

# 2027 가입 양식

Humana Medicare 가입자가 되려면  
다음의 간단한 단계를 따라 주십시오.

## Medicare 카드 준비

신청하는 각 개인은 별도의 양식을 작성해야 합니다.

## 가입 양식 서명 및 날짜 기입

가입 양식을 정해진 기간 내에 작성하여 제출하지 않으면 가입이 거부될 수 있습니다.

## 가입 양식 제출

이 가입 양식 페이지를 가입자 서비스부로 팩스로 보내주십시오:

**1-877-889-9936**. 또는 이 가입 양식을 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.

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

동일한 가입 양식을 두 번 제출하거나 동일한 플랜을 두 번 이상 신청하지 마십시오.



## 문의 사항이 있으시면 전화하십시오.

궁금한 사항이 있으면 정식 Humana 판매 에이전트에 문의하십시오: **1-800-833-2367(TTY: 711)**. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 이용 가능합니다.

다만, 4월 1일부터 9월 30일까지는 공휴일과 주말 중에 자동 응답 시스템으로 전화가 연결될 수 있으니 양해해 주시기 바랍니다. 성함과 전화번호를 남겨 주시면 다음 영업일이 종료되기 전까지 회신 전화를 드리겠습니다.



## 온라인 가입 옵션

온라인으로 가입할 수 있습니다.

이것은 빠르고 안전하며 간편한 신청 방법입니다.

**Humana.com/Medicare**를 방문하여 원하시는 플랜에 온라인 가입이 가능한지 확인하십시오.

## 지침

- 동그라미를 완전히 채우십시오.
- 검은색 잉크만 사용하십시오.
- 각 상자에는 숫자 또는 대문자 하나만 정자로 기입하십시오.

- 실수를 했다면 X로 표시하여 해당 상자를 지우고 수정하십시오. 다음 예시와 같이 상자 위 또는 아래에 올바른 문자나 숫자를 기입하십시오.

올바른 숫자와 문자

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

# Humana®

# 추가 정보

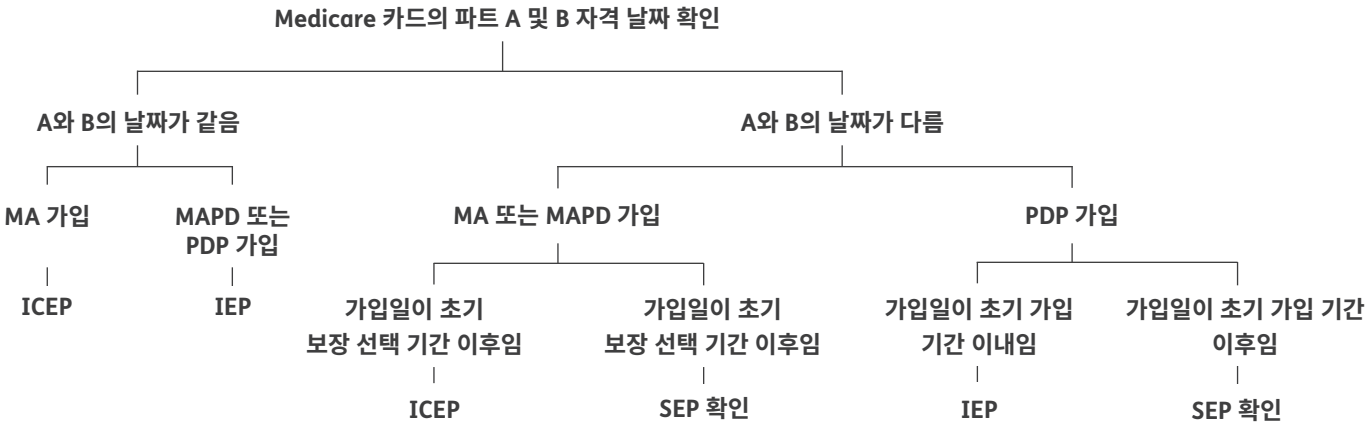
**별표(\*)는 필수 항목입니다.**  
필수 항목이 아닌 것에 대한 답변 여부는 선택 사항입니다. 그런 항목을 작성하지 않더라도 보장이 거부되지 않습니다.

## 초기 가입 기간(IEP) 및 초기 보장 선택 기간(ICEP)

- 파트 A와 파트 B의 날짜가 같을 경우, 선택 기간은 7개월입니다. 이것은 가입 자격을 얻는 달의 3개월 전, 가입 자격을 얻는 달 그리고 가입 자격을 얻는 달의 3개월 후를 포함하는 기간입니다.
- 파트 A와 파트 B의 날짜가 다른 경우, 가입 기간은 5개월입니다. 이것은 다음 효력 발생일(대개 파트 B)이 속한 달의 3개월 전, 자격을 얻는 달 그리고 자격을 얻는 달의 1개월 후를 포함하는 기간입니다. Medicare Advantage(MA) 단독 플랜 또는 Medicare Advantage 처방약 플랜(MAPD) 가입에만 해당됩니다. 처방약 플랜(PDP)에 가입하는 경우, 7개월 IEP가 여전히 이용 가능한지 확인하십시오.
- 보장 시작일은 Medicare 자격 및 작성된 가입 신청서 제출일 등의 요인에 따라 결정됩니다.

가입 신청서에 Medicare 번호를 기입할 때는 Medicare 카드에 있는 번호와 정확히 일치하게 기입하십시오. N은 숫자, A는 알파벳, E는 숫자 또는 알파벳을 나타냅니다. Medicare 번호는 0으로 시작하거나 문자 B, I, L, O, S, Z를 포함하지 않습니다.

가입 기간은 겹칠 수 있습니다. 가입 양식 4 페이지에 있는 특별 선택 기간(SEP) 조항 목록에서 귀하에게 해당하는 SEP 항목(동그라미)에 반드시 표시하십시오. SEP 중에 가입하는 경우, SEP 자격을 얻으려면 해당 SEP 조항 중 하나라도 충족해야 합니다. 에이전트 여러분, 4페이지에 SEP가 표시되지 않으면 가입 옵션 업무 지원서(DMS-024)를 참조하십시오.



## 상담 범위(SOA) (8페이지)

에이전트 여러분, 상담 유형 필드에는 아래의 세 글자 코드 중 하나를 사용하십시오.

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

## 차별 금지 고지문

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

- 저희와 효과적으로 의사소통하도록 장애인들에게 합리적인 편의와 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)
- 주요 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
  - 자격을 갖춘 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 편의 제공, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)**로 전화하십시오. 이용 시간: 오전 8시 - 오후 8시 (동부 시간) Humana Inc가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 인종, 피부색, 종교, 젠더, 젠더 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신국, 군인, 재향군인, 유전 정보, 조상, 종족, 혼인 상태, 언어, 건강 상태, 또는 의료 서비스 필요성 등을 이유로 차별한 경우, Humana Inc의 Discrimination Grievances에 직접, 우편, 또는 이메일로 고충을 제기할 수 있습니다. 주소와 연락처와 이메일은 다음과 같습니다. P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618 **877-320-1235 (TTY: 711)**, or **accessibility@humana.com**. 고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

**또한, 미국보건복지부, 민권 담당국 민원 포털** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 전자 방법으로 진정을 제기하거나, 아래의 주소나 전화로 연락하실 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)**.

### California 가입자:

귀하도 보건부, 민권사무소에 민원을 제기할 수 있습니다. 전화번호는 **916-440-7370 (TTY: 711)**이며 이메일 주소는 **Civilrights@dhcs.ca.gov**이고, 주소는 다음과 같습니다. Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 진정서는 이곳에 있습니다. [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

이 공지는 [www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)에서 확인할 수 있습니다.

GHHNDN2026HUMKO\_0626

## 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)**.

አማርኛ [Amharic]: ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ

**877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

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

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

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, hwòdǒ-fónó-nyò,, kè nyo-bǒ-po-kà bě bé wa nyuésé wíqí péré-péédò kò. **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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]: મફત 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)**.

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क 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)**.

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

GHHNOA2026HUM\_0526

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

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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆເພື່ອຄຳໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajilíí'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'í' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: निःशुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

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

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

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਮਾਗਰੀ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਢਾਂਚਾਕਾ 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 serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை 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۔ کال

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

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ́tó lófèfẹ̀. **Pe 877-320-1235 (TTY: 711)**.

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



다음의 중요 정보를 읽어 주십시오.

현재 고용주 또는 노동조합을 통해 건강보험에 가입되어 있는 경우, Humana에 가입하는 것이 고용주 또는 노동조합의 의료 혜택에 영향을 미칠 수 있습니다. Humana에 가입하면 고용주 또는 노동조합의 보험 보장을 상실할 수 있습니다.

**이 가입 양식을 작성함으로써 본인은 다음 사항에 동의합니다.**

연방 정부와 계약을 맺은 Medicare Advantage 건강 플랜에 가입하는 경우, 본인은 해당 플랜을 유지하려면 Medicare Part A와 B를 유지해야 합니다. Medicare Part B 보험료는 계속 지불해야 합니다. Medicare 처방약 플랜에 가입하는 경우, Medicare Part A 또는 B 보장을 유지해야 합니다. 본인은 현재 가입했거나 향후 가입할 수 있는 모든 처방약 보장을 Humana에 알려야 할 책임이 있습니다. **본인은 Medicare 처방약 보장이나 (Medicare와 동등한 수준의) 신뢰할 수 있는 처방약 보장에 가입하지 않은 경우, 향후 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 선택한 플랜에 가입하면 다른 Medicare Advantage 건강 플랜이나 처방약 플랜 가입이 종료될 수 있음을 이해합니다. 선택한 플랜의 가입은 일반적으로 1년 동안 유효합니다.

본인은 Humana 보장이 시작되면 모든 의료 및/또는 처방약 혜택을 Humana로부터 받아야 함을 이해합니다. Humana에서 제공하고 “보장 범위 증명서”(가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 명시된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare 또는 Humana는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 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.

본인은 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 한다는 것을 이해합니다. 이 Humana 플랜은 특정 서비스 지역에서만 적용됩니다. 만약 이 Humana 플랜의 서비스 지역을 벗어나 이사하는 경우, 본인은 Humana에 알려 가입을 취소하고 새로운 지역에 맞는 새로운 플랜을 찾아야 합니다. 응급 상황(플랜의 서비스 지역 내외 모두 포함) 및 긴급 진료는 항상 보장됩니다.

본인은 가입을 도와주는 판매 에이전트/브로커에게 보상이 지급될 수 있다는 것을 이해합니다.

가입 신청서가 접수되면 Humana는 플랜의 작동 방식을 이해하고 가입 의사를 확인하기 위해 확인서를 보낼 수 있습니다. 이 플랜은 Medicare Part A 및 B의 보조 플랜이 아닙니다. Humana가 Medicare를 대신하여 의료비를 지불하며, 공동 부담금 및 공동 보험과 같이 Humana에서 보장하지 않는 금액은 본인이 부담해야 합니다. Humana의 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 동안에는 Medicare Part A 및 B에서 의료비를 지급하지 않습니다.

- **Private Fee For Service(PFFS)** 플랜 가입을 신청하는 경우, 다음 사항이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 처방약 보장이 포함될 수 있는 Medicare Advantage PFFS 플랜임을 이해합니다. 진료를 받기 위한 각 방문 전에 해당 의료 제공자가 본 플랜을 수락하는지 확인해야 합니다. 의사 또는 병원 본 플랜의 약관을 수락할 의무는 없으며, 응급 상황을 제외하고는 본인의 진료를 거부할 수 있습니다. 본인은 의료 제공자가 본인을 진료할 때마다 PFFS 플랜의 지불 약관을 수락할지 여부를 선택할 권리가 있음을 이해합니다. 본인은 의료 제공자가 PFFS 플랜을 수락하지 않을 경우, 다른 의료 제공자를 찾아야 함을 이해합니다. 본인은 PFFS 플랜에서 Medicare 처방약 보장을 제공하지 않는 경우, 다른 Medicare 처방약 플랜을 통해 보장을 받을 수 있음을 이해합니다.

- **Chronic Condition Special Needs Plan(C-SNP)** 가입을 신청하는 경우, 다음 사항이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 만성 질환 특수 요구 플랜임을 이해합니다. 본인의 가입 자격은 본인이 해당 질환을 갖고 있다는 의사의 확인을 통해 결정됩니다.

- **Institutional Special Needs Plan(I-SNP)** 가입을 신청하는 경우, 다음 사항이 적용됩니다. 본인은 이 플랜이 기관 특수 요구 플랜임을 이해합니다. 본인의 가입 자격은 본인이 해당 질환으로 인해 입원 기간 또는 기관 치료 수준에 대한 필요성이 최소 90일이라고 확인되거나 본인이 지역사회에 거주하며 주정부의 기관 치료 요건을 충족하는 경우에 결정됩니다.

- 본인은 Humana Medicare Advantage 플랜 또는 Humana Medicare 처방약 플랜에 가입하는 것이며, Medicare Supplement, Medigap, Medicare Select 또는 Medicaid 플랜에 가입하는 것이 아님을 이해합니다.

이 가입 양식에 기재된 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 경우, 플랜 가입이 취소될 것임을 이해합니다.

### 정보 공개:

본인은 이 Medicare 플랜에 가입함으로써 Humana가 본인의 정보를 미국 보건복지부(HHS)와 공유하는 것에 동의합니다. HHS는 해당 정보를 본인의 가입 현황 추적, 보험급여 지급 그리고 기타 연방법에 따라 정보 수집이 허용된 목적(아래 개인정보보호법 조항 참조)으로 사용할 수 있습니다.

### 개인정보보호법 조항:

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜 수혜자 가입 현황 추적, 치료 개선 및 Medicare 혜택 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 제1851조 및 제1860D-1조와 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 및 423.32는 이런 정보의 수집을 허용합니다. CMS는 시스템 기록 통보 시스템 (SORN) 'Medicare Advantage 처방약(MARx)', 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. **이 양식에 응답하는 것은 자발적입니다. 단, 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.**

### 일정한 거처가 없는 경우:

플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지가 없는 경우에는 우체국 사서함, 쉼터 또는 진료소 주소 또는 우편물(예: 사회보장 급여 수표)을 받는 주소를 거주지 주소 필드에 영구 거주지로 간주하여 사용할 수 있습니다.

이 정보를 Medicare 카드에 있는 것과 일치하도록 정자로  
기입해 주십시오.



# MEDICARE 건강 보험

성\*

이름\*

중간 이름 이니셜

Medicare 번호\*

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

자격 대상

효력 발생일

병원(파트 A)

M M - 0 1 - Y Y Y Y

의료(파트 B)

M M - 0 1 - Y Y Y Y

도시\*      주\*      우편번호\*

도시  APT 또는 STE  주  우편번호

전화번호 (    )    -    전화 종류 ○ 휴대폰 ○ 집 전화(유선)

이메일 이메일 주소를 제공함으로써 귀하는 Humana가 귀하의 건강 정보를 그 주소로 보내는 것을 허가합니다.

모든 의료 플랜 신청인은 아래에 주치의(PCP) 정보를 기입해 주시기 바랍니다. HMO 플랜을 신청하는 경우, 이 부분을 반드시 작성해야 합니다. 플랜에 주치의가 필요한지 여부는 혜택 요약서를 참고하십시오.

주치의(PCP)

주치의 ID 번호

귀하는 이미 선택된 의사의 환자입니까?

예 아니요

(현재 또는 과거 Humana 가입자인 경우)

이 질문에 대한 답변을 작성하려면 담당 에이전트에게 문의하십시오.  
예상 보장 시작일\*  
M M - 0 1 - 2 0 2 7  
(8페이지의 서명일 이후여야 합니다.)

ICEP  
MA 또는  
MAPD

IEP  
PDP 또는  
MAPD

AEP

OEP

OEP  
NEW

OEPI

SEP

코드

(추가 참고 사항 페이지 참조)

<sup>†</sup> SEP를 선택한 경우 필수임. 코드는 4페이지를 참조하십시오.

- 일정한 거처가 없음

APT 또는 STE

주\*   우편번호\*

## APT 또는 STE

주   우편번호

주치의 ID 번호

주치의(PCP)

귀하는 이미 선택된 의사의 환자입니까?

☐ 예 ☐ 아니요

별표(\*)는 필수 항목입니다.

신청인 Medicare 번호\*

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

귀하는 일반적으로 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연례 가입 기간(AEP) 동안 Medicare Advantage 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. 또한 매년 1월 1일부터 3월 31일까지의 연례 공개 가입 기간(OEP) 동안 한 번 또는 IEP/ ICEP 기간(OEP NEW) 동안에 플랜에 가입한 직후 Medicare Advantage 플랜을 변경할 수 있습니다. OEP 기간 동안 허용되는 플랜 변경에는 제한 사항이 적용됩니다. 이런 기간 외에도 가입이 허용되는 예외적인 경우가 있을 수 있습니다. 다음 내용을 주의 깊게 읽고 해당되는 항목 왼쪽에 있는 동그라미에 표시해 주십시오. 아래 동그라미에 표시함으로써 귀하는 알고 있는 한 해당 내용이 사실임을 증명합니다. **추후 이 정보가 사실과 다른 것으로 판명될 경우, 가입이 취소될 수 있습니다.**

| SEP 코드                                                                                 | 특별 가입 기간(SEP) 조항                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  LEC   | 본인은 고용주 또는 노동조합을 통해 갖고 있던 보험을 상실/탈퇴할 예정입니다. 또는 지난 2개월 이내에 이런 유형의 보험을 상실했습니다.                                                                                                         |
|  DEP   | 본인은 Medicare와 Medicaid를 모두 보유하고 있거나 Medicare 처방약 비용에 대한 부가 지원 (Extra Help)을 받고 있으며, 다른 Medicare 처방약 플랜으로 변경하고 싶습니다. <b>참고: 이 SEP는 매년 매달 한 번씩만 유효하며, 처방약 플랜(PDP) 가입에만 사용할 수 있습니다.</b> |
|  NLS   | 본인은 지난 3개월 이내에 Medicare 처방약 보장의 부가 지원에 변경 사항이 있었습니다(새로운 지원금 수령, 수준 변경 또는 자격 상실).                                                                                                     |
|  MCD  | 본인은 지난 3개월 이내에 Medicaid 지위에 변경 사항이 있었습니다(새로운 지원금 수령, 수준 변경 또는 자격 상실).                                                                                                                |
|  MOV | 본인은 이사할 예정입니다/지난 2개월 이내에 이사했습니다. 이사 지역이 현재 플랜의 서비스 지역 밖이거나 새로운 옵션을 선택할 수 있게 되었습니다.                                                                                                   |
|  SNP | 본인은 이중 자격 특수 요구 플랜 자격이 없다는 통보를 받았고, 현재 자격 유지 기간에 있거나 Medicaid 변경 또는 상실로 인해 지난 3개월 이내에 이중 자격 특수 요구 플랜에서 탈퇴되었습니다.                                                                      |
|  EOC | 기존 Medicare Advantage(MA) 플랜의 계약이 다음 계약 연도를 끝으로 종료됩니다. <b>참고: 이 SEP는 12월 8일부터 2월 말일까지만 유효합니다.</b>                                                                                    |
|  OTH | 위의 어떤 사항도 본인에게 해당되지 않습니다. 하지만 본인은 예외 가입에 대한 특별한 사정이 있다고 생각합니다. 예외 적용 가능 여부를 확인하기 위해 Humana에서 연락을 드릴 것입니다. <b>아래에 사유를 반드시 기재해 주십시오.</b>                                               |

참고(OTH인 경우):

별표(\*)는 필수 항목입니다.

신청인 Medicare 번호\*

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

플랜 선택

원하시는 의료 또는 처방약 플랜 정보를 아래에 기재해 주십시오.  
플랜 정보는 혜택 요약서에서 확인할 수 있습니다.

계약\*  
[ ][ ][ ][ ][ ]

PBP\*  
[ ][ ][ ][ ]

부문  
0 0 [ ][ ]

혜택 요약서에 있는 해당 플랜의 기본 월 보험료를 기입해 주십시오. 이 금액은 귀하가 원하는 플랜이 무엇인지 파악하는 데 도움이 되며, 여기에는 OSB 보험료, 자연 가입 가산금 또는 Medicaid와 같은 기관의 지원금이 포함되지 않아야 합니다.

기본 월 보험료\*

\$ [ ][ ][ ] . [ ][ ]

위에서 기입한 플랜 정보에 해당하는 아래 옵션 중 하나를 선택해 주십시오.  
도움이 필요하면 혜택 요약서 또는 담당 에이전트에게 문의하십시오.

다음 옵션 중 **하나**를 선택하겠습니다.\*

- ☐

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 심사 양식 필요)
- ☐

Humana Community HMO C-SNP  
(추가 사전 자격 심사 양식 필요)
- ☐

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
- ☐

Humana Gold Plus® Reach HMO
- ☐

Humana Gold Plus® Reach Giveback HMO

☐

HumanaChoice® PPO

☐

HumanaChoice® Giveback PPO

☐

Humana USAA Honor Giveback PPO

☐

Humana Essentials Plus Giveback PPO

☐

HumanaChoice® PPO C-SNP  
(추가 사전 자격 심사 양식 필요)

☐

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

☐

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

☐

Humana USAA Honor Giveback with Rx PPO

☐

Humana Full Access PPO

☐

Humana Full Access Giveback PPO

☐

Humana DaVita Kidney Care PPO C-SNP  
(추가 사전 자격 심사 양식 필요)

☐

Humana Kidney Care PPO C-SNP  
(추가 사전 자격 심사 양식 필요)

☐

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 않은 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜을 선택하는 경우, 별도의 처방약 플랜 (PDP)에 동시에 가입할 수 없습니다.

신청인 Medicare 번호\*

귀하가 가입하는 추가 보조 혜택(OSB):

귀하의 플랜에서 이용 가능한 OSB에 가입하려면 동그라미에 표시하십시오.

MyOption<sup>SM</sup> DEN972

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

Humana MyOption 추가 보조 혜택(OSB)은 특정 Humana Medicare Advantage(MA) 플랜의 가입자에게만 제공됩니다. OSB를 제공하는 Humana 플랜의 가입자는 MA 플랜 최초 가입 시 또는 MA 플랜 효력 발생일 이후 3개월 이내에 OSB에 가입할 수 있습니다. 혜택은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

귀하가 신청하는 이 플랜 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 보유하게 되는 경우, 이 동그라미에 표시하십시오.\* 본인은 다른 처방약 보장을 보유

● 본인은 다른 처방약 보장을 보유하게 될 것입니다.

해당되는 경우, 다른 처방약 보장에 대한 세부 정보를 여기에 기입하십시오.

## 다른 보장의 명칭

이 보증의 ID 번호 이

보장의 그룹 번호

**가입 후 귀하 또는 배우자가 일을 할 예정입니까?**

☐ 예    ☐ 아니요

선호하는 서면 언어(가능한 경우)

☒ 영어      ☐ 스페인어      ☐ 중국어(간체)      ☐ 중국어(번체)

☒ 한국어      ☐ 기타 \_\_\_\_\_

## 선호하는 음성 언어

☒ 영어      ☐ 스페인어      ☐ 북경어      ☐ 광둥어

☒ 한국어      ☐ 기타

이용하기 쉬운 형식이 필요한 경우, 옵션을 하나 선택해 주십시오. 아무 것도 선택하지 않으면 표준 글꼴의 인쇄물이 제공됩니다.

● 점자      ● 큰 글씨(16포인트 이상)      ● 오디오 CD      ● 데이터 CD

다른 형식이나 언어로 된 정보가 필요하면 1-877-320-1235(TTY: 711)로 전화해 주십시오.

신청인 Medicare 번호\*

**보험료 납부 방법을 하나 선택해 주십시오.** 월 보험료 및/또는 지연 가입 가산금은 은행 계좌 자동이체, 사회보장국(SSA) 또는 철도퇴직위원회(RRB) 연금 수표, 신용카드 또는 직불카드를 통해 납부할 수 있습니다. 또한 쿠폰북을 사용하여 우편으로 납부할 수도 있습니다. 자동이체를 선택하지 않거나, 자동이체 요청이 처리되지 않거나, 납부 방법을 선택하지 않은 경우, 우편 또는 온라인 납부 방법에 대한 안내가 포함된 쿠폰북을 받게 됩니다.

은행 계좌 정보(은행 계좌 자동이체를 결제 옵션으로 선택한 경우에만 이 항목을 작성하십시오.)

● 저축 예금 계좌

계좌 번호

[illegible]

라우팅 번호

계좌 번호

**철도 퇴직연금 수표 공제**(아래 참고 사항 참조) 이 결제 옵션을 이용하려면 현재 철도 퇴직연금 수표를 수령하고 있어야 합니다.

**참고:** Medicare의 처리 기한으로 인해 첫 달 보험료가 사회보장국(SSA) 또는 철도퇴직연금위원회(RRB)에서 공제되지 않을 수 있습니다. 이런 경우, Humana는 가능한 가장 빠른 달부터 SSA 또는 RRB 공제를 시작하려고 시도하며, SSA 또는 RRB에서 보험료가 공제되지 않은 달에 대해서는 청구서를 보내드립니다. 승인될 경우, SSA 또는 RRB의 보험료 공제가 시작되기까지 최대 3회의 연금 수표 수령 기간이 소요될 수 있습니다. Medicare, SSA 또는 RRB에서 공제 요청이 승인되지 않으면 귀하는 우편 또는 온라인 지불이나 다른 자동 공제 옵션의 선택에 대한 안내가 포함된 쿠폰북을 받게 될 것입니다.

신용카드 또는 직불카드 정보(자동 신용카드 또는 직불카드 이체를 결제 옵션으로 선택한 경우에만 이 부분을 작성하십시오.)

 American Express

만료일

MM - 20YY

**Humana.com/pay**를 방문하여 온라인으로 월 보험료를 납부할 수 있습니다. 쿠폰복을 결제 옵션으로 선택한 경우, 원하는 만큼 미리 납부할 수 있습니다. 또한 안전한 MyHumana 계정에 로그인하거나(아직 가입하지 않았다면 '가입'을 클릭하십시오) MyHumana 모바일 앱을 다운로드하여 보험료 관련 기타 서비스를 이용할 수 있습니다.

파트 D - 소득 비례 월납 조정 금액(파트 D-IRMAA)이 부과되는 경우, 사회보장국에서 통지해 드립니다. 이 추가 금액은 보험료 외에 납부해야 합니다. 파트 D-IRMAA를 Humana에 납부하지 마십시오.

별표(\*)는 필수 항목입니다.

신청인 Medicare 번호\*

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

본인은 앞 페이지의 중요 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 혜택 요약서를 검토하고 수령했습니다.

신청인\* 또는 법정 대리인(유효한 위임장, 법정 후견인 등 포함)의 서명

서명일\*

M M - D D - 2 0 Y Y

본인은 이 가입 양식에 기입된 본인의 서명(또는 본인을 대리하여 법적 권한을 행사할 수 있는 자격이 있는 사람의 서명)이 이 가입 양식의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. 위에서 설명한 바와 같이 법정 대리인이 서명하는 경우, 그 서명은 다음 사항을 증명합니다. 1) 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한이 있으며, 2) Medicare의 요청 시 이 권한에 대한 증명서를 제공할 수 있습니다.

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

성

이름

중간 이름  
이니셜

도로명 주소

도시

주

우편번호

전화번호  
( ) -

신청인과의 관계

신청인의 양식 작성을 돕는 사람만 해당

신청인의 양식 작성을 돕는 사람(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우, 이 부분을 작성하십시오.

성함

서명

신청인과의 관계

국가 중개인 번호(에이전트/브로커만 해당)

에이전트만

상담 유형

상담 범위 동의서 ID 번호

담당 에이전트 이름\*

에이전트 번호(SAN)\*

날짜\*  
M M - D D - 2 0 Y Y

제휴 파트너

캠페인

추천 에이전트 이름

추천 에이전트 번호(SAN)

계약\*

PBP\*

부문  
0 0

귀하 또는 가족 구성원이 군 복무를 한 적이 있는지 알려주시겠습니까?

☐ 본인이 복무함

☐ 배우자

☐ 부양가족

☐ 본인은 복무하지 않음

☐ 답변하고 싶지 않음

가입 계기\*

☐ 고객 명부

☐ 행사

☐ 마케팅/광고

☐ 제3자

☐ Humana



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