**
- 傳真：**1-866-552-6205**
- 郵寄信函：**SilverScript Insurance Company**
Attn: Agent Processing
PO Box 30002
Pittsburgh, PA 15222-0330

申請收到日期 __/__/____

代理人 ID 號碼 _____

代理人姓名 (請正楷填寫) _____

代理人簽名 _____

代理人入口網站申請確認號 _____

約談範圍 (您必須勾選一項)

- 本參保表隨附了約談範圍。
- 約談範圍未填寫，因為代理人沒有與申請人進行個人或一對一的銷售約談（無論是當面、電話還是其他方式）。

此頁特意留白。