2022
가입 양식

Humana Medicare 가입을 위한
간편 절차

귀하의 Medicare와 Medicaid 카드를 모두 준비하십시오

각 개인마다 별도의 양식을 작성해야 합니다.

가입 신청서에 서명하고 날짜를 기입하십시오

가입 신청서를 정해진 기간 내에 작성하여 반환하지 않을 경우, 가입이 거절될 수 있습니다.

가입 신청서를 제출하십시오

이 가입 신청서의 가입자 서비스 페이지를 **1-877-889-9923**번으로 팩스로 보내실 수 있습니다. 또는, 이 가입 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내 주십시오.

Humana Medicare Enrollment
P.O. Box 14309
Lexington, KY
40512-4309

동일한 가입 신청서를 반복해서 발송하거나 동일한 보험에 반복 신청하지 않도록 하십시오.

질문이 있으시면 전화해 주십시오

질문이 있으시면, 공인 Humana 판매 에이전트에게 **1-800-833-2367(TTY: 711**)번으로 전화해 주십시오. 주 7일 매일 오전 8시에서 오후 8시까지 문의하실 수 있습니다.

하지만 휴일과 4월 1일에서 9월 30일까지 주말에는 자동 전화 응답 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남기시면 다음 영업일 근무가 끝나기 전에 다시 전화를 드릴 것입니다.

이중 자격 특수 질환 보험(Dual Eligible Special Needs Plan) 가입 양식

이중 자격 특수 질환 보험에 가입하는 **경우에만** 이 양식을 사용하십시오.

작성 방법

- 동그라미를 완전히 채우십시오.
- 검정 잉크만 사용하십시오.
- 각 상자에 선명한 글씨로 숫자나 블록체 대문자를 기입해 주십시오.
- 실수를 했을 경우, 해당 상자에 X 표시를 하여 수정하십시오. 예시와 같이 상자 위나 아래에 올바른 문자나 숫자를 적으십시오.

올바른 숫자와 문자



SAMPLE

Humana®

추가 정보

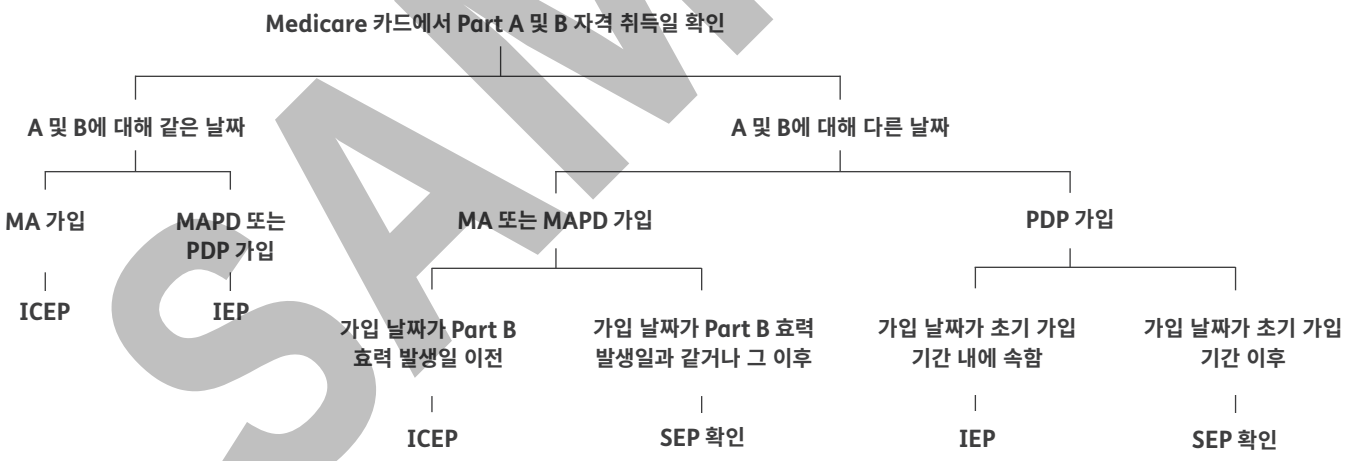
별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다
필수가 아닌 필드에 응답하는 것은 귀하의 선택입니다. 이러한 필드에 기입하지 않으셔도 보험 혜택이 거부되지 않습니다.

초기 가입 기간(IEP) 및 초기 보장 가입 기간 (ICEP)

- Part A 및 Part B 날짜가 같은 경우, 가입 기간은 7개월 동안 유지됩니다. 가입자가 자격을 얻는 달 이전 3개월, 자격을 얻는 달, 그리고 자격을 얻은 달 이후 3개월이 포함됩니다.
- Part A와 Part B 날짜가 다른 경우, 가입 기간은 3개월 동안 유지됩니다. 즉, 둘 중 날짜가 더 늦은 효력 발생일(주로 Part B)이 있는 달 이전 3개월이며, Medicare Advantage(MA) 전용 보험 또는 Medicare Advantage 처방약(MAPD) 보험 가입에만 해당됩니다. 처방약 보험(PDP) 가입인 경우, 7개월 IEP가 계속 적용되는지 확인해 보십시오.
- 보험 혜택 유효 기간은 Medicare 가입 및 작성한 신청서 제출과 같은 요인에 따라 다릅니다.

가입 양식에 귀하의 Medicare 번호를 입력할 때 귀하의 Medicare 카드에 적혀 있는 번호 그대로 써주십시오. N은 숫자를, A는 알파벳 문자를, E는 숫자 또는 알파벳 문자를 나타냅니다. Medicare 번호는 0으로 시작하거나 B, I, L, O, S 또는 Z 문자를 포함하지 않습니다.

가입 기간이 서로 겹칠 수 있습니다. 신청서 4페이지의 SEP 조항 목록에서 귀하에게 적용되는 특별 가입 기간(SEP) 동그라미에 표시하십시오. 특별 가입 기간(SEP) 동안 가입하는 경우, SEP를 위한 자격을 얻으려면 이 중 하나의 조항이 사실이어야 합니다. 에이전트께서는 4페이지에 기재된 SEP를 찾으실 수 없는 경우 Humana MarketPoint University(Vantage)에 있는 Enrollment Options Job Aid(DMS-024)를 참조하시거나, 도움이 필요하시면 에이전트 지원부서로 연락하시기 바랍니다.



SAMPLE

상담 범위(SOA)(8페이지)

에이전트는 상담 일정 유형 필드에 아래의 3개 문자 코드 중 하나를 사용합니다. 참고: SEM(세미나) 또는 GCS(지역 센터 세미나)에는 SOA가 필요하지 않습니다. SOA는 Walmart와 같은 소매업체 행사와 같은 비공식적인 행사에서 작성된 신청서를 위해서도 필요하지 않습니다.

F2F – 직접 면담
GCS – 지역 센터 세미나
GCW – 지역 센터 미예약 방문 상담
INH – 자택 상담
OTH – 기타
RET – 소매 파트너
SEM – 세미나
WAL – Walmart(월마트)
TEL – 전화 상담

중요 사항!

Humana에서는 여러분 모두가 공정한 대우를 받는 것을 중요하게 여깁니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 인종, 피부색, 출신국, 나이, 신체장애, 성별, 성적 취향, 젠더, 성 정체성, 혈통, 결혼 여부 또는 종교를 이유로 개인을 차별하거나 배척하지 않습니다. 차별은 법에 저촉되는 행위입니다. Humana 및 그 자회사는 적용되는 연방 시민권법을 준수합니다. Humana 또는 그 자회사로부터 차별을 받았다고 여기는 경우, 다음과 같은 방법으로 도움을 얻을 수 있습니다.

- 다음 주소로 민원을 제기할 수 있습니다.
  Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
  불만을 제기하실 때 도움이 필요한 경우 **1-877-320-1235**번으로 전화하거나 **TTY**를 사용하는 경우 **711**번으로 전화해 주십시오.
- 또한, **미국 보건복지부 민원국**에도 민원 포털(https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 또는 **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697(TDD)**번을 통해 민원을 제기하실 수 있습니다. 민원 양식은 https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용하실 수 있습니다.
- **캘리포니아주 거주자**: 또한, 캘리포니아주 보험국 무료 핫라인 번호로 전화하실 수도 있습니다. **1-800-927-HELP(4357)**번으로 불만을 제기할 수 있습니다.

보조 지원 및 서비스를 무료로 제공해 드립니다. **1-877-320-1235(TTY: 711)**

Humana에서는 장애를 가진 분들께 동등한 참여 기회를 보장하기 위해 필요한 경우 자격을 갖춘 수화 통역사, 원격 화상 통역 및 그 외 형식의 서면 정보를 포함한 보조적 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-1235 (TTY: 711)**

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.
繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。
Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.
한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.
Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.
Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.
Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.
Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.
Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.
Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.
日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。
فارسی (Farsi)
برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę́ nika'adoowoł.
العربية (Arabic)
الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

SAMPLE

다음 중요한 정보를 읽어보십시오.

현재 직장 또는 조합의 의료보험 가입해 있을 경우, Humana 가입으로 직장 또는 조합의 의료보험에 영향을 줄 수 있습니다. Humana 가입으로 직장 또는 조합 의료보험 혜택이 상실될 수 있습니다.

본인은 이 가입 신청서를 작성함으로써 다음에 동의합니다:
본인이 연방 정부와 계약을 맺은 Medicare Advantage 의료 보험에 가입할 경우, 본인은 보험에 계속 가입된 상태를 유지하기 위해 Medicare Part A 및 B를 유지해야 합니다. 본인은 Medicare Part B 보험료를 계속 납부해야 합니다. Medicare Advantage 보험은 하나만 가입할 수 있으며, 이 보험에 가입함으로써 다른 Medicare 의료보험이나 처방약 보험 가입이 자동으로 종료됨을 이해합니다. 본인은 현재 가지고 있거나 미래에 가질 수 있는 처방약 혜택을 Humana에 통지할 책임을 가집니다. **본인은 Medicare 처방약 혜택 또는 크레딧으로 가지고 있을 수 있는 처방약 보험 혜택(Medicare와 동급)이 없을 경우, 미래에 Medicare 처방약 보험에 가입하면 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있음을 이해합니다.** 본인이 선택한 보험의 기간은 일반적으로 1년입니다.

Humana 보험 혜택이 시작되면 본인은 Humana로부터 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 점을 이해합니다. Humana가 제공하고 본인의 "보험 적용 범위" 문서(가입자 계약 또는 가입자 동의라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보험으로 적용됩니다. Medicare와 Humana는 보험이 적용되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 본인은 보험 적용 범위의 규정을 준수할 것입니다. Humana 가입자가 된 후 납부 방법 또는 서비스에 동의하지 않을 경우 보험 결정에 대해 이의신청을 할 권리를 가집니다.

이 Humana 보험은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. Humana 보험 적용 지역의 외부로 이사할 경우, Humana에 연락하여 가입 해지하고 새로운 지역에서 새 보험을 찾아야 합니다. Medicare 가입자가 외국에 있을 경우 일반적으로 Medicare 혜택이 적용되지 않으며 미국 국경 가까이에서는 제한적으로 보험이 적용됨을 이해합니다.

Humana가 본인의 가입 양식을 수령하면 본인은 보험 적용 방법을 이해했으며 본인의 보험 가입 의사를 확인하기 위한 확인서를 받을 수 있습니다. 이 보험은 Medicare Part A와 Part B에 대한 보조 보험입니다. Humana는 Medicare 대신 비용을 지불하며 Humana가 보장하지 않는 자기부담금과 공동보험액을 본인이 부담합니다. Medicare Part A와 Part B는 본인이 Humana에 가입되어 있는 동안 본인의 의료비를 지불하지 않습니다.

- 귀하가 **Dual Eligible Special Needs Plan(D-SNP)** 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 보험이 Medicaid와 Medicare에 모두 가입되어 있는 개인을 위한 보험이라는 것을 알고 있습니다. 본인의 가입 자격 여부는 본인이 Medicare와 Medicaid에 의한 의료 지원을 받을 자격이 있다는 확인에 근거하여 결정됩니다.

  플로리다주 주민 중 D-SNP 가입자인 경우: 본인은 이 보험의 주무 기관이 Humana와 플로리다주 보건관리청이라는 것을 알고 있습니다.

  테네시주 주민 중 D-SNP 가입자인 경우: 본인은 적정한 비용분담금을 제외하고 이러한 혜택에 대해 TennCare가 비용을 지불할 책임이 없음을 알고 있습니다. TennCare는 이러한 혜택의 이용 또는 품질을 보장할 책임이 없습니다. 더 많은, 가외의, 또는 추가적인 Medicare 혜택에 대한 언급이 있더라도 Medicare에만 적용이 되며 Medicaid 혜택이 늘어나는 것을 의미하지는 않습니다.

- 본인은 Medicare Supplement, Medigap, Medicare Select 또는 Medicaid 보험이 아닌 Humana Medicare Advantage 보험에 가입하게 됨을 이해합니다.

가입 양식의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인이 의도적으로 이 양식에 거짓 정보를 제공한 경우, 본인의 보험 가입이 해지됨을 이해합니다.

정보 공개:
이 Medicare 보험에 가입함으로써 본인은 Humana가 본인의 정보를 Medicare와 공유할 것임을 인정합니다. Medicare는 본인의 가입 기록을 추적하고, 비용을 지불하며, 이 정보 수집을 승인하는 연방법에 의해 허용되는 기타 목적으로 사용할 수 있습니다 (아래 "개인정보 보호법 고지문" 참조).

SAMPLE

개인정보 보호법 고지문:
Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 보험의 수혜자 가입 현황을 추적하고, 관리 서비스를 개선하며, Medicare 혜택에 대한 비용 지급을 위해 Medicare 보험으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851항 및 1860D-1항, 그리고 42 CFR §§ 422.50항 및 422.60항에 따라 이러한 정보의 수집이 승인되었습니다. CMS는 기록통보시스템(SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자로부터의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. **이 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 보험 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.**

SAMPLE

2022년도 Humana Medicare 이중 자격 특수 질환 보험(Dual Eligible Special Needs Plan) 가입 양식

귀하의 Medicare 카드에 적혀 있는 대로 다음 정보를 기입하십시오.

명확하게 기입하십시오. 검정 잉크를 사용하십시오.
별표(*) 는 필수 필드를 나타냅니다.

에이전트 번호(SAN)

생년월일* 성별*

M M – D D – Y Y Y Y 남 여

가입자 ID 번호

H

(현재 또는 과거 Humana 가입자)

MEDICARE 의료 보험

성*

이름* 중간 이니셜

MEDICARE 번호*

N A E N – A E N – A A N N

가입된 보험 효력 발생일*

병원(PART A) M M – 0 1 – Y Y Y Y

의료(PART B) M M – 0 1 – Y Y Y Y

에이전트에게 문의하여 작성하십시오.

예상되는 보험 혜택 시작일*

M M – 0 1 – 2 0 2 2

(8페이지의 서명일 이후여야 함)

ICEP/ MA/ MAPD	IEP PDP 또는 MAPD	AEP	OEP	OEP 신규	OEPI	SEP 코드†

(추가 참고 페이지 참조)

†SEP를 선택한 경우 필수 기입. 코드는 4페이지 참조.

거주지 주소* P.O. 사용 불가. 실제 주소 기입 필수.

APT 또는 STE

시* 주* 우편번호*

카운티*

우편 주소 귀하의 거주지 주소가 서비스 지역을 확인합니다. 우편 주소/사서함 주소를 여기에 기입하십시오.
우편 주소가 거주지 주소인 경우, 이 동그라미를 채우십시오.

APT 또는 STE

시 주 우편번호

귀하에게 최신 정보를 전달하고 건강 관리를 도와드릴 수 있도록 저희가 귀하께 연락을 취할 수 있어야 합니다.
귀하의 전화번호와 이메일 주소를 적어주시기 바랍니다.

전화번호

( ) –

Humana에서 자동 응답 시스템을 사용하여 귀하에게 전화를 걸거나 문자를 보내는 경우가 있을 수 있습니다.
그런 경우 저희는 반드시 귀하가 제공하신 전화번호를 사용하도록 하겠습니다.
이메일 신청인은 이메일 주소를 제공함으로써 Humana가 이 주소로 건강 정보를 발송하는 것에 동의하게 됩니다.

전자 문서로 옮기세요. 현재 많은 보험 문서들이 디지털 형식으로 제공됩니다. 귀하의 문서를 보는 방법에 대한 이용 가능한 커뮤니케이션 및 지침 목록은 가입 책자를 참조하십시오. 이 방법을 선택하시려면 이 동그라미를 칠해주십시오.

모든 의료 보험 신청인이 아래 주치의 정보를 추가할 것을 강력히 권장합니다. HMO 보험을 신청하는 경우, 이 섹션을 작성해야 합니다. 본인의 보험에 PCP가 필요한지 확인하려면 보험 혜택 요약을 참조하십시오.

주치의(PCP) PCP ID 번호

이름 성

선택하신 의사가 귀하의 기존 주치의입니까? 예 아니요

SAMPLE

별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N – A E N – A A N N

일반적으로 매년 10월 15일에서 12월 7일 사이의 연례 가입 기간(AEP)에 Medicare Advantage 보험 또는 처방약 보험에 가입할 수 있습니다. 또한, 매년 1월 1일부터 3월 31일까지 연례 공개 가입 기간(OEP) 동안 한 번 또는 IEP/ICEP(OEP 신규) 동안 보험에 가입한 후 즉시 Medicare Advantage 보험을 변경할 수 있습니다. OEP 동안 허용되는 보험 변경에 제한 사항이 적용됩니다. 이 기간 외에 가입하기 위해서는 제한 사항이 적용됩니다. 다음 조항을 잘 읽으신 후 본인에게 해당되는 설명의 왼쪽 동그라미를 표시하십시오. 다음 동그라미에 표시하면 본인이 아는 바에 의해 본인에 관한 진술이 사실이라는 것을 보증하게 됩니다. **나중에 이 정보가 잘못되었음이 확인될 경우, 가입이 취소될 수 있습니다.**

SEP 코드	**특별 선택 기간(SEP) 조항**
LEC	본인은 직장이나 조합에서 가입한 보험을 상실/탈퇴하려 하거나 지난 2개월 이내에 이러한 보험 혜택을 이미 상실했습니다.
MDE	본인은 Medicare와 Medicaid를 둘 다 가지고 있고(또는 주정부에서 Medicare 보험료 납부를 지원하고 있으며), 또는 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help를 받고 있으나 변동이 **없었습니다**. **참고: 이 SEP는 1월 1일부터 9월 30일까지 분기마다 한 번만 유효합니다.**
NLS	본인은 지난 3개월 이내에 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니다, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다).
MCD	본인은 지난 3개월 이내에 Medicaid 자격에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니다, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다).
MOV	본인은 이사할 예정입니다 또는 지난 2개월 이내에 이사를 했습니다. 현재 보험의 서비스 지역 밖으로 이사한 경우이거나 이 보험이 저에게는 새로 선택한 것입니다.
SNP	본인은 더 이상 Dual Eligible Special Needs Plan의 자격이 없다는 통지를 받았고 자격 지속으로 간주되는 기간에 있거나, 본인이 Medicaid 변동 또는 상실로 인해 지난 3개월 이내에 Dual Eligible Special Needs Plan에서 탈퇴되었습니다.
DST	본인은 연방재난관리청(FEMA)에서 선포한 긴급 상황/재해 또는 연방, 주 또는 지역 정부 기관에서 발표한 재난이나 기타 긴급 상황으로 인해 본인이 이용할 수 있는 또 다른 가입 기간을 이용할 수가 없었습니다.
NON	본인의 기존 Medicare Advantage(MA) 보험이 다음 계약연도에 갱신되지 않습니다. **참고: 이 SEP는 12월 8일부터 2월 말일까지만 유효합니다.**
OTH	위의 진술 중 본인에게 해당하는 사항이 없습니다. 하지만 예외 가입이 가능한 특별 상황에 해당한다고 생각합니다. 예외 상황이 허용되는지 확인하기 위해 Humana가 연락할 것입니다. **아래에 이유를 적으셔야 합니다.**

참고(OTH인 경우):

SAMPLE

별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N – A E N – A A N N

보험 선택

아래에 귀하가 원하는 의료 보험에 대한 플랜 정보를 기재해주십시오.
플랜 정보는 귀하의 혜택 요약서에서 볼 수 있습니다.

계약*

PBP*

부문
0 0

보험 혜택 요약에 나온 이 보험에 대한 기본 월 보험료를 제공하십시오. 이 금액은 신청자가 원하는 보험을 식별할 수 있도록 도우며, 가입 지연 벌금 또는 Medicaid와 같은 다른 보험 지급액을 포함하지 않습니다.

기본 월 보험료*
$.

귀하가 위에서 기재하신 플랜 세부 사항에 해당하는 한 가지 옵션을 아래에서 선택해주십시오.
보험 혜택 요약을 참조하거나 도움이 필요하면 담당 에이전트에게 문의하십시오.

다음 옵션 중 **한** 가지를 원합니다.*

- Humana Gold Plus® HMO D-SNP
- Humana Community HMO D-SNP
- Humana Fully Integrated HMO D-SNP (Humana Long Term Care 플랜 필요)
- HumanaChoice® PPO D-SNP

모든 이중 자격 특수 질환 보험에는 Medicaid 자격이 필요합니다.

MEDICAID 번호

SAMPLE

별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N – A E N – A A N N

1. 귀하가 가입하고자 하는 이 보험에 추가하여 다른 처방약 보험(예: VA, TRICARE)에 가입하실 예정인 경우, 이 동그라미를 채우십시오.* ○ 본인은 다른 처방약 보험 혜택에 가입할 예정입니다.

해당되는 경우, 다른 처방약 보험 혜택에 관한 자세한 정보를 여기에 제공해 주십시오.

다른 보험 이름

이 보험 혜택에 대한 ID 번호

이 보험 혜택에 대한 그룹 번호

2. 가입 후 귀하 또는 귀하의 배우자가 일을 할 예정이십니까? ○ 예 ○ 아니요

선호하는 언어

○ 영어 ○ 스페인어 ○ 중국어 ○ 한국어 ○ 기타 _____

이용하기 쉬운 형식이 필요한 경우, 한 가지 옵션을 선택해 주십시오.

○ 오디오 ○ 대형 활자 ○ 이용하기 쉬운 화면 리더 PDF

○ 전화를 통한 구두 대화 ○ 점자

그 외 다른 형식 또는 언어로 정보가 필요하신 경우 **1-800-833-2367(TTY: 711)**번을 통해 공인 Humana 판매 에이전트에게 전화해 주십시오.

SAMPLE

별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N – A E N – A A N N

하나의 보험료 납부 옵션을 선택하십시오.* 월 보험료 및/또는 가입 지연 벌금을 귀하의 은행 계좌(ACH)에서, 또는 사회보장국(SSA)이나 철도청 퇴직자 위원회(RRB) 지원금 수표에서, 또는 신용카드나 직불카드(CC/DC)에서 자동 공제하여 납부하도록 선택할 수도 있습니다. 쿠폰북을 이용하여 우편으로 지불하도록 선택할 수도 있습니다. **아래에서 납부 옵션을 선택하지 않을 경우, 쿠폰북으로 기본 설정이 될 수도 있습니다.**

○ **은행 계좌 자동 공제**
은행 계좌 정보(납부 방법으로 은행계좌 자동 공제를 선택한 경우에만 이 섹션을 작성하십시오).

○ 체킹 계좌 ○ 저축 계좌

은행 이름

라우팅 번호 계좌번호



라우팅 번호 계좌번호

○ **사회보장 보조금 수표 공제**(아래 참고 사항 참조)

○ **철도청 퇴직자 위원회 지원금 수표 공제**(아래 참고 사항 참조)
이 납부 옵션을 선택하려면 현재 철도청 퇴직자 위원회 지원금 수표를 수령하고 있어야 합니다.

참고: CMS(Medicare)가 정한 처리 기간 때문에 귀하의 첫 번째 보험료 납부를 위한 SSA 또는 RRB 공제가 거절될 수 있습니다. Humana는 최초 납부를 위한 청구서를 발행하고 두 번째 달 보험료부터 SSA 또는 RRB 공제가 시작되도록 CMS(Medicare)에 요청서를 다시 제출할 것입니다. 공제가 시작되려면 2개 이상의 지원금 수표가 필요할 수도 있습니다. 대부분의 경우, SSA 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락할 경우, 보조금 수표에서의 첫 번째 공제는 SSA가 원천징수를 수락한 달부터 시작됩니다. SSA 또는 RRB가 자동 공제 요청을 승인하지 않을 경우, 월 보험료를 위한 쿠폰북을 보내드립니다.

○ **신용카드 또는 직불카드 자동 공제**
신용카드 또는 직불카드 정보(납부 방법으로 신용카드 또는 직불카드 자동 공제를 선택하신 경우에만 이 섹션을 작성해주십시오).

○ MasterCard ○ Visa ○ Discover

신용카드 또는 직불카드 번호 만료일

M M – 2 0 Y Y

○ **쿠폰북**

Humana.com/pay에 방문하여 월 보험료를 온라인으로 납부하실 수 있습니다. 납부 방법으로 쿠폰북을 선택하신 경우, 원하시는 만큼 선납하실 수 있습니다. 귀하의 보안 MyHunmana 계정에 로그인하거나(아직 가입하지 않은 경우 Register 클릭) MyHumana 모바일 앱을 다운로드하여 다른 보험료 관련 서비스를 이용하실 수 있습니다.

Part D-소득 연동 월간 조정금(Part D-IRMAA) 평가를 받은 경우, 사회보장국이 통지할 것입니다. 보험료 이외에도 이러한 추가 금액을 납부해야 합니다. 사회보장 보조금 수표에서 원천징수되는 금액이 있거나 Medicare 또는 RRB가 직접 청구하게 됩니다. Humana에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

SAMPLE

별표(*)는 필수 필드를 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*
N A E N – A E N – A A N N

본인은 이전 페이지에 있는 중요한 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 보험 혜택 요약 사본을 검토 및 수령하였습니다.

신청인 서명* 또는 법정 대리인(권한 위임자, 법적 보호자 등을 포함)

서명 날짜*
M M – D D – 2 0 Y Y

이 가입 양식에 포함된 본인의 서명(또는 나를 대신할 법적 권한이 있는 개인의 서명)은 이 가입 양식의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. 권한을 위임 받은 대리인(위에서 설명)이 서명할 경우, 이 서명은 1) 이 개인이 주 법률에 따라 가입 양식을 작성할 권한을 가졌으며, 2) Medicare가 요청할 경우, 권한 입증 서류를 제공할 수 있음을 증명합니다.

법정 대리인의 경우, **반드시** 위에 서명하고 다음 정보를 제공해야 합니다.*

성 | 이름 | 중간 이니셜

주소

시 | 주 | 우편번호

전화번호
( )

신청인과의 관계

에이전트 작성란

상담 일정 유형 | 상담 일정 범위//ID 번호

작성 에이전트 이름*

에이전트 번호(SAN)* | 날짜*
M M – D D – 2 0 Y Y

제휴 파트너 | 장소 | 캠페인

추천 에이전트 이름

추천 에이전트 번호(SAN)

신청인에게 질문: 귀하의 퇴역 군인 신분을 알려주시겠습니까?*

○ 본인 ○ 배우자 ○ 부양가족 ○ 본인은 퇴역 군인이 아님 ○ 답변을 원하지 않음

리드 소스*

○ 고객 명부 ○ 이벤트 ○ 마케팅/광고 ○ 제3자 ○ Humana

SAMPLE

SAMPLE

Humana®

Humana.com