

2018 가입 양식



Humana Medicare 회원 가입을 위한 간편한 절차

Medicare 카드를 준비하십시오	각 신청인마다 별도의 양식을 작성해야 합니다.
가입 양식에 서명하고 날짜를 기입하십시오	신청서를 정해진 기간 내에 작성하거나 반환하지 않을 경우, 가입이 거절될 수 있습니다.
질문이 있으시면 저희에게 연락하십시오	동일한 신청서를 다시 발송하거나 동일한 보험에 다시 가입 신청하지 않도록 하십시오. 질문이 있으시면, 공인 Humana 판매 에이전트에게 1-800-833-2367 (TTY: 번으로 연락하시기 바랍니다. 711 하지만 2월 15일에서 9월 30일까지 주말과 휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남기시면 다음 영업일 근무가 끝나기 전에 저희가 전화를 드릴것입니다.
신청서를 우편 발송할 주소:	Humana Medicare Enrollment PO Box 14309, Lexington, KY 40512-4309 또는 본 신청서를 팩스로 보내주십시오 (1-877-889-9936).

작성 방법

- 동그라미를 완전히 채우십시오.
- 파란색 또는 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 ^T X H

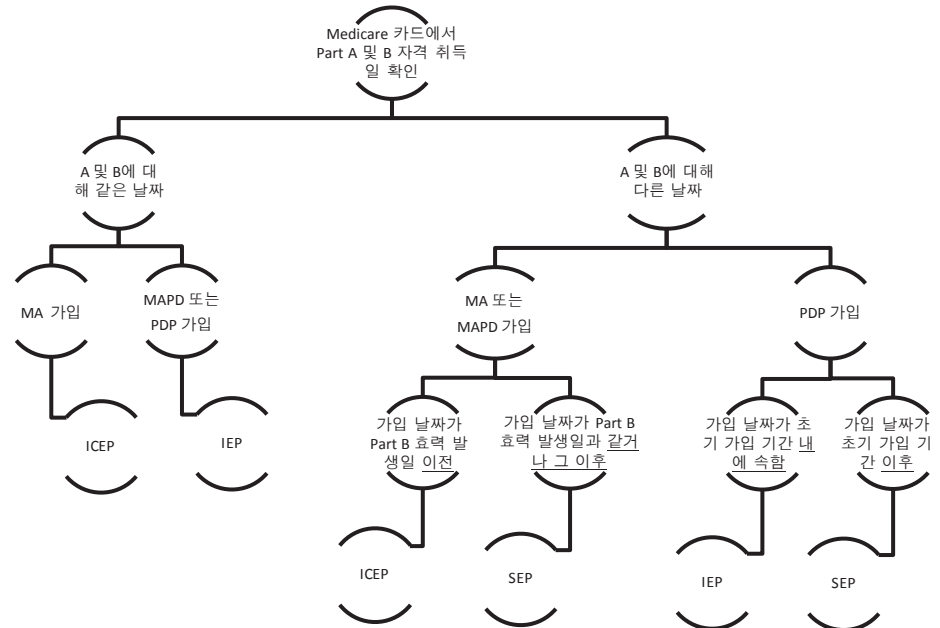
Humana®

추가 정보

필수 필드는 별표*로 표시되어 있습니다

IEP 및 ICEP

- Part A와 Part B의 날짜가 같은 경우, 가입 기간은 7개월 동안 유지됩니다. 즉, 해당 가입자가 자격을 얻는 달 이전 3개월, 자격을 얻는 달, 그리고 자격을 얻는 달 이후 3개월이 포함됩니다.
- Part A와 Part B의 날짜가 다른 경우, 가입 기간은 3개월 동안 유지됩니다. 즉, 둘 중 날짜가 더 늦은 효력 발생일(종종 Part B)이 있는 달 이전 3개월이며, MA 전용 보험 또는 MAPD 보험 가입에만 해당됩니다. PDP 보험 가입인 경우, 7개월 초기 가입 기간이 계속 적용되는지 확인해 보십시오.



- 보험 혜택 효력 발생일은 Medicare 가입 및 작성한 신청서 제출과 같은 요인에 따라 다릅니다.

특별 가입 기간(SEP) 동안 가입하는 경우 신청서 2페이지의 SEP 조항 목록을 참조하십시오 SEP를 위한 자격을 얻기 위해 이 중 하나의 조항이 사실이어야 합니다. 에이전트 여러분께서는 2페이지에 기재된 **SEP**를 찾을 수 없는 경우 **Vantage**, 교육용 카드, **MarketPOINT** 라이브러리에서 문서 **AP-164a**를 참조하거나, 도움이 필요하시면 에이전트 지원부서로 연락하십시오.

SEP 조항 그리드에는 적용 가능한 보험 유형이 표시된 열이 있습니다. 약어는 다음에 정의됩니다.

*PDP = 처방약 보험, MAPD = 처방약이 포함된 Medicare Advantage, MA = Medicare Advantage.

상담 범위(7페이지)

에이전트는 상담 일정 유형 필드에 아래의 3개 문자 코드 중 하나를 사용합니다. 참고: SOA는 SEM - Seminar 또는 GCS - 안내 센터 세미나를 위해 필요하지 않습니다. SOA는 Walmart와 같은 소매업체 행사와 같은 비공식적인 행사에서 작성된 신청서를 위해서도 필요하지 않습니다.

F2F - 직접 면담

GCS - 안내 센터 세미나

GCW - 안내 센터 비예약 상담

INH - 자택 상담

OTH - 기타

RET - 소매 파트너

SEM - 세미나

WAL - Walmart

TEL - 전화 상담

차별은 법에 저촉되는 행위입니다

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 시민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신국, 나이, 신체장애 또는 성별에 따른 차별을 하지 않습니다. Humana Inc. 및 그 자회사는 인종, 피부색, 출신국, 나이, 신체장애 또는 성별을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대하지 않습니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

- 장애를 가진 분들에게 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.
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 분이 효과적으로 서비스를 이용하실 수 있도록 필요한 경우 서류 번역이나 구두 통역 등과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하시면 1-877-320-1235번으로, 또는 TTY를 이용하실 경우에는 711번으로, 전화하시기 바랍니다.

Humana Inc. 및 그 자회사가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 그 외의 방식으로 인종, 피부색, 출신국, 나이, 신체장애, 성별 또는 건강 등을 이유로 차별을 했다고 생각하시는 경우, 다음과 같은 경로를 통해 불만을 제기하실 수 있습니다.

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

불만을 제기하실 때 도움이 필요한 경우 1-877-320-1235번으로 전화하거나 TTY를 사용하는 경우 711번으로 전화해 주십시오.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY : 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).

날짜 스탬프
Humana Medicare 가입 양식

귀하의 Medicare 카드에 적혀 있는 대로
아래에 정보를 기입하십시오.

성*

이름* _____ 중간 이니셜* _____
MEDICARE 번호*

가입 _____ 효력 발생일*
병원 (PART A) _____ 월월 0 1 년년년년
의료 (PART B) _____ 월월 0 1 년년년년

필수 필드는 별표*로 표시되어 있습니다
에이전트 번호 (SAN)* _____
MEDICAID 번호

생년월일* _____ 성별*

전화번호
(_____) _____ - _____

다음을 작성할 때 담당 에이전트에게 문의하십시오.

예상되는 보험 혜택 시작일*
____ - ____ - ____
(7페이지의 서명일 이후여야 함)
ICEP _____ IEP _____ AEP _____ OEPI _____ SEP _____
MA 또는 PDP 또는 _____ 코드
MAPD MAPD
(추가 참고 (SEP를 선택한 경우 필수 기입.
페이지 참조) 코드는 2페이지 참조.)

거주지 주소* P.O. 사서함은 기입할 수 없음. 실제 주소 기입 필수.

시* _____ 주* _____ 우편
카운티* _____ 번호* _____

우편 주소 서비스 지역을 확인하려면 거주지 주소가 있어야 합니다. 우편 주소/사서함 주소를 여기에
기입하십시오. 우편 주소가 거주지 주소와 동일한 경우, 이 동그라미를 채우십시오. ○

시 _____ 주 _____ 우편
번호 _____

이메일 신청인은 이메일 주소를 제공함으로써 Humana가 이 주소로 건강 정보를 발송하는 것에 동의하게 됩니다.

환경을 보호하세요! 보험 관련 자료(가입 책자에 나열됨)를 일반 우편 대신 전자적 방식으로 받으실 수 있습니다.
보험 관련 자료를 이메일/온라인으로 받으시려면 이 동그라미를 칠해 주십시오. ○

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

주치의(PCP) _____ 성 _____ PCP ID 번호 _____
이름 _____
선택하신 의사가 귀하의 기존 주치의입니까? ○예 ○아니요

말기 신부전(ESRD) 환자의 경우, 이 동그라미를 채우십시오.*

(HMO, PFFS, PPO 보험을 신청하는 경우에만 이 질문에 답변하십시오.)
신장 이식을 성공적으로 했거나 정기적인 투석이 필요 없게 된 경우, 그러한 사실을 나타내는 의사의 소견서나
기록을 첨부해 주십시오. 이 정보를 첨부하지 않는 경우, 저희가 나중에 이를 요구해야 할 수 있으며, 이를
수령하지 못하는 경우 귀하의 가입이 거부될 수 있습니다. ○ 본인은 ESRD 환자임

필수 필드는 별표*로 표시되어
있습니다

신청인의 MEDICARE

번호*

일반적으로 매년 10월 15일에서 12월 7일 사이의 연례 가입 기간에 Medicare Advantage 보험 또는 처방약 보험에 가입할 수 있습니다. 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	해당 보험 유형
☐	LEC	본인은 직장이나 조합에서 가입한 보험을 상실/탈퇴하려 하거나 지난 2개월 이내에 이러한 보험 혜택을 이미 상실했습니다.	PDP, MAPD 또는 MA
☐	MDE	본인은 Medicare와 Medicaid에 모두 가입되었거나 주에서 본인의 Medicare 보험료를 납부해 주거나, 지난 2개월 동안 자격을 상실했거나, 자격 상실을 통지받았습니다.	PDP, MAPD 또는 MA
☐	LIS	Medicare 처방약 보험 지불을 위한 추가 지원을 받고 있습니다.	PDP 또는 MAPD
☐	MOV	다음 중 하나: 1. 지난 2개월 동안 다음 중 한 가지의 이사가 발생하였습니다. 본인이 현재 보험이 제공되는 서비스 지역 외부로 이사했거나 또는 본인이 이사를 왔고 이 보험은 나에게 새로운 옵션입니다. 2. 2. 외국에서 오래 거주한 후 미국으로 귀국했습니다.	PDP, MAPD 또는 MA
☐	NON	본인의 기존 Medicare Advantage(MA) 보험이 다음 계약연도에 갱신되지 않습니다. 참고: 이 SEP는 12월 8일부터 2월 말일까지만 유효합니다.	PDP, MAPD 또는 MA
☐	ADP	Original Medicare 복귀를 위해 Medicare 연간 가입 해지 기간을 사용했고/사용할 예정이고 독립형 PDP에 가입했습니다. (1월 1일부터 2월 14일까지만 유효). 참고: MA 전용 PFFS(Private Fee-For-Service) 보험에 가입한 경우, 이 SEP 자격을 갖추려면 이 보험 가입을 해지해야 합니다.	PDP
☐	기타	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.	PDP, MAPD 또는 MA

참고(기타인 경우):

일부 가입자는 민간보험, TRICARE, 연방 공무원 의료보험, VA 보험 또는 주정부 의약품 지원 프로그램을 포함하는 다른 보험 혜택을 받을 수 있습니다.

1. 귀하가 가입하고자 하는 이 보험에 추가하여 다른 처방약 보험에 가입하실 예정이십니까? ☐예 ☐아님
그렇다면 다음을 기입해 주십시오.

다른 보험 이름 이 보험에 대한 그룹 번호
이 보험에 대한 ID 번호 전화번호
() -

2. 가입 후 귀하 또는 귀하의 배우자가 일을 할 예정이십니까? ☐예 ☐아님

3. 가입 후 귀하는 보험 가입자 당사자로 또는 배우자/부양가족의 자격으로 다른 의료 보험 혜택을 받을 예정이십니까? ☐예 ☐아님

그렇다면 다음을 기입해 주십시오.
보험 회사 이름 이 보험에 대한 번호
이 보험에 대한 ID 번호

다른 보험에 처방약 보험이 포함됩니까? ☐예 ☐아님

필수 필드는 별표*로 표시되어
있습니다

신청인의 **MEDICARE**

번호*

보험 선택

고용주 의료 및/또는 처방약 보험 혜택을 받으시는 경우 Medicare 및 Medicaid 서비스를 위한 센터에 의해 수락된 후 귀하의 고용주 보험 혜택 자격을 손실하고 오늘 가입하신 보험으로 대체된다는 사실을 이해하십니까?

☐ 예 ☐ 아님

☐ 같은 날 한 개 이상의 신청을 제출하는 경우에만 이 동그라미를 채우십시오.
(Med Supp 및 OSB는 포함되지 않음).

원하시는 의료 및/또는 처방약 보험을 위한 옵션을 하나 선택하시고 적절한 보험 정보를 작성하십시오. 보험 혜택 요약 참조하거나 도움이 필요하면 담당 에이전트에게 문의하십시오.

다음 옵션 중 한 가지를 원합니다*:

- ☐ Humana Preferred Rx 보험(PDP)
☐ Humana Walmart Rx 보험(PDP)
☐ Humana Enhanced (PDP)
☐ HumanaChoice® PPO
☐ Humana Gold Plus® HMO
☐ Humana Community HMO
☐ Humana 이중 자격 SNP HMO(Medicaid 가입 자격 요건이 요구됨)
☐ Humana Chronic Condition SNP HMO(추가 사전 자격 요건 양식이 요구됨)
☐ Humana Total Care Advantage HMO(루이지애나에서만 제공됨)
☐ Humana Gold Choice® PFFS 독립형 PDP 가 포함되지 않음
☐ Humana Gold Choice® PFFS (의료 보험만) 그리고 Humana Preferred Rx 보험 (PDP)
☐ Humana Gold Choice® PFFS (의료 보험만) 그리고 Humana Walmart Rx 보험 (PDP)
☐ Humana Gold Choice® PFFS (의료 보험만) 그리고 Humana Enhanced (PDP)
☐ Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
☐ Humana Value Plus HMO
☐ Humana Value Plus PPO

처방약 보험 혜택을 포함하지 않는 HMO 또는 PPO 보험을 선택하는 경우 독립형 처방약 보험(PDP)을 동시에 이용할 수 없습니다.

보험 혜택 요약에서 이 보험에 대한 기본 보험금을 제공하십시오. 이 금액은 신청자가 원하는 보험을 식별할 수 있도록 도우며, 다른 OSB 옵션, Part D 벌금 또는 Medicaid와 같은 다른 보험 지급액을 포함하지 않습니다.

보험료*

MA/MAPD

보험료*

PDP

\$. 보험의 경우

\$. 보험의 경우

의료 보험 혜택이 포함된 보험에 대한 이 섹션을 작성하십시오.

PPO, HMO 또는 PFFS 보험을 선택한 경우 보험 혜택 요약에서 찾을 수 있는 아래 보험 정보를 제공하십시오.

에이전트: Vantage, 교육용 카드, MarketPOINT 라이브러리에서 문서 AP-502를 참조하여 정확한 그룹과 BSN을 결정하거나, 도움이 필요하시면 에이전트 지원부서로 연락하십시오. 정확한 가입 절차를 위해 유효한 그룹/BSN이 필요합니다.

계약*

PBP*

부문

그룹 ID*

BSN*

- -

/

가입하는 추가 보조 혜택 옵션(OSB):

가입하기 원하는 OSB에 해당하는 동그라미에 표시하십시오. 현재 OSB에 가입된 경우, 혜택을 계속 받으려면 이 양식에서 해당 옵션을 선택해야 합니다. 지역에 따라 제공되지 않는 OSB 상품이 있습니다. 아래의 OSB 옵션과 보험 혜택 요약을 검토하여 본인의 옵션이 아직 제공되며 선택 가능한지 확인하십시오.

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

- ☐ MyOptionSM Platinum Dental
☐ MyOptionSM Dental - High PPO
☐ MyOptionSM Dental Advantage
☐ MyOptionSM Dental Enriched
☐ MyOptionSM Total Dental
☐ MyOptionSM Enhanced Dental
☐ MyOptionSM Fitness
☐ MyOptionSM Plus
☐ MyOptionSM Vision
☐ MyOptionSM Acupuncture

필수 필드는 별표*로 표시되어
있습니다

신청인의 MEDICARE

번호*

하나의 보험료 납부 옵션을 선택하십시오.* 월 보험료 및/또는 가입 지연 벌금은 전자식 자금 이체, 신용카드 자동납부 또는 쿠폰 북을 사용한 우편 발송 등으로 납부할 수 있습니다. 보험료 및/또는 가입 지연 벌금을 매월 사회보장국(SSA) 또는 철도청 퇴직자 위원회(RRB) 지원금 수표에서 자동 공제하여 납부하도록 선택할 수도 있습니다. 아래에서 납부 옵션을 선택하지 않을 경우, 쿠폰 북으로 자동 설정됩니다.

☐ **체크 또는 저축 계좌의 자동 공제**
체크 또는 저축 계좌 정보(납부 옵션으로 체크 또는 저축 계좌 자동 공제를 선택한 경우에만 이 섹션을 작성하십시오).

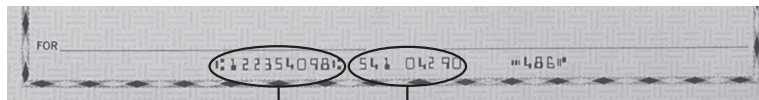
☐ **체크 계좌**

☐ **저축 계좌**

은행 이름

라우팅 번호

계좌 번호



라우팅
계좌번호
번호

☐ **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 2개월 이상 소요될 수 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 쿠폰 북을 보내드립니다.

☐ **신용카드 자동 공제**

체크 또는 저축 계좌 정보(납부 옵션으로 체크 또는 저축 계좌 자동 공제를 선택한 경우에만 이 섹션을 작성하십시오).

☐ **MasterCard**

☐ **Visa**

☐ **Discover**

신용카드 번호

만기일

☐ **쿠폰 북**

Humana.com을 방문하셔서 귀하의 보안 MyHumana 계정에 로그인(아직 가입하지 않으신 경우 'Register for MyHumana'를 클릭)하시고 'Pay My Bill' 링크를 클릭하시면 보험료 관련 서비스를 이용하실 수 있습니다. 납부 옵션으로 쿠폰 북을 선택한 경우, 온라인으로 월 보험료를 납부하거나 체크, 저축 계좌 또는 신용카드 정보를 업데이트할 수 있습니다. 한꺼번에 선결제하는 옵션도 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.

신청인이 저소득층 보조금(LIS)을 받고 있고 처방약 혜택이 포함된 보험에 가입하려는 경우, 보험금이 변경되거나 해당 저소득층 보조금(LIS) 수준이 변경될 수 있습니다.



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. 직장 또는 조합에서 발송하는 안내문을 잘 읽어 보십시오. 질문이 있으면, 해당 웹 사이트를 방문하거나 안내문에 열거된 사무실에 문의하십시오. 연락처 정보가 없을 경우, 질문에 답변해줄 보험 관리자 또는 사무실에서 도움을 얻을 수 있습니다.

본인이 거주하는 주에서 Medicare 보조 보험이나 기타 Medicare Advantage 또는 처방약 보험 옵션, 주 Medicaid 프로그램을 통한 의료 지원, Medicare Savings 프로그램 등에 대한 조언을 제공하는 상담 서비스를 이용할 수 있습니다.

본인은 이 가입 신청서를 작성함으로써 다음에 동의합니다.

본인이 연방 정부와 계약을 맺은 Medicare Advantage 의료보험에 가입할 경우, 본인은 Medicare Part A 및 B를 유지해야 하며, 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 Original Medicare가 보장하는 본인의 혜택에 추가하여 Medicare 처방약 보험에 가입하고자 하며 원래 Original Medicare 보험 혜택을 그대로 유지할 필요가 있습니다. 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. 본인은 하나의 Medicare 처방약 보험에만 가입할 수 있습니다. 이 보험 가입 기간은 일반적으로 1년입니다. 일단 가입하면 가입 기간이 제공되는 일 년 중 특정 기간(예를 들어, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지) 또는 Humana에 요청한 경우 특별한 상황 아래에서만 본 보험의 가입을 해지하거나 보험을 바꿀 수 있습니다.

이 Humana 보험은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. Humana 보험 적용 지역의 외부로 이사할 경우, Humana에 연락하여 가입 해지하고 새로운 지역에서 새 보험을 찾아야 합니다. Humana 가입자가 된 후 납부 방법 또는 서비스에 동의하지 않을 경우 보험 결정에 대해 이의신청을 할 권리를 가집니다. 본인은 Humana Evidence of Coverage(보험 적용 범위)를 읽고 이 Medicare Advantage 또는 처방약 보험으로 혜택을 누리기 위해 준수해야 하는 규칙을 확인할 것입니다. Medicare 가입자가 외국에 있을 경우 일반적으로 Medicare 혜택이 적용되지 않으며 국경 가까이에서는 제한적으로 보험이 적용됨을 이해합니다.

Humana Medicare Advantage 의료보험이 승인한 의학적으로 필요한 서비스 및 본인의 보험 적용 범위에 포함된 기타 서비스에 보험이 적용됩니다. MEDICARE와 HUMANA는 승인 없이 MEDICARE ADVANTAGE HMO 서비스 비용을 지불하지 않습니다.

본인이 판매 에이전트, 중개인 또는 기타 Humana가 고용했거나 계약한 기타 개인의 도움을 받은 경우, 그러한 개인은 본인의 Humana 가입에 대한 보상을 받을 수 있음을 이해합니다.

Humana가 본인의 가입 양식을 수령하면 본인은 확인 편지를 받게 됩니다. 이 편지는 본인이 보험 적용 방법을 이해했으며 본인의 보험 가입 의사를 확인하기 위한 것입니다. 이 보험은 Original Medicare의 보조 보험입니다. Humana는 Medicare 대신 비용을 지불하며 Humana가 적용되지 않는 공동 보험금과 공동 부담금은 본인이 부담합니다. Original Medicare는 본인이 Humana에 가입한 동안 본인의 의료비를 지불하지 않습니다.

- 귀하가 **HMO** 보험 가입을 신청하는 경우 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 HMO 보험이 시작되는 날짜를 기준으로 네트워크에 포함된 의료 서비스 제공자로부터 모든 의료 서비스를 받아야 하며 여기에서 응급 진료나 긴급 진료가 필요한 서비스 또는 외부 투석은 제외됨을 이해합니다.
- 귀하가 **PPO** 보험 가입을 신청하는 경우 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 PPO 보험이 시작되는 날짜를 기준으로 네트워크에 포함된 의료 서비스 제공자를 이용하는 것이 네트워크에 포함되지 않은 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우보다 더 낮은 비용이 들 수 있으며, 여기에서 응급 진료나 긴급 진료가 필요한 서비스 또는 외부 투석은 제외됨을 이해합니다. 의학적으로 필요한 경우, Humana는 네트워크 외부에서 받은 서비스라도 모든 보험적용 혜택에 대해 상환을 해줍니다.
- 귀하가 **PFFS** 보험 가입을 신청하는 경우 다음 내용이 적용됩니다. 본인은 이 보험이 Medicare Advantage Private-Fee-for-Service 보험이고 Medicare Supplement, Medigap, Medicare Select 또는 독립형 처방약 보험이 아님을 이해합니다. **PFFS는 처방약 보험 혜택을 포함한 Medicare Advantage 보험입니다.** 의료 서비스 제공자를 만나기 전에, 본인은 해당 제공자가 각 진료 전에 본 보험을 수락하는지 확인해야 합니다. 담당

의사나 병원은 이 보험의 약관을 수락하지 않아도 되므로 응급 상황을 제외하고 가입자 치료를 거절할 수도 있습니다. 의료 서비스 제공자는 저희 웹사이트 <http://www.humana-medicare.com/humana-gold-choice-terms-conditions.asp>에서 보험 약관을 알아볼 수 있습니다. 본인이 의료 서비스 제공자를 방문할 때마다 서비스 제공자는 PFFS(Private Fee-For-Service) 보험의 지불 조건을 수락할지의 여부를 선택할 권리를 가진다는 것을 이해합니다. 본인의 의료 서비스 제공자가 PFFS를 수락하지 않기로 결정한 경우, 수락하는 다른 서비스 제공자를 찾아야 함을 이해합니다. 본인의 PFFS 보험이 Medicare 처방약 보험 혜택을 제공하지 않을 경우, 다른 Medicare 처방약 보험에서 혜택을 누릴 수 있음을 이해합니다.

- 귀하가 Humana 처방약 보험 가입을 요청하고 있으며 Medicare Advantage 보험(HMO 또는 PPO 등)에 가입된 경우, 현재 Medicare Advantage 보험에서 요구사항에 맞는 처방약 혜택을 이미 가지고 있을 수 있습니다. Humana 처방약 보험에 가입함으로써 현재 Medicare Advantage 보험의 가입자 자격이 종료될 수 있습니다. 그 결과 의사와 병원 보험 혜택과 처방약 혜택에 모두 영향을 줄 수 있습니다. Medicare Advantage 보험이 발송하는 정보를 읽고 질문이 있으실 경우, Medicare Advantage 보험에 문의하십시오. 본인이 이 보험을 해지하고 다른 Medicare 처방약 혜택 또는 크레딧으로 가지고 있을 수 있는 처방약 보험 혜택(Medicare와 동급)을 가지고 있지 않을 경우, 미래에 Medicare 처방약 보험의 보험료 이외에 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있음을 이해합니다. 본인은 Humana 혜택을 받기 위해 네트워크 약국을 이용해야 하며, Humana 네트워크 약국을 이용하지 못하는 제한적이고 비정상적 상황일 경우는 제외됨을 이해합니다.
- 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 보험 가입이 해지됨을 이해합니다.

정보 공개:

본인이 이 Medicare 보험에 가입함으로써 치료, 지급 및 의료 업무를 위해 필요한 경우 Humana가 본인의 정보를 Medicare 및 기타 보험 그리고 제공업자에게 제공함을 인정합니다. 또한, Humana는 본인의 정보(처방약 사건 자료 포함)를 Medicare에 제공하며 Medicare는 해당되는 연방 헌법 및 규정을 준수하여 연구 및 기타 목적으로 본인의 정보를 공개할 수 있음을 인정합니다.

제한적 소득

제한된 소득의 가입자는 처방약 비용을 지불하기 위한 추가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다. 자격이 되는 경우, Medicare가 월간 처방약 보험료, 연간 본인 부담금 및 공동 보험금 등을 포함한 처방약 비용의 최고 75% 또는 그 이상을 지불할 수 있습니다. 또한, 자격이 되는 가입자들은 보험 혜택 공백 기간(Coverage Gap) 또는 가입 지연 벌금 등의 부과 대상에서 제외됩니다. 많은 가입자가 이러한 절감 혜택을 받을 수 있지만, 그 사실을 모르시고 계십니다. 이 추가 지원에 관한 자세한 정보는 현지 사회보장국 사무실에 연락하거나, 1-800-772-1213으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화해야 합니다. www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp에서 온라인으로 추가 지원을 신청할 수도 있습니다.

Medicare 처방약 보험 혜택 비용에 대해 추가 지원을 받을 수 있는 경우, 보험료의 전액 또는 일부를 Medicare가 부담합니다. Medicare가 보험료의 일부만 부담할 경우, Medicare가 부담하지 않는 금액을 귀하에게 청구할 것입니다.

사회보장 수표 또는 철도청 퇴직자 위원회 지원금 수표 공제에 대한 중요한 참고 사항:

가입자가 요청을 한 시기에 따라 첫 번째 보험료 납부를 가입자의 사회보장 또는 철도청 퇴직자 지원금 수표에서 공제하는 것이 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. 처리가 되면 Medicare 보험이 보험료 공제 요청서를 제출한 시점부터 공제가 개시될 때까지 최고 2개월까지 걸릴 수 있습니다. 즉, 사회보장 또는 철도청 퇴직자 보조금에서 첫 번째 보험료가 원천징수되며 2개월 보험료에 해당하는 금액이 원천징수될 수 있습니다. 그 이후부터는 사회보장국이나 철도청 퇴직자 위원회가 매월 사회보장 또는 철도청 퇴직자 보조금에서 1개월 치 보험료만 공제합니다. 경우에 따라 3개월이 걸릴 수도 있습니다. 3개월 치 보험료를 초과하여 공제되는 일은 없을 것입니다. 이유와 관계없이 공제가 3개월 이상 지연될 경우, Medicare는 가입자의 요청을 중단하고 Medicare 처방약 보험이 가입자에게 직접 보험료를 청구하도록 요청합니다. 이것은 가입자의 정기 보조금에서 예기치 않게 금액이 공제되는 것을 방지하기 위한 것입니다.

가입자가 보험 가입을 해지할 경우, 처리하는데 동일한 시간이 소요될 수 있습니다. 사회보장국 또는 철도청 퇴직자 위원회가 보험료를 원천징수할 경우, 사회보장국 또는 철도청 퇴직자 위원회가 보험료를 환불합니다. 가입자는 보험을 해지한 후 3개월 이내에 가입자의 정기 월 보조금과는 별도로 개별 납부금으로 환불을 받게 됩니다.

신청인의 MEDICARE
번호*

Humana는 Medicare Advantage HMO, PPO 및 PFFS 보험사로서 Medicare와 계약을 맺은 독립형 처방약 보험입니다. 모든 Humana 보험 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

Humana MyOptionSM Optional Supplemental Benefits(OSB)는 특정 Humana Medicare Advantage(MA) 보험 가입자에게만 제공됩니다. OSB가 제공되는 Humana 보험 가입자는 1년 내내 OSB에 가입할 수 있습니다. 매년 1월 1일에 보험 혜택이 변경될 수 있습니다.

Humana[®]

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