

2025 가입 양식

Humana Medicare 가입을 위한 간편 절차

 **Medicare 카드를 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 **1-877-889-9936**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 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 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 종료 전에 저희가 전화를 드릴 것입니다.

 **온라인 가입 옵션**
Humana.com/Medicare를 통한 온라인 가입을 고려해 보셨습니까?
빠르고 안전하며 간단한 신청 방법입니다.

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

별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다.
필수가 아닌 입력란에 답하는 것은 귀하의 선택입니다. 필수가 아닌 입력란을 완성하지 않는다고 보장이 거부되지는 않습니다.

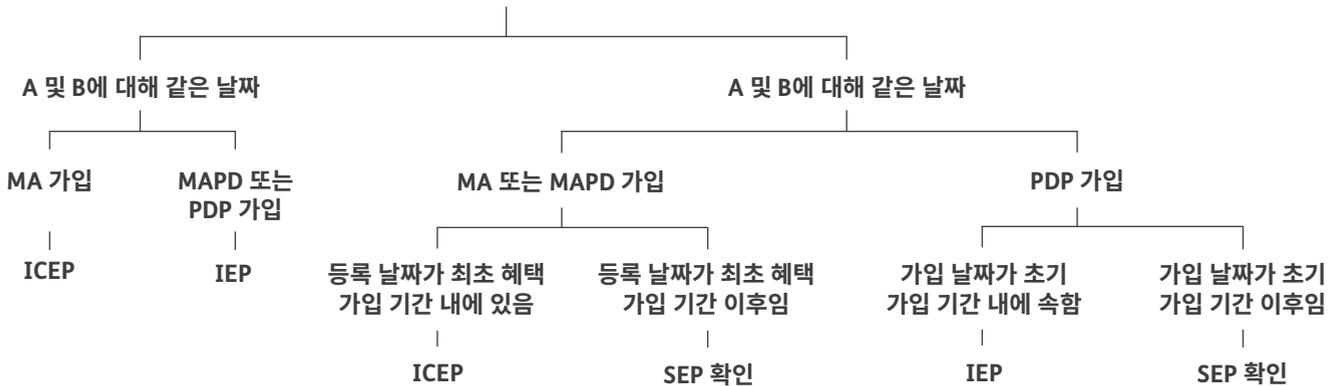
초기 가입 기간(IEP) 및 초기 보장 가입 기간(ICEP)

- 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 5개월 동안 유지됩니다. 늦은 효력 발생일(주로 파트 B)의 달 이전 3개월, 가입자가 자격을 얻는 달, 자격을 얻는 달, 그리고 자격을 얻은 달 이후 1개월이 포함됩니다. 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 가입자격 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.

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.

- | | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| F2F - 직접 면담 | INH - 자택 상담 | SEM - 세미나 |
| GCS - Neighborhood Center 세미나 | OTH - 기타 | WAL - Walmart(월마트) |
| GCW - Neighborhood Center 미예약 방문 상담 | RET - 소매 파트너 | TEL - 전화 상담 |

중요 사항

Humana에서는 여러분 모두가 공정한 대우를 받는 것을 중요하게 여깁니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며, 프로그램 및 활동에 대한 가입 또는 접근, 채용 또는 고용을 포함하여 프로그램 및 활동에서 인종, 피부색, 출신국, 혈통, 민족, 성별, 성 지향성, 젠더, 성 정체성, 장애, 나이, 결혼 여부, 종교 또는 언어를 기반으로 차별을 하지 않습니다.

- Humana의 차별 금지 정책과 관련된 문의를 처리하기 위해 다음 부서가 지정되었습니다.
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618,
877-320-1235 (TTY: 711).

보조 지원 및 서비스를 무료로 제공해 드립니다.

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.

이 정보는 다른 언어로도 무료 제공됩니다. 고객 서비스 번호는 877-320-1235입니다(TTY: 711). 운영 시간: 오전 8시 ~ 오후 8시. 전화해 주세요.

Español (Spanish): Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **877-320-1235 (TTY: 711).** Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

繁體中文 (Chinese): 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。

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 (听障专线：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 (聽障專線：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.

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

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 بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة 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.

Portuguese: 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 oswa 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: 当社の健康保険と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をご用意しています。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。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



다음 중요한 정보를 읽어보십시오.

현재 직장 또는 노조의 건강 보장이 있을 경우, Humana 가입으로 직장 또는 노조의 의료 혜택에 영향을 줄 수 있습니다. Humana 가입으로 직장 또는 노조 건강 보장 혜택이 상실될 수 있습니다.

본인은 이 가입 신청서를 작성함으로써 다음에 동의합니다.

본인이 연방 정부와 계약을 맺은 Medicare Advantage 건강 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 처방약 플랜에 가입하는 경우, 본인은 Medicare 파트 A와 파트 B 보장을 그대로 유지할 필요가 있습니다. 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 자연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있음을 이해합니다.** 몇 가지 예외를 제외하고 본인은 한 번에 하나의 Medicare Advantage 건강 플랜 또는 Medicare 처방약 플랜에만 가입할 수 있습니다. 본인은 본인이 선택한 플랜에 가입하면 다른 Medicare Advantage 건강 플랜 또는 처방약 플랜 가입이 종료될 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" 문서(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 이의신청을 할 권리를 가집니다.

이 Humana 플랜은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. Humana 플랜 적용 지역의 외부로 이사할 경우, Humana에 연락하여 가입 해지하고 새로운 지역에서 새 플랜을 찾아야 합니다.

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 **Private Fee For Service(PFFS)** 플랜 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 처방약 보험 혜택이 포함되어 있을 수 있는 Medicare Advantage PFFS 플랜이라는 점을 이해합니다. 의료 서비스 제공자를 만나기 전에, 본인은 해당 제공자가 각 진료 전에 본 보험을 수락하는지 확인해야 합니다. 담당 의사나 병원은 이 플랜의 약관을 수락하지 않아도 되므로 응급 상황을 제외하고 본인에 대한 치료를 거절할 수도 있습니다. 본인이 의료 제공자를 방문할 때마다 제공자는 민영 행위별 수가제(PFFS) 플랜의 지불 약관을 수락할지의 여부를 선택할 권리를 가진다는 것을 이해합니다. 본인의 의료 제공자가 PFFS를 수락하지 않기로 결정한 경우, 수락하는 다른 제공자를 찾아야 함을 이해합니다. 본인의 PFFS 플랜이 Medicare 처방약 보장을 제공하지 않을 경우, 다른 Medicare 처방약 플랜에서 보장을 받을 수 있음을 이해합니다.
- 귀하가 **Chronic Condition Special Needs Plan(C-SNP)** 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 만성질환 특수 요구 플랜이라는 것을 알고 있습니다. 본인의 가입 자격 여부는 본인에게 자격 조건이 되는 질환이 있다는 의사의 확인에 근거하여 결정됩니다.
- 귀하가 **Institutional Special Needs Plan(I-SNP)** 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 기관 특수 요구 플랜이라는 것을 알고 있습니다. 본인의 가입 자격 여부는 본인의 상태로 인해 기관에 입원 혹은 기관 케어 수준이 필요한 기간이 최소 90일이라는 확인 혹은 본인이 커뮤니티에 거주하며 기관 케어 수준에 대한 해당 주 요건을 충족한다는 근거에 따라 결정됩니다.
- 본인은 Medicare 보조 보험, Medigap, Medicare Select 또는 Medicaid 보험이 아닌 Humana Medicare Advantage 보험 또는 Humana Medicare 처방약 보험에 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 고지문" 참조).

개인정보 보호법 고지문:

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입 현황을 추적하고, 치료를 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 거주지 주소 입력란에 사용하고 영구 거주지 주소로 간주할 수 있습니다.

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 선택 기간(SEP) 조항 |
|---------------------------|--|
| <input type="radio"/> LEC | 본인은 직장이나 노조에서 가입한 보장을 상실/탈퇴하려 하거나 지난 2개월 이내에 이러한 보험 혜택을 이미 상실했습니다. |
| <input type="radio"/> 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 매년 한 달에 한 번만 유효하며, PDP 가입에만 해당됩니다. |
| <input type="radio"/> NLS | 본인은 지난 3개월 이내에 Medicare 처방약 보장을 위한 부가 지원에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다). |
| <input type="radio"/> MCD | 본인은 지난 3개월 이내에 Medicaid 자격에 변동이 있었습니다(새로 지원을 받았습니, 수준에 변동이 있었습니다, 또는 자격을 상실했습니다). |
| <input type="radio"/> MOV | 본인은 이사할 예정입니다 또는 지난 2개월 이내에 이사를 했습니다. 현재 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사한 경우이거나 이 플랜이 저에게는 새로 선택한 것입니다. |
| <input type="radio"/> 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. |
| <input type="radio"/> 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 또다른 가입 기간을 이용할 수가 없었습니다. 가입 기간 놓침: _____ 응급 상황/재해 경험: _____ |
| <input type="radio"/> EOC | 본인의 기존 Medicare Advantage(MA) 플랜이 다음 계약 연도에 계약이 종료됩니다. 참고: 이 SEP는 12월 8일부터 2월 말일까지만 유효합니다. |
| <input type="radio"/> 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):

플랜 선택

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

| | | |
|-----------|---------|---------|
| 계약* | PBP* | 부문 |
| ■ ■ ■ ■ ■ | ■ ■ ■ ■ | 0 0 ■ ■ |

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

기본 월 보험료*

\$ ■ ■ ■ ■ . ■ ■ ■

귀하가 위에서 기재하신 플랜 세부 사항에 해당하는 한 가지 옵션을 아래에서 선택해주시요.
혜택 요약서를 참조하거나 도움이 필요하면 담당 에이전트에게 문의하십시오.

다음 옵션 중 **한** 가지를 원합니다.*

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Humana Gold Plus® HMO | <input type="radio"/> HumanaChoice® PPO |
| <input type="radio"/> Humana Gold Plus® Giveback HMO | <input type="radio"/> HumanaChoice® Giveback PPO |
| <input type="radio"/> Humana Value Plus HMO | <input type="radio"/> Humana Value Plus PPO |
| <input type="radio"/> Humana USAA Honor Giveback HMO | <input type="radio"/> Humana USAA Honor Giveback PPO |
| <input type="radio"/> Humana Gold Plus® HMO C-SNP (추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨) | <input type="radio"/> HumanaChoice® PPO C-SNP (추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨) |
| <input type="radio"/> Humana Community HMO C-SNP (추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨) | <input type="radio"/> Humana Together in Health PPO I-SNP (추가 증명서 양식이 요구됨) |
| <input type="radio"/> Humana Community HMO | <input type="radio"/> Humana Senior Living Plan PPO I-SNP (추가 증명서 양식이 요구됨) |
| <input type="radio"/> Humana Community Select HMO | <input type="radio"/> HumanaChoice® Value PPO |
| <input type="radio"/> Humana Select Partner Plan HMO | <input type="radio"/> HumanaChoice® Partnered PPO |
| <input type="radio"/> Humana Cleveland Clinic Preferred HMO | <input type="radio"/> Humana USAA Honor Giveback with Rx PPO |
| <input type="radio"/> Humana LCMC Advantage HMO | <input type="radio"/> Humana Full Access PPO |
| <input type="radio"/> UC San Diego Health Humana HMO | <input type="radio"/> Humana Full Access Giveback PPO |
| <input type="radio"/> Humana FMOL Network HMO | <input type="radio"/> Humana Basic Rx Plan (PDP) |
| <input type="radio"/> Humana BR Clinic-BR Gen HMO | <input type="radio"/> Humana Premier Rx Plan (PDP) |
| | <input type="radio"/> Humana Value Rx Plan (PDP) |
| | <input type="radio"/> Humana Gold Choice® PFFS |

처방약 보장이 포함되지 않는 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜을 선택하는 경우 단독 처방약 플랜 (PDP)을 동시에 이용할 수 없습니다.

별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다

신청인의 MEDICARE 번호*

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

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

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

다른 보장 이름

이 보장에 대한 ID 번호

이 보장에 대한 그룹 번호

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 이용하기 쉬운 화면 리더 PDF
 전화를 통한 구두 대화 점자 데이터 CD

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 인도계 흑인 또는 아프리카계 미국인
 중국인 필리핀인 괌인 또는 차모르족
 일본인 한국인 하와이 원주민
 기타 아시아인 기타 태평양 섬주민 사모아인
 베트남인 백인 답변하지 않겠습니다

귀하의 성별은 태어날 때 무엇으로 지정되었습니까? 이 정보는 원본 출생 증명서 또는 유사한 문서에서 찾을 수 있습니다. 하나를 선택하십시오.

여성 확실하지 않음
 남성 답변하지 않겠습니다
 목록에 없는 성별: _____

귀하의 젠더 아이덴티티는 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

여성 목록에 없는 젠더: _____
 남성 확실하지 않음
 트랜스젠더 여성 답변하지 않겠습니다
 트랜스젠더 남성

귀하의 성 지향성은 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

레즈비언 또는 게이 목록에 없는 성 지향성: _____
 이성애자 확실하지 않음
 양성애자 답변하지 않겠습니다

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* MM - DD - 20YY

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

신청자의 이 양식 작성을 돕는 개인의 경우에만 해당

신청자의 이 양식 작성을 돕는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담원, 가족 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름 서명 신청인과의 관계 NPN(에이전트/브로커만 해당)

에이전트 작성란

상담 일정 유형 상담 일정 범위//ID 번호 작성 에이전트 이름* 에이전트 번호(SAN)* 날짜* MM - DD - 20YY 제휴 파트너 장소 캠페인 추천 에이전트 이름 추천 에이전트 번호(SAN) 계약* PBP* 부문 0 0

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®

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