

2026 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
1-877-889-9936번으로 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.



고객 지원 연락처

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

하지만 공휴일과 4월 1일에서 9월 30일까지
주말에는 자동 전화 응답 시스템이 전화를 받을
수 있습니다. 이름과 전화번호를 남기시면 다음
영업일 마감 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 네모에 선명한 글씨로 숫자나 블록체
대문자를 기입해 주십시오.

- 실수를 했을 경우, 해당 네모에 X 표시를 하여
수정하십시오. 예시와 같이 네모 위나 아래에
올바른 문자나 숫자를 적으십시오.

올바른 숫자와 문자

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

Humana®

추가 정보

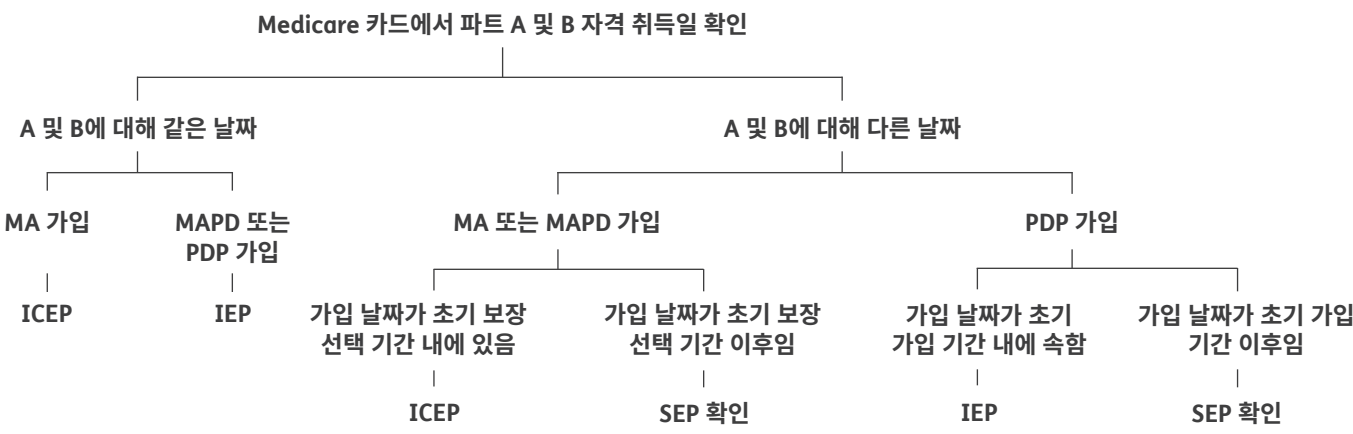
별표(*)는 필수 입력란을 나타냅니다.
필수가 아닌 입력란에 답하는 것은
귀하의 선택입니다. 필수가 아닌
입력란을 완성하지 않는다고 보장이
거부되지는 않습니다.

초기 가입 기간(IEP) 및 초기 보장 선택 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, 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 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 선택 기간(SEP) 동그라미에 표시하십시오. 특별 선택 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 참조하시기 바랍니다.



상담 범위(SOA)(8페이지)

에이전트는 상담 일정 유형 입력란에 아래의 3개 문자 코드 중 하나를 사용합니다.

- | | | |
|--------------------|-------------|-------------|
| F2F – 대면 상담 | INH – 자택 상담 | OTH – 기타 |
| RET – 소매 파트너 | SEM – 세미나 | TEL – 전화 상담 |
| WAL – Walmart(월마트) | | |

차별 금지 고지문

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다.

Humana Inc.:

- 장애를 가진 분들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 합리적인 수정과 적절한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식으로 마련된 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근이 용이한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 수정, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)**로 전화하십시오. 운영 시간: 오전 8시 - 오후 8시(동부 표준시). Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 차별했다고 여기는 경우, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235(TTY: 711)** 또는 **accessibility@humana.com**을 통해 Humana Inc.'s Non-Discrimination Coordinator에게 본인이 직접, 우편 혹은 이메일로 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한, 민권 담당국 민원 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)이나 아래 우편 주소 또는 전화를 통해 미국 보건복지부 민권 담당국으로 민원을 제기하실 수 있습니다.

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

캘리포니아 가입자:

또한 **916-440-7370(TTY: 711)**번으로 전화하거나,

Civilrights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내거나, Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 로 우편을 보내 캘리포니아 의료 서비스부 민권 담당국에 민원을 제기할 수도 있습니다. 민원 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 이용하실 수 있습니다.

이 공지는 www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure에서 확인할 수 있습니다.

GHNDN2025HUM_KO

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພໍ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodooníłgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíłnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsco [Bassa]: Wuḍu-xwínín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bɛ́ bɛ́ nyuɛɛ se wídí pɛ́ɛ-pɛ́ɛ dǒ ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ọ̀ṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ̀wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



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/또는 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. Medicare 혜택으로 보장받으려면 Humana를 통해 혜택과 서비스를 받아야 하며, 단, 호스피스 및 이식 수술을 위한 신장 확보 비용은 Medicare에서 보장합니다. 본인은 보장 범위 증명서의 규정을 준수할 것입니다.

이 Humana 플랜은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. Humana 플랜 적용 지역의 외부로 이사할 경우, Humana에 연락하여 가입 해지하고 새로운 지역에서 새 플랜을 찾아야 합니다. 응급 보장(플랜 서비스 지역 내외 모두) 및 긴급 치료는 항상 보장됩니다.

판매 에이전트/브로커는 신청인의 가입을 돕는 경우 보상을 받을 수 있습니다.

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 Humana의 Medicare Advantage 건강 플랜에 가입되어 있는 동안 본인의 의료비를 지불하지 않습니다.

- 귀하가 **Private Fee For Service(PFFS)** 플랜 가입을 요청하시는 경우에는 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 처방약 보장 혜택이 포함되어 있을 수 있는 Medicare Advantage PFFS 플랜이라는 점을 이해합니다. 의료 서비스 제공자를 만나기 전에, 본인은 해당 제공자가 각 진료 전에 본 플랜을 수락하는지 확인해야 합니다. 담당 의사나 병원도 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 결정할 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 Supplement, Medigap, Medicare Select 또는 Medicaid 플랜이 아닌 Humana Medicare Advantage 플랜 또는 Humana Medicare 처방약 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 미국 보건복지부와 공유할 것임을 인정합니다. 미국 보건복지부는 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 체크)을 받는 주소를 거주지 주소 입력란에 사용하고 영구 거주지 주소로 간주할 수 있습니다.

2026년도 Humana Medicare 가입 양식

귀하의 Medicare 카드에 적혀 있는 대로 다음 정보를 기입하십시오.



MEDICARE 건강 보험

성*

이름* 중간 이니셜

MEDICARE 번호*
 - -

자격이 있음 ☐ 적용일 ☐

병원(파트 A) - -

의료(파트 B) - -

거주지 주소* P.O. Box는 허용되지 않음.

시*

카운티*

APT 또는 STE

주*

우편번호*

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 -

전화 유형 ☐ 휴대폰 ☐ 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 채우십시오.

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.

주치의(PCP)

PCP ID 번호

선택하신 의사가 귀하의 기존 주치의입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

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

에이전트 번호(SAN)

생년월일* 성별* ☐ 여 ☐ 남

M M - D D - Y Y Y Y

가입자 ID 번호

H

(현재 또는 과거 Humana 가입자)

에이전트에게 문의하여 작성하십시오.

예상되는 보장 혜택 시작일*

M M - 0 1 - 2 0 2 6

(8페이지의 서명일 이후여야 함)

☐ ICEP ☐ IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ OEP ☐ OEPI ☐ SEP

MA/ PDP/ MAPD MAPD 신규 코드†

(추가 참고 페이지 참조)

†SEP를 선택한 경우 필수 기입. 코드는 4페이지 참조.

☐ 거주지가 없음

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
 LEC	본인은 직장이나 노조에서 가입한 보장을 상실/탈퇴하려 하거나 지난 2개월 이내에 이러한 보장 혜택을 이미 상실했습니다.
 DEP	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.
 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.
 EOC	본인의 기존 Medicare Advantage(MA) 플랜이 다음 계약 연도에 계약이 종료됩니다. 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):

플랜 선택

아래에 귀하가 원하는 의료 또는 처방약 플랜에 대한 플랜 정보를 기재해주십시오.
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, 다른 OSB 보험료, 자연 가입 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
- ☐

 Humana Gold Plus® Giveback HMO
- ☐

 Humana USAA Honor Giveback HMO
- ☐

 Humana Essentials Plus Giveback HMO
- ☐

 Humana Gold Plus® HMO C-SNP
(추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨)
- ☐

 Humana Community HMO C-SNP
(추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨)
- ☐

 Humana Community HMO
- ☐

 Humana Select Partner Plan HMO
- ☐

 Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- ☐

 Humana LCMC Advantage HMO
- ☐

 Humana FMOL Network HMO
- ☐

 Humana Total Complete HMO
- ☐

 Humana Total Complete Giveback HMO

☐

 HumanaChoice® PPO

☐

 HumanaChoice® Giveback PPO

☐

 Humana USAA Honor Giveback PPO

☐

 Humana Essentials Plus Giveback PPO

☐

 HumanaChoice® PPO C-SNP
(추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨)

☐

 Humana Together in Health PPO I-SNP
(추가 증명서 양식이 요구됨)

☐

 Humana Together in Health Select PPO I-SNP
(추가 증명서 양식이 요구됨)

☐

 Humana Senior Living Plan PPO I-SNP
(추가 증명서 양식이 요구됨)

☐

 Humana USAA Honor Giveback with Rx PPO

☐

 Humana Full Access PPO

☐

 Humana Full Access Giveback PPO

☐

 Humana Value Plus PPO

☐

 Humana Value Choice PPO

☐

 Humana Direct Choice Giveback PPO

☐

 Humana Basic Rx Plan (PDP)

☐

 Humana Premier Rx Plan (PDP)

☐

 Humana Value Rx Plan (PDP)

☐

 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*

가입하는 추가 보충 혜택(OSB):

모든 지역에서 OSB 서비스가 제공되는 것은 아닙니다. 귀하의 플랜에 사용할 수 있는 추가 보충 혜택이 무엇인지 알아보려면 **혜택 요약서를 검토하십시오.**

귀하의 플랜에 사용할 수 있는 OSB에 가입하려면 동그라미를 채우십시오.

MyOptionSM DEN972

신청인은 Medicare 파트 B 보험료와 Humana 보험료 및 OSB 보험료를 계속 납부해야 합니다.

Humana MyOption 추가 보충 혜택이(OSB)는 특정 Humana Medicare Advantage(MA) 플랜 가입자에게만 제공됩니다. OSB가 제공되는 Humana 플랜 가입자는 MA 플랜에 처음 가입할 때 또는 플랜의 적용일로부터 3개월 이내에 OSB에 가입할 수 있습니다. 매년 1월 1일에 혜택이 변경될 수 있습니다.

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

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

다른 보장 이름

이 보증에 대한 ID 번호

이 보증에 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. 아무것도 선택하지 않으면 표준 글꼴로 인쇄된 자료를 받게 됩니다.

● 오디오 ● 대형 활자 ● 이용하기 쉬운 화면 리더 PDF

● 전화를 통한 구두 대화 ● 점자 ● 데이터 CD

다른 형식 또는 언어로 정보가 필요하신 경우 **1-877-320-1235(TTY:711)**번으로 연락하시기 바랍니다.

하나의 보험료 납부 옵션을 선택하십시오. 월 보험료 및/또는 지연 가입 가산금을 귀하의 은행 계좌에서, 또는 사회보장국(SSA)이나 철도 퇴직 위원회(RRB) 연금 체크에서, 또는 신용카드나 직불카드에서 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).

☐ 체크 계좌 ☐ 저축예금 계좌

은행 이름

라우팅 번호 계좌번호

FOR 001925097 213775710 186

라우팅 번호 계좌번호

사회보장 연금 체크 공제(아래 참고 사항 참조)

철도 퇴직 위원회 연금 체크 공제(아래 참고 사항 참조) 이 납부 옵션을 선택하려면 현재 철도 퇴직 위원회 연금 체크를 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 체크가 필요할 수도 있습니다. 대부분의 경우, SSA 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락할 경우, 연금 체크에서의 첫 번째 공제는 SSA가 원천징수를 수락한 달부터 시작됩니다. SSA 또는 RRB가 자동 공제 요청을 승인하지 않을 경우, 월 보험료를 위한 쿠폰복을 보내드립니다.

신용카드 또는 직불카드 자동 공제

신용카드 또는 직불카드 정보(납부 방법으로 신용카드 또는 직불카드 자동 공제를 선택하신 경우에만 이 섹션을 작성해주시십시오).

☐ 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. 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 정보*를 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*

M M - D D - 2 0 Y Y

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