



如何參保

線上： AetnaMedicare.com 或透過 Medicare 瀏覽 Medicare.gov	請致電我們， 電話： 1-833-217-9081 (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 Fax: 1-866-756-5514	郵寄至： Aetna Medicare PO Box 14088 Lexington, KY 40512
--	---	-----------------------------------	---	---

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）
- 如果您現在是或曾經是 Aetna Medicare 會員，請準備好您的會員 ID 號，以便將其填寫在「回答這些重要問題」部分。
- 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？

或致電 **1-833-217-9081 (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。

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。
- **對於無家可歸的個人：**如果您想加入計劃但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會安全支票）的地址可能會被視為您的永久居住地地址。
- 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。

IS27

1__ / __ / __
MM / DD / HH



通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期 (AEP) 內參保 Medicare Advantage 計劃。在例外情況下，也允許您在這段時間之外參加 Medicare Advantage 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 號碼 ____ - ____ - ____
-------	-----------------------------------

符合年度參保期資格的理由

☐ 我將在當前年度參保期 10/15/26 至 12/7/26 之間參保。

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。

符合開放參保期資格的理由

1/1/27 至 3/31/27 之間：

☐ 我目前參保了 Medicare Advantage 計劃並希望變更計劃。

4/1/27 至 12/31/27 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，或者我最近搬家並有新的選擇。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。我於 ____/____/____ (日期) 返回美國。

☐ 我最近剛獲得美國合法居留身份。我於 ____/____/____ (日期) 獲得此身份。

☐ 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)。

☐ 我擁有 Medicare 聯邦醫療保險並享受全額 Medicaid 醫療補助福利。我想加入或轉換到一個協調我的 Medicare 和 Medicaid 管理式護理計劃 (稱為綜合雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)) 的計劃。(接下頁)

IS27 1____/____/____
MM/DD/HH

準會員姓名
Medicare 號碼

_____ - _____ - _____

符合特殊參保期資格的理由（續）

- ☐ 最近幫助我支付藥物費用的「額外補助 (Extra Help)」狀態發生了變化（剛開始獲得「額外補助 (Extra Help)」，「額外補助 (Extra Help)」等級發生變化或失去「額外補助 (Extra Help)」資格），發生變化的日期是 __/__/__（日期）。
- ☐ 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。我於 __/__/__（日期）搬出了機構。
- ☐ 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。
- ☐ 我失去了保險，因為我的計劃不再涵蓋我居住的區域。
- ☐ 由於 Medicare 終止了與我的計劃簽訂的合約，我失去了保險。我收到了 Medicare 的一封信，表示我可以加入另一個計劃。我於 __/__/__（日期）失去了保險。
- ☐ 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。我於 __/__/__（日期）從計劃中退保。
- ☐ 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。
- ☐ 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。

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 **1-833-217-9081 (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：

IS27

 1 __ / __ / __
MM / DD / HH

僅限代理人使用：

代理人姓名：

NPN 編號：

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。

☐ *Aetna Medicare Longevity (PPO I-SNP) (H5521-461)

每月 **\$10.70**

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。

建議的承保生效日期：__ / __ / __

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標有星號 (*) 來標記這些計劃 (範例：「*Aetna Medicare Eagle (PPO)」)。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 **1-833-217-9081 (TTY: 711)** 尋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 ☐ 男性 ☐ 女性	電話號碼 (____) ____ - ____ 這是手機號碼嗎？ ☐ 是 ☐ 否

電子郵件地址

在下方輸入您的永久居住街道地址 - 包括公寓 / 房間 / 單元號。請勿輸入郵政信箱，除非您無家可歸。

☐ 如果您目前無家可歸，請勾選此處

永久居住地址

街道地址 - 包括公寓 / 套房 / 單元

城市	縣	州	郵遞區號
----	---	---	------

郵寄地址地址（如果與您的永久街道地址不同）

地址 - 包括公寓 / 套房 / 單元

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

☐ 是 ☐ 否	1. 除了 Aetna Medicare 之外，您還有其他處方藥保險嗎？ 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： 其他保險名稱： _____ 保險個人編號： _____ 用於該保險的團體號碼： _____												
☐ 是 ☐ 否	2. 您是否參加了州 Medicaid 計劃？ 如果「是」，請寫下您的 Medicaid 號碼（請注意，這 不是 您的社會保障號碼）：												
☐ 是 ☐ 否	3. 您目前或過去是 Aetna Medicare 會員嗎？ 若選擇「是」，請填寫您的 Aetna 會員 ID 號碼（以「10」開頭的 12 位數字）： <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1	0										
1	0												
☐ 是 ☐ 否	4. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 如果「是」，請填寫以下資訊： 設施名稱： _____ 電話號碼 (____) ____ - ____ 地址： _____												

以下所有問題都可以選擇答與不答

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。

請指明您的**首選口語**（如果不是英語）：

☐ Spanish ☐ 中文 ☐ 其他 [請詳述]：

請註明您的**首選書面語言**（如果不是英語）：

☐ Spanish ☐ 中文 ☐ 其他 [請詳述]：

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 ☐ 大字版 ☐ 音訊 CD ☐ 資料 CD

如果您需要除上面所列格式以外的無障礙格式的資訊，請致電 **1-833-217-9081 (TTY: 711)** 與我們聯絡。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。

您想以電子方式而不是透過郵件接收通訊嗎？

當某些檔案（例如您的福利說明 (EOB)）可供線上檢視時，我們可以向您傳送電子郵件。請務必在上方的「您的資訊」部分中包含您的電子郵件地址。您可以隨時選擇退出，方法是登入我們的會員網站 **AetnaMedicare.com**，或使用您身份證上的號碼致電會員服務部。如果您的電子郵件地址無效或無法傳送電子郵件，我們將透過郵寄方式傳送您的文件。請選擇以下一項或多項：

☐ **福利說明 (EOB)** – 一份聲明，顯示您的計劃支付的金額以及您可能欠提供者的金額。每當文件可供檢視時，您都會收到一封電子郵件。

☐ **其他通訊** – 您可以透過郵件收到的其他信件、通知和更新。每當文件可供檢視時，您都會收到一封電子郵件。

支付您的計劃保費

請告知我們您希望如何支付月繳計劃保費（包括您可能欠的任何逾期參保罰金）。儘管您的計劃是 \$0 保費計劃，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付款單。

☐ 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。
- 款項會在每月 10 日（或下一個工作日）自動從您的帳戶中扣除。
- 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。

請填寫以下資訊：

帳戶持有人姓名： _____
(如扣款帳戶上所示正楷書寫姓名。)

銀行名稱： _____

銀行代碼

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

帳號

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

帳戶類型：

☐ 支票帳戶 ☐ 儲蓄帳戶

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：☐ 社會保障局 ☐ 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。
 - 您正參保一項雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 或機構特殊需求計劃 (ISNP)。
- SSA/RRB 會告訴我們何時開始從您的 SSA/RRB 支票帳戶扣除保費（這可能最多需要 3 個月）。在我們等待處理您的請求期間，我們將向您寄送一張付款單以支付您的保費。
- 有時 SSA/RRB 可能不接受從您的 SSA/RRB 支票帳戶中扣款的請求。如果發生這種情況，我們將向您寄送一張付款單以支付您的每月保費。

☐ 按付款單每月支付

- 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。
- 您可以帶上付款單到任何 CVS Pharmacy® 並使用現金、信用卡或轉帳卡付款。（CVS Pharmacy at Target® 或 Schnucks Pharmacy 地點不提供此服務。）

IS27

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 部分 -IRMAA 付款發送給我們。**
- 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 (Extra Help)」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 (Extra Help)」。
- 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)。

IS27

1__ / __ / __
MM / DD / HH

- **僅 MA 計劃：**我瞭解，當我的 Aetna Medicare 承保開始時，我必須從 Aetna Medicare 獲得所有醫療福利。**MA-PD 計劃：**我瞭解，當我的 Aetna Medicare 承保開始時，我必須從 Aetna Medicare 獲得所有醫療和處方藥福利。**所有計劃：**Aetna Medicare 提供的以及包含在我的 Aetna Medicare 「承保證據」文件（也稱為會員合約或訂戶協議）中的福利和服務將受到承保。Medicare 和 Aetna Medicare 均不會支付未承保的福利或服務費用。
- 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。Aetna® 和 CVS Pharmacy® 是 CVS Health® 旗下的子公司。

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

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。**註：經紀人或代理人不得為參保者簽字。**

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	全國生產商號碼 (NPN) (僅限代理人 / 經紀人)

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。

IS27 1__ / __ / __
MM / DD / HH

IS27-NYI01.4

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 14088 Lexington, KY 40512
Fax: 1-866-756-5514

IS27

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 保險，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：IS27

1__ / __ / __
MM / DD / HH