

2023 가입 양식

이중 적격 특수 요구 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan) 가입 양식

이중 적격 특수 요구 플랜에 가입하는 **경우에만** 이 양식을 사용하십시오.

Humana Medicare 가입을 위한 간편 절차

Medicare와 Medicaid 카드를 모두 준비해 두십시오

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
1-877-889-9923번으로 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
플랜에 반복 신청하지 않도록 하십시오.

질문이 있으시면 전화해 주십시오

질문이 있으시면, Humana 공인 판매 에이전트에게
1-800-833-2367(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.
주 7일 매일 오전 8시부터 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 종료 전에
저희가 전화를 드릴 것입니다.

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

1 2 3 S M I ~~X~~ H

Humana®

추가 정보

초기 가입 기간(IEP) 및 초기 보장 가입 기간(ICEP)

- 파트 A 및 파트 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.
- 파트 A와 파트 B 날짜가 다른 경우, 가입 기간은 3개월 동안 유지됩니다. 즉, 둘 중 날짜가 더 늦은 효력 발생일(주로 파트 B)이 있는 달 이전 3개월이며, Medicare Advantage(MA) 전용 플랜 또는 Medicare Advantage 처방약(MAPD) 플랜 가입에만 해당됩니다. 처방약 플랜(PDP) 가입인 경우, 7개월 IEP가 계속 적용되는지 확인해 보십시오.
- 보장 적용일은 Medicare 가입 및 작성한 신청서 제출과 같은 요인에 따라 다릅니다.

별표(*)는 필수입력란 나타냅니다

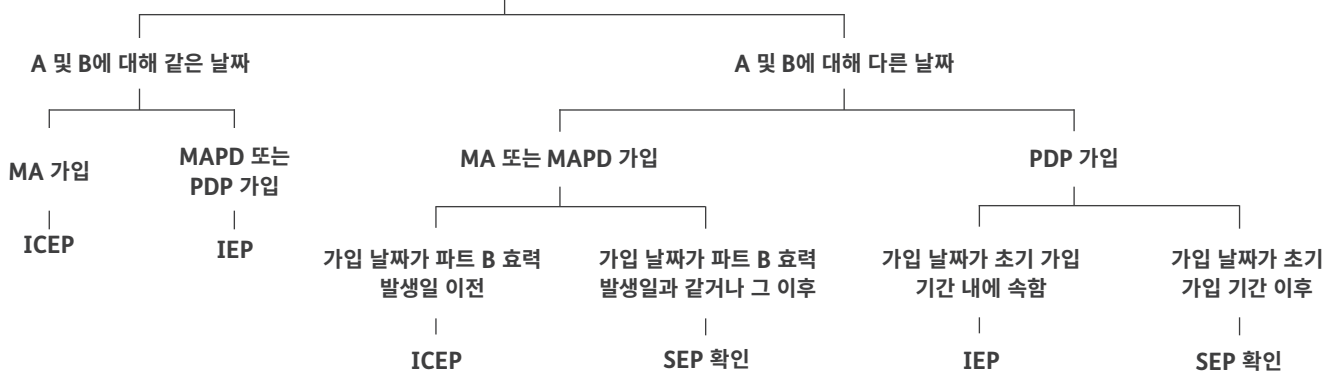
필수가 아닌 입력란에 응답하는 것은 귀하의 선택입니다. 비필수 입력란을 완성하지 않는다고 보장이 거부되지는 않습니다.

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 찾을 수 없는 경우.

Humana MarketPoint University(Vantage)에 있는 Enrollment Options Job Aid(DMS-024)를 참조하시거나, 도움이 필요하시면 에이전트 지원부서로 연락하시기 바랍니다.

Medicare 카드에서 파트 A 및 B 자격 취득일 확인



상담 범위(SOA)(8페이지)

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

F2F – 직접 면담

GCS – Neighborhood Center 세미나

GCW – Neighborhood Center 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, 연령, 장애, 성별, 성 지향성, 젠더, 성 정체성, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 종교 또는 언어를 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다. 차별은 법에 저촉되는 행위입니다. Humana 및 그 자회사는 적용되는 연방 민권법을 준수합니다. Humana 또는 그 자회사로부터 차별을 받았다고 여기는 경우, 다음과 같은 방법으로 도움을 얻으실 수 있습니다.

- 다음 주소로 고충을 제기할 수 있습니다.

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

민원을 제기하실 때 도움이 필요한 경우, **1-877-320-1235**번으로 전화하거나 **TTY**를 사용하는 경우, **711**번으로 전화해 주십시오.

- 또한, **미국 보건복지부**, 민권 담당국 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.html>에서 이용하실 수 있습니다.
- **캘리포니아주 거주자**: 또한, 캘리포니아주 보험국 무료 핫라인 번호로 전화하실 수도 있습니다. **1-800-927-HELP(4357)**번으로 민원을 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.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugues: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



다음 중요한 정보를 읽어보십시오

현재 직장 또는 조합의 의료보장이 있을 경우, Humana 가입으로 직장 또는 조합의 의료 혜택에 영향을 줄 수 있습니다. Humana 가입으로 직장 또는 조합 의료 혜택 상실될 수 있습니다.

본인은 이 가입 신청서를 작성함으로써 다음에 동의합니다.

본인이 연방 정부와 계약을 맺은 Medicare Advantage 의료 플랜에 가입할 경우, 본인은 플랜에 계속 가입된 상태를 유지하기 위해 Medicare 파트 A 및 B를 유지해야 합니다. 본인은 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.

Medicare Advantage 플랜은 하나만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입함으로써 다른 Medicare Advantage 건강 플랜이나 처방약 플랜 가입이 자동으로 종료됨을 이해합니다. 본인은 현재 가지고 있거나 미래에 가질 수 있는 처방약 보장을 Humana에 통지할 책임을 가집니다. 본인은 Medicare 처방약 보장 또는 신뢰할 수 있는 약품 보장(Medicare와 동급)이 없을 경우, 미래에 Medicare 처방약 보장에 가입하면 가입 지연 가산금을 납부해야 할 수 있음을 이해합니다. 본인이 선택한 플랜의 기간은 일반적으로 1년입니다.

Humana 보장이 시작되면 본인은 Humana로부터 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 점을 이해합니다. Humana가 제공하고 본인의 “보장 범위 증명서” (가입자 계약서 또는 가입자 동의서)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare와 Humana는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 본인은 보장 범위 증명서의 규정을 준수할 것입니다. Humana 가입자가 된 후 지불 또는 서비스에 동의하지 않을 경우 플랜 결정에 대해 이의 제기할 권리를 가집니다.

이 Humana 플랜은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. Humana 플랜 적용 지역의 외부로 이사할 경우, Humana에 연락하여 가입 해지하고 이사한 새 지역에서 새 플랜을 찾아야 합니다. Medicare 가입자가 외국에 있을 경우 일반적으로 Medicare 혜택이 적용되지 않으며 미국 국경 가까이에서는 제한적으로 보장이 적용됨을 이해합니다.

Humana가 본인의 가입 양식을 수령하면 본인은 플랜 적용 방법을 이해했으며 본인의 플랜 가입 의사를 확인하기 위한 확인서를 받을 수 있습니다. 이 플랜은 Medicare 파트 A와 파트 B에 대한 이차 플랜이 아닙니다. Humana는 Medicare 대신 비용을 지불하며 Humana가 보장하지 않는 공동 부담금과 공동 보험비용을 본인이 부담합니다. Medicare 파트 A와 파트 B는 본인이 Humana에 가입되어 있는 동안 본인의 의료비를 지불하지 않습니다.

- 귀하가 이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP) 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 Medicaid와 Medicare에 모두 가입되어 있는 개인을 위한 플랜이라는 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 플랜이 Humana와 플로리다주 보건 의료 행정청에서 제공한다는 것을 알고 있습니다.

테네시주 주민 중 D-SNP 가입자인 경우: 본인은 적절한 비용 부담금을 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 플랜이 아닌 Humana Medicare Advantage 플랜에 가입하게 됨을 이해합니다.

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

정보 공개:

이 Medicare 플랜에 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 선언문” 참조).

개인정보 보호법 선언문:

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입 현황을 추적하고, 관리 서비스를 개선하며, Medicare 혜택에 대한 비용 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 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 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.**

거주지가 없는 개인:

플랜에 가입하고자 하지만 영구 거주지가 없는 경우, 우편 사서함, 보호소 또는 진료소 주소 또는 우편물(예: 사회보장 연금 수표)을 받는 주소를 영구 거주지 주소로 간주할 수 있습니다.

2023년도 Humana Medicare 이중 적격 특수 요구 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan) 가입 양식

귀하의 Medicare 카드에 적혀 있는 대로 다음 정보를 기입하십시오.



MEDICARE 의료 보험

성*

이름* 중간 이니셜

MEDICARE 번호* - -

가입된 보험 효력 발생일 - -

병원(파트 A) - -

의료(파트 B) - -

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

에이전트 번호(SAN)

생년월일* - - 성별* ☐ 남 ☐ 여

가입자 ID 번호

(현재 또는 과거 Humana 가입자)

에이전트에게 문의하여 작성하십시오.

예상되는 보험 혜택 시작일*

- -

(8페이지의 서명일 이후여야 함)

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

(추가 참고 페이지 참조)

+SEP를 선택한 경우 필수 기입. 코드는 4페이지 참조.

거주지 주소* P.O. Box는 허용되지 않습니다.

시*

카운티*

☐ 거주지가 없음

APT 또는 STE

주* 우편번호*

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

시

주 우편번호

APT 또는 STE

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

전화 유형 ☐ 휴대전화 ☐ 집(일반 전화)

Humana에서 자동 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 플랜 문서들이 디지털 형식으로 제공됩니다. 귀하의 문서를 보는 방법에 대한 이용 가능한 커뮤니케이션 및 지침 목록은 가입 책자를 참조하십시오. 이 방법을 선택하시려면 이 동그라미를 칠하십시오.

모든 의료 플랜 신청인이 아래 주치의(PCP) 정보를 추가할 것을 강력히 권장합니다. HMO 플랜을 신청하는 경우, 이 섹션을 작성해야 합니다. 본인의 플랜에 PCP가 필요한지 확인하려면 혜택 요약서를 참조하십시오.

PCP ID 번호

주치의(PCP)

선택하신 의사가 귀하의 기존 주치의입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

별표(*)는 필수 입력란을 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 플랜 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. 또한, 매년 1월 1일부터 3월 31일까지 연례 공개 가입 기간(OEP) 동안 한 번 또는 IEP/ICEP(OEP 신규) 동안 플랜에 가입한 후 즉시 Medicare Advantage 플랜을 변경할 수 있습니다. OEP 동안 허용되는 플랜 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 가입 기간(SEP) 조항
LEC	본인은 직장이나 조합에서 가입한 보장을 상실/해지하려 하거나 지난 2개월 이내에 이러한 보장을 이미 상실했습니다.
MDE	본인은 Medicare와 Medicaid를 둘 다 가지고 있고(또는 주정부에서 Medicare 보험료 납부를 지원하고 있으며), 또는 Medicare 처방약 보장을 위한 부가 지원을 받고 있으나 변동이 없었습니다. 참고: 이 SEP는 1월 1일부터 9월 30일까지 분기마다 한 번만 유효합니다.
NLS	본인은 지난 3개월 이내에 Medicare 처방약 보장을 위한 부가 지원에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니 다, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다).
MCD	본인은 지난 3개월 이내에 Medicaid 자격에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니 다, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다).
MOV	본인은 이사할 예정입니다 또는 지난 2개월 이내에 이사를 했습니다. 현재 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사한 경우이거나 이 플랜이 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 이중 적격 특수 요구 플랜에서 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. 가입 기간 놓침: _____ 응급 상황/재해 경험: _____
NON	본인의 기존 Medicare Advantage(MA) 플랜이 다음 계약 연도에 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 사항이 허용되는지 확인하기 위해 Humana가 연락할 것입니다. 아래에 이유를 적으셔야 합니다.

참고(OTH인 경우):

별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N - A E N - A A N N

플랜 선택

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

계약*
[][][][][]

PBP*
[][][][]

부문
0 0 [][]

보험 혜택 요약서에 나온 이 플랜에 대한 기본 월 보험료를 제공하십시오. 이 금액은 신청자가 원하는 플랜을 식별할 수 있도록
도우며, 가입 지연 가산금 또는 Medicaid와 같은 다른 곳의 지급액을 포함하지 않습니다.

기본 월 보험료*
\$ [][][] . [][]

귀하가 위에서 기재하신 플랜 세부 사항에 해당하는 한 가지 옵션을 아래에서 선택해주십시오.
혜택 요약서를 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 필수)
- ☐ HumanaChoice® PPO D-SNP

모든 이중 적격 특수 요구 플랜에는 Medicaid 자격이 필요합니다.

MEDICAID 번호 [][][][][][][][][][][][][][][]

별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N - A E N - A A N N

1. 귀하가 가입하고자 하는 이 플랜에 추가하여 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 받으실 예정인 경우, 이 동그라미를 채우십시오.*

본인은 다른 처방약 보장에 가입할 예정입니다.

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

다른 보장 이름

이 보장 대한 ID 번호

이 보장 대한 그룹 번호

2. 가입 후 귀하 또는 귀하의 배우자가 일을 할 예정이십니까?

예 아니요

선호하는 서면 언어(이용 가능한 경우)

영어 스페인어 중국어 한국어 기타

선호하는 구두 언어

영어 스페인어 북경어 광둥어
한국어 기타

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

오디오 대형 활자 사용하기 쉬운 화면 리더 PDF
전화를 통한 구두 대화 점자

Humana 공인 판매 에이전트에게 1-800-833-2367(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

귀하는 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

아니요, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다
예, 푸에르토리코인입니다 예, 쿠바인입니다
예, 다른 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니다 답변하지 않겠습니다

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아 인디언 흑인 또는 아프리카계 미국인
중국인 필리핀인 괌인 또는 차모르족
일본인 한국인 하와이 원주민
기타 아시아인 기타 태평양 섬 주민 사모아인
베트남인 백인 답변하지 않겠습니다

별표(*)는 필수 입력란을 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 가산금을 귀하의 은행 계좌(ACH)에서, 또는 사회보장국(SSA)이나 철도 퇴직 위원회(RRB) 연금 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 연금 수표 공제(아래 참고 사항 참조)

철도 퇴직 위원회 연금 수표 공제(아래 참고 사항 참조)

이 납부 옵션을 선택하려면 현재 철도 퇴직 위원회 연금 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 연금 수표가 필요할 수도 있습니다. 대부분의 경우, SSA 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락할 경우, 연금 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 작성하십시오).

MasterCard

Visa

Discover

American Express

신용카드 또는 직불카드 번호

만료일

쿠폰북

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

파트 D-소득 비례 월납 조정금(파트 D-IRMAA)이 산정되는 경우, 사회보장국에서 통보해 드립니다. 보험료 이외에도 이러한 추가 금액을 납부해야 합니다. 사회보장 연금 수표에서 원천징수되는 금액이 있거나 Medicare 또는 RRB가 직접 청구하게 됩니다. Humana에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다.

신청인의 MEDICARE 번호*

N A E N - A E N - A A N N

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

신청인 서명* 또는 법정 대리인(유효한 위임장, 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

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



[Humana.com](https://www.humana.com)