



**如何參保**

OMB No. 0938-1378 Expires 6/30/2026

<p><b>線上參保：</b>  <b>AetnaMedicare.com</b>          或透過 Medicare  <b>(Medicare.gov)</b> 參保</p>	<p><b>請致電我們，電話：</b>  <b>1-833-859-6031</b>  <b>(TTY: 711)</b></p>	<p><b>透過您的</b>  <b>代理人：</b>          向其提交          填妥的          表格</p>	<p><b>傳真至：</b>          Attention:          Enrollment          Department          傳真：  <b>1-866-756-5514</b></p>	<p><b>郵寄至：</b>          Aetna Medicare          PO Box 7405          London, KY 40742</p>
---	---	--	--	---

**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**

**有任何疑問？**

請致電我們，電話：**1-833-859-6031 (TTY: 711)**。我們的服務時間為：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。

**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）。

**感謝您選擇我們的計劃。您將在 10-14 天內收到我們的回信。**

NG25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 MM / DD / HH



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 2024 年 10 月 15 日至 2024 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。我於 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (日期) 收到通知。
- 我之前擁有 Medicare，但我即將年滿 65 歲。

開放參保期資格的原因：

符合 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 3 月 31 日

我參加了 Medicare Advantage 計劃並希望做出更改。

2025 年 4 月 1 日至 2025 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)

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH

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) 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, 但由於該災難, 我無法申請。
- 我想加入一項特殊需求計劃, 該計劃可根據我的慢性病調整其福利。

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。我們的服務時間為: 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 原因:

\_\_\_\_\_

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH



僅限代理人使用：

代理人姓名：

NPN 編號：

### 參保申請表

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 (HMO) (H3312-002)             | 每月 <b>\$0.00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Value (HMO) (H3312-002) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 <b>\$31.00</b> |

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite (PPO) (H5521-120)             | 每月 <b>\$0.00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Elite (PPO) (H5521-120) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 <b>\$40.00</b> |

- |  |                   |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Discover Value (PPO) (H5521-312) | 每月 <b>\$35.00</b> |
|--|-------------------|

- |   |                    |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier (PPO) (H5521-040)             | 每月 <b>\$81.00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Premier (PPO) (H5521-040) (含高級綜合牙科套餐) | 每月 <b>\$128.00</b> |

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Medicare Eagle (PPO) (H5521-320) | 每月 <b>\$0.00</b> |
|---|------------------|

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。

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH

## 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** 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 (請勿填寫郵政信箱號。註：無家可歸的人士可以填寫郵政信箱號。計劃需要確認您在服務區域的居住地。)

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

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH

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

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH

## 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。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。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或者沒有西班牙血統 | <input type="checkbox"/> 是的，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人/ |
| <input type="checkbox"/> 是的，波多黎各人              | <input type="checkbox"/> 是的，古巴人                |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。               |

---

您的種族是？請選取所有適用項。

- |   |                                  |                                   |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美國印地安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 印度裔     | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 |
| <input type="checkbox"/> 華裔             | <input type="checkbox"/> 菲律賓裔    | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 日裔             | <input type="checkbox"/> 韓裔      | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民   |
| <input type="checkbox"/> 其他亞裔           | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人     |
| <input type="checkbox"/> 越南裔            | <input type="checkbox"/> 白人      | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。  |

---

您的性別是？請選擇一項。

- |                             |                                   |                                  |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 非二元性別    | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我使用其他表述： |                                  |

---

下列哪一項最能代表您對自己的性取向認知？請選擇一項。

- |   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀或男同性戀              | <input type="checkbox"/> 雙性戀      | <input type="checkbox"/> 不確定     |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，即不是男同性戀也<br>不是女同性戀 | <input type="checkbox"/> 我使用其他表述： | <input type="checkbox"/> 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（請註明）：

---

說明您的**首選書面語言**（若不是英語）：

- 西班牙語  中文  其他（請註明）：

---

如果您希望我們以易於查閱的格式向您傳送資訊，請選擇一項：

- 盲文  大字印刷體  音訊 CD  數位 CD

如果您需要上述格式之外易於查閱的資訊格式，請致電 **1-833-859-6031 (TTY: 711)** 聯絡我們。我們的服務時間為：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。

---

NG25 1\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
MM / DD / HH







## 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。請勿將您的 D-IRMAA 部分付款傳送給我們。
- 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](https://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。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（請參閱下一頁的「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）。

NG25  $\frac{1}{MM} / \frac{DD}{HH}$

- **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）中的福利和服務將受到承保。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。

<b>簽名</b>	<b>今日日期</b> ____/____/____
-----------	-------------------------------

如果您是代表參保者填寫此表的**授權代表（例如授權書）**，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

### 對於幫助參保者填寫此表的個人

如果您是幫助某人填寫此表的個人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方）（但無權代表參保者做出決定），請填寫此部分。

姓名	與參保者關係
簽名	National Producer Number (NPN) (Agents/Brokers only)

NG25 1\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / HH

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。

NG25 1\_\_ / \_\_ / \_\_  
MM / DD / HH

# 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.**

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**

NG25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM / DD / HH



## 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)**，服務時間為 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點到晚上 8 點；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： NG25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM / DD / HH