

2018 年 投保登記表



遵循這些簡單的步驟，申請成為 Humana 聯邦醫療保險會員

請備妥您的聯邦醫療保險會員卡
在投保登記表上簽名並註明日期

每個申請人都必須單獨填寫一張表格。

如果沒有在規定的時限內填妥並交回申請表，投保可能會被拒絕。

有問題請與我們聯絡

請勿重複寄出相同的申請表或申請相同的計劃。如果您有任何問題，請撥打 **1-800-833-2367**（聽障專線：**711**）聯絡持照 Humana 銷售代理。我們每週 7 天，自上午 8 時至晚上 8 時竭誠為您服務。不過請注意，自 2 月 15 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在下一個營業日結束前給您回電。

請將本申請表郵寄至：

Humana Medicare Enrollment（聯邦醫療保險投保登記處）
PO Box 14309, Lexington, KY 40512-4309
或將本申請表傳真至：1-877-889-9936

指示說明

- 把橢圓形完全填滿。
- 請使用藍色或黑色原子筆。
- 在每個方塊中清楚填寫僅一個數字或大寫字母。
- 如果不小心寫錯了，請用 X 把方塊劃掉。如所示在方塊的上方或下方寫下正確的字母或數字。

正確的數字和字母

1 2 3 S M I ~~K~~ H
T

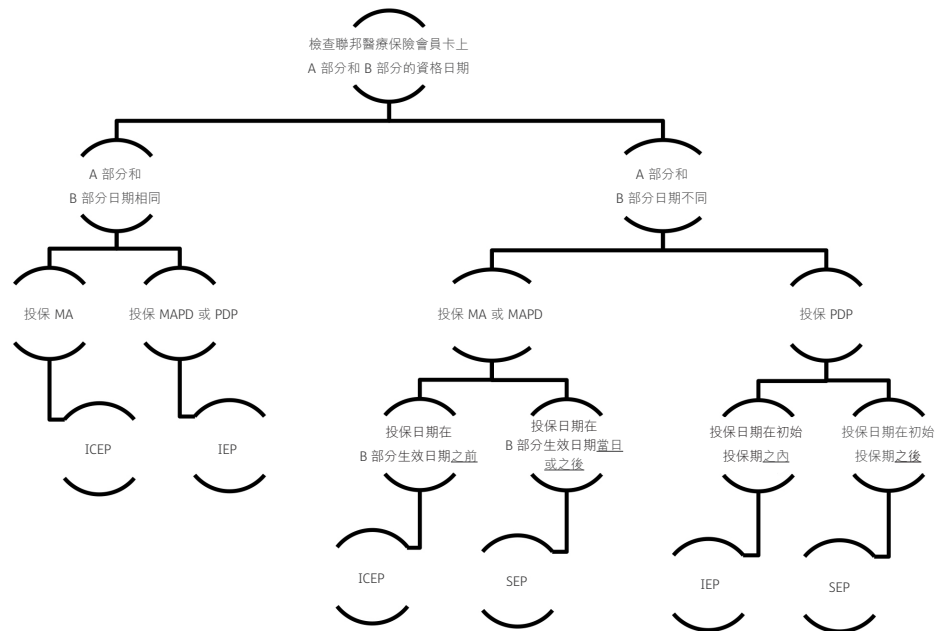
Humana®

其他注意事項

必填的欄位用星號*表示

IEP 和 ICEP

- 如果 A 和 B 部分的日期相同，選擇期限為 7 個月：生效月份前 3 個月，生效月份當月，以及生效月份後 3 個月。
- 如果 A 和 B 部分的日期不同，選擇期為 3 個月：生效日期較晚部分（通常為 B 部分）的生效月份前 3 個月，僅允許加入一項 MA 單獨計劃或一項 MAPD 計劃。如果投保的是 PDP 計劃，請查看是否仍然在 7 個月初始選擇期之內。
- 保險開始日期基於聯邦醫療保險計劃權利以及完整申請表提交等因素。



如果在特別選擇期（SEP）註冊，請參考申請書第 2 頁的 SEP 聲明列表。如要符合 SEP 條件，聲明中的其中一項就必須真實描述您的情況。代理，如果在第 2 頁未找到 **SEP**，請參考 **Vantage**、**Education card**、**MarketPOINT Library** 中的 **AP-164a** 文件，或聯絡代理支援部尋求協助。

SEP 聲明表格中有一列注明了申請計劃類型。首字母縮寫定義如下：

*PDP = 處方藥計劃，MAPD = 聯邦醫療保險優先計劃暨處方藥計劃，MA = 聯邦醫療保險優先計劃。

預約範圍（第 7 頁）

代理，請在預約類型欄位中輸入下面其中一個三字母代碼。備註：SEM（座談會）或 GCS（指導中心座談會）不需要 SOA。在 Walmart 等報告零售商店時間等非正式活動中接收的申請也不需要 SOA。

F2F - 面對面會談
GCS - 指導中心座談會
GCW - 指導中心未預約會談

INH - 家中預約會談
OTH - 其他
RET - 零售夥伴

SEM - 座談會
WAL - Walmart
TEL - 電話會談

歧視是違法的

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，並且不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而排拒任何人或以不同的方式對待他們。

Humana Inc. 及其附屬機構提供如下服務：

- 當有需要提供輔助和服務以確保會員獲得平等的參與機會時，提供免費的輔助和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視訊口譯以及供殘障人士使用的其他格式書面資訊。
- 當有需要時，為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，以提供有意義的溝通管道，例如翻譯文件或口譯服務。

如果您需要這些服務，請撥 1-877-320-1235（聽障專線 711）。

如果您認為 **Humana Inc. 及其附屬機構**未能提供這些服務，或者因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而有所歧視，您可以提出申訴：

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

如果您需要幫助提出申訴，請撥 1-877-320-1235（聽障專線 711）。

您也可以透過「民權辦公室投訴入口網站」：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式向美國衛生和人類服務部 (**U.S. Department of Health and Human Services**) 民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

U.S. Department of Health and Human Services

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

1-800-368-1019（聽障專線 800-537-7697）

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。

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).

Humana 聯邦醫療保險投保登記表

代理編號 (SAN)* □□□□□□□
醫療補助編號

月 月 0 1 年 年 年 年

(如果選定 SEP 則必須填寫。
請參見第 2 頁代碼)

會員服務
第 1 頁

必填的欄位用星號*表示

申請人聯邦醫療保險編號*

通常，您可以在每年的 10 月 15 日到 12 月 7 日這一段年度投保期投保聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃。在某些例外情況下，您可能可以在此期間以外投保。請詳閱以下說明，並且標記符合您情況的說明左側的橢圓形。如果您填滿了以下任何橢圓形，即表示您證明據您所知，關於您的文字敘述是真實的。如果我們後來決定此資訊有誤，您可能會被退保。

	SEP 代碼	特別選擇期 (SEP) 聲明	適用計劃 類型
☐	LEC	我即將失去/退出僱主或工會提供的保險，或在過去兩個月內失去這類保險。	PDP、MAPD 或 MA
☐	MDE	我同時有聯邦醫療保險和醫療補助，或我的州幫助我支付聯邦醫療保費，或我失去了這個資格，或在過去兩個月內收到我失去資格的通知。	PDP、MAPD 或 MA
☐	LIS	我獲得額外的補助支付聯邦醫療保險處方藥保險。	PDP 或 MAPD
☐	MOV	兩者之一：1 在過去兩個月，發生了以下兩種搬遷的其中之一：我搬遷到我目前的計劃服務區域以外；或者，我搬家了，而這個計劃是我的新選擇。2 我曾經長期在美國以外生活，現在又返回到美國。	PDP、MAPD 或 MA
☐	NON	我現有的聯邦醫療保險優先 (MA) 計劃在即將到來的簽約年度無法續約。 備註：此 SEP 僅限於 12 月 8 日至 2 月份的最後一天適用。	PDP、MAPD 或 MA
☐	ADP	我利用了/我打算利用聯邦醫療保險年度退保期回到原有聯邦醫療保險，並且投保獨立的處方藥計劃 (PDP)。（僅限 1 月 1 日至 2 月 14 日有效）。 備註：如果您只投保聯邦醫療保險優先私營有償服務計劃，您必須要求從此計劃退保，才能符合享有此 SEP 的資格。	PDP
☐	OTH	以上說明都不適用於我。不過我認為我的特殊情況允許我成為投保的特例。Humana 將會與您聯繫以決定是否允許開此特例。 必須在下面提出原因。	PDP、MAPD 或 MA
備註（如果回答「OTH」）：			

某些人可能有其他藥物保險，包括私人保險、TRICARE 福利、聯邦員工健康福利保險、退伍軍人福利或州藥物援助計劃。

1.除了您正在申請的計劃之外，您將會有其他處方藥保險嗎？* ☐ 是 ☐ 否

如果您回答「是」，請填寫以下內容：

其他保險名稱	該保險的團體編號
該保險的 ID 號碼	電話
	() -

2. 投保後，您或您的配偶是否會工作？ ☐ 是 ☐ 否

3. 投保後，您是否還有您本人是保戶或您作為配偶/家屬獲得承保的其他醫療健康保險？ ☐ 是 ☐ 否

如果您回答「是」，請填寫以下內容：

保險商名稱	該保險的團體編號
該保險的 ID 號碼	

您的其他保險是否包括處方藥保險？ ☐ 是 ☐ 否

必填的欄位用星號*表示

申請人聯邦醫療保險編號*

計劃選擇

您是否瞭解：如果您有僱主醫療和/或處方藥保險，一旦聯邦醫療保險和醫療補助服務中心接受您的申請，您的僱主保險會終止並替換為今天所申請的保險？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 僅在同一天申請一個以上聯邦醫療優先計劃時需要填滿此橢圓形。
(不包括 Med Supp 和 OSB)。

選擇一個您喜歡的醫療和/或處方藥保險計劃，並完成相應計劃細節。請參考福利摘要或諮詢您的代理尋求協助。

我想選擇以下其中一項*：

- ☐ Humana Preferred Rx Plan (PDP)
- ☐ Humana Walmart Rx Plan (PDP)
- ☐ Humana Enhanced (PDP)
- ☐ HumanaChoice® PPO
- ☐ Humana Gold Plus® HMO
- ☐ Humana Community HMO
- ☐ Humana Dual Eligible SNP HMO (需要符合醫療補助資格)
- ☐ Humana Chronic Condition SNP HMO (需要附加資格預審表格)
- ☐ Humana Total Care Advantage HMO (只在路易斯安那州提供)
- ☐ Humana Gold Choice® PFFS 不附帶獨立的 PDP
- ☐ Humana Gold Choice® PFFS (僅限醫療計劃) 和 Humana Preferred Rx Plan 計劃 (PDP)
- ☐ Humana Gold Choice® PFFS (僅限醫療計劃) 和 Humana Walmart Rx Plan 計劃 (PDP)
- ☐ Humana Gold Choice® PFFS (僅限醫療計劃) 和 Humana Enhanced (PDP)
- ☐ Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- ☐ Humana Value Plus HMO
- ☐ Humana Value Plus PPO

如果選擇了不包含處方藥保險的 HMO 或 PPO 計劃，則無法同時選擇獨立的處方藥計劃 (PDP)。

請提供保險福利摘要中所述該計劃的基本保費。該金額幫助我們確定您想選擇的計劃，不應包含任何 OSB 選項、D 部分罰金或聯邦醫療補助計劃等其他相關方支付的費用。

保費*

\$. MA/MAPD 計劃

保費*

\$. PDP 計劃

完成此部分以申請包含醫療保險的計劃。

如果您選擇了 PPO、HMO 或者 PFFS 計劃，請提供下述計劃資訊（可以在您的保險福利摘要中找到）。

代理：參考 Vantage, Education card, MarketPOINT Library 中的 AP-502 文件以確定正確的團體和 BSN 或者聯絡代理支援部尋求協助。有效或正確的團體或 BSN 對於申請處理必不可少。

合約*	PBP*	分部	團體 ID*	BSN*
-	-		/	

您所投保的選擇性補充保險福利計劃 (OSB)：

請填滿您想選擇的 OSB 計劃的相應橢圓形。如果您目前投保選擇性補充保險福利計劃，您必須在此表上選擇該計劃，才能繼續獲得此項福利。並非所有區域皆提供各項選擇性補充保險福利計劃。請審閱下面的選擇性補充保險福利計劃選項和您的保險福利摘要，以確認您的計劃仍然可供選擇。

保戶必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部分保費、Humana 計劃保費以及選擇性補充保險福利計劃保費。

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ MyOption SM Platinum Dental | ☐ MyOption SM Dental Enriched | ☐ MyOption SM Fitness |
| ☐ MyOption SM Dental - High PPO | ☐ MyOption SM Total Dental | ☐ MyOption SM Plus |
| ☐ MyOption SM Dental Advantage | ☐ MyOption SM Enhanced Dental | ☐ MyOption SM Vision |
| | | ☐ MyOption SM Acupuncture |

必填的欄位用星號*表示

申請人聯邦醫療保險編號*

請選擇一個保費付款方式*。您可以透過使用電子轉帳、自動信用卡收費或郵寄抵用券來支付每月計劃保費及/或逾期投保罰款。您也可以選擇每個月從您的社會安全局 (Social Security Administration, SSA) 或鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 福利金支票自動扣款，以支付保費及/或逾期投保罰款。如果您不在下面選擇付款方式，將自動被預設為使用抵用券支付。

☐ 自動支票帳戶或儲蓄帳戶扣款

支票帳戶或儲蓄帳戶資訊 (如果您選定自動支票帳戶或儲蓄帳戶扣款作為付款方式，才需要填寫這一節)。

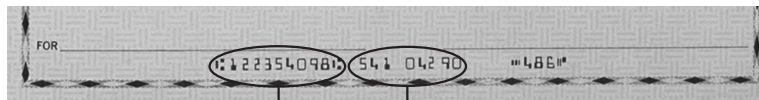
☐ 支票帳戶

☐ 儲蓄帳戶

銀行名稱

路由編號

帳號



路由編號

帳號

☐ 社會安全福利金支票扣款 (請參見下面的備註)

☐ 鐵路退休委員會福利金支票扣款 (請參見下面的備註)

您目前必須有領取鐵路退休委員會福利金支票，才能符合此付款方式的資格。

備註由於 CMS (聯邦醫療保險) 規定的處理時間限制，您可能未獲得批准使用 SSA 或 RRB 扣款來支付您的第一期保費。Humana 將會發給您首次付款的發票，並且將您的要求重新送交給 CMS (聯邦醫療保險)，讓您的第二個月保費開始從 SSA 或 RRB 扣款。開始扣款可能需要等兩個月或更長的時間。在大多數情況下，如果 SSA 或 RRB 接受您的自動扣款要求，從您的福利金支票的第一筆扣款將從 SSA 接受提款當月算起。如果 SSA 或 RRB 不批准您的自動扣款要求，我們將寄送一本抵用券給您用於支付每月保費。

☐ 自動信用卡扣款

信用卡資訊 (如果您選定自動信用卡扣款作為付款方式，才需要填寫這個段落)

☐ MasterCard

☐ Visa

☐ Discover

信用卡號碼

到期日

月月20年

☐ 抵用券

請造訪 Humana.com 並登入您的 MyHumana 安全帳戶，按一下「Pay My Bill (支付我的帳單)」連結來利用優質的相關服務 (如果您尚未註冊，請按「Register for MyHumana」)。如果您選定抵用券作為付款方式，您可以上網支付每月保費或者更新定期性支票帳戶、儲蓄帳戶或信用卡資訊。您也可以選擇一次支付預付款項。

社會安全局將會通知您，您是否需要支付 D 部分收入相關每月調整金額 (D 部分 IRMAA)。您必須負責支付您的計劃保費以及這筆額外金額。聯邦醫療保險或 RRB 可能會從您的社會安全福利金支票中扣除這個金額，或可能會直接寄帳單給您。請勿向 Humana 支付 D 部分 IRMAA。

請注意，如果您有低收入補貼 (LIS) 且投保附帶藥物保險的計劃，當低收入補貼額有改變時，您的保費或共付額可能有變。

 請閱讀此重要須知

如果您目前有僱主或工會提供的健康保險，加入 Humana 可能影響您的僱主或工會的醫療保健福利。如果您加入 Humana，您可能失去您的僱主或工會的健康保險。請參閱您的僱主或工會發送給您的通訊資訊。如果您有任何疑問，請造訪其網站或與資訊中所列的辦事處聯絡。如果找不到聯絡人資訊，您的保險福利管理員或保險福利部門可以提供協助。

您所在的州可能提供諮詢服務，以就有關聯邦醫療保險補充保險或其他聯邦醫療保險優先或處方藥計劃選擇、州級醫療補助計劃所提供的醫療援助以及聯邦醫療保險儲蓄計劃等方面提出建議。

填寫此投保登記申請表，即表示我同意以下條件：

如果我投保與聯邦政府簽約的聯邦醫療保險優先計劃，我需要保有我的聯邦醫療保險 A 和 B 部分，並且必須繼續繳納聯邦醫療保險 B 部分保費。我一次只能投保一項聯邦醫療保險優先計劃，並且我瞭解投保此計劃將會自動終止其他聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃的投保。如果我在原有聯邦醫療保險之外還有投保聯邦醫療保險處方藥計劃，那麼我需要保有我的原有聯邦醫療保險。我有責任告知 Humana 我所擁有或者日後會有的任何處方藥保險計劃。我瞭解如果我沒有聯邦醫療保險處方藥保險或可信（和聯邦醫療保險一樣好）的處方藥保險，若我日後投保聯邦醫療保險處方藥保險，我可能需要支付逾期投保罰款。我一次只能投保一項聯邦醫療保險處方藥計劃。此計劃的投保期限通常是一年。一旦我投保，我只能在一年的開放投保的時段（例如：每年 10 月 15 日到 12 月 7 日），或是在某些特殊情況下向 Humana 提出要求，才能離開此計劃或做出變更。

此 Humana 計劃只為特定區域提供服務。如果我搬離此 Humana 計劃服務區域，我需要通知 Humana 以便辦理退保並且在新的地區尋找新的保險計劃。一旦我成為 Humana 的會員，如果我不同意計劃有關付款或服務的裁決，我有權提出上訴。當我收到 Humana 的「保險證明」，我將會閱讀「保險證明」，以瞭解我為獲得此聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃保險福利所必須遵守的規定。我瞭解除了在美國邊境附近可享受有限保險之外，聯邦醫療保險受益人通常出國時無法享受聯邦醫療保險。

由 Humana 聯邦醫療保險優先計劃所授權的醫療上必要的服務及我的「保險證明」所含其他服務都在承保範圍內。若未取得授權，聯邦醫療保險或 HUMANA 都不會負責支付聯邦醫療保險優先 HMO 服務費用。

我瞭解如果我得到任何銷售代理、保險經紀人或 Humana 僱用或約聘的其他人協助，此人可能因為我投保 Humana 計劃而獲得酬勞。

Humana 收到我的投保登記表後，我會立刻收到一封確認信。這封信是為了確保我瞭解我的計劃的運作方式，並且確認我有意投保。這不是原有聯邦醫療保險的輔助計劃。是由 Humana 而非聯邦醫療保險負責支付費用，並且我將負責 Humana 不給付的金額，例如共付額或共保額。當我投保 Humana 期間，原有聯邦醫療保險不會支付我的醫療保健服務。

- 如果您希望投保 **HMO** 計劃，則適用以下情況說明：我瞭解自 HMO 保險生效日開始，除非是緊急情況或迫切需要的服務或是在外地洗腎，否則我必須由網路內提供者為我提供所有醫療保健服務。
- 如果您希望投保 **PPO** 計劃，則適用以下情況說明：我瞭解自 PPO 保險生效日開始，除非是緊急情況或迫切需要的服務或是在外地洗腎，否則網路內提供者提供的服務費用會低於網路外提供者提供的服務費用。如果是醫療上有其必要，Humana 將為所有承保福利提供補償，即使是網路外的服務亦然。
- 如果您希望投保 **PFFS** 計劃，則適用以下情況說明：我瞭解該計劃為聯邦醫療保險優先私人服務費用計劃，而不是聯邦醫療保險補充計劃 (Medicare Supplement)、附帶補充計劃 (Medigap)、聯邦醫療保險優選計劃 (Medicare Select) 或獨立聯邦醫療保險處方藥計劃 (Stand-Alone Prescription Drug Plan)。PFFS 是一項聯邦醫療保險優先計劃，可能內含有處方藥保險。在前往提供者處就診之前，我應該確認該名提供者接受此計劃。您的醫生或醫院不一定非要同意接受計劃的條款及規定，因此可能選擇不為您治療，除非是緊急情況。提供者可以瀏覽我們的網站 <http://www.humana-medicare.com/humana-gold-choice-terms-conditions.asp> 以瞭解計劃的條款及規定。我瞭解每一次我去就診時，我的醫療保健提供者有權選擇是否要接受私營有償服務計劃的付款條款及規定。我瞭解如果我的提供者決定不接受 PFFS，我就必須尋找另一名願意的提供者。我瞭解如果我的 PFFS 計劃不提供聯邦醫療保險處方藥計劃，我可以從另一項聯邦醫療保險處方藥計劃獲得處方藥保險。
- 如果您希望投保 Humana 處方藥計劃，並且您是聯邦醫療保險優先計劃（如 HMO 或 PPO）的會員，您可能已經享有聯邦醫療保險優先計劃提供的處方藥保險福利，足以滿足您的需求。投保 Humana 處方藥計劃可能反而導致您的聯邦醫療保險優先計劃投保被終止。這將會影響您的醫生、醫院以及處方藥保險福利。請參閱聯邦醫療保險優先計劃發送給您的資訊。如果您有任何疑問，請與聯邦醫療保險優先計劃聯絡。我瞭解如果我離開此計劃，並且沒有或未取得其他聯邦醫療保健處方藥計劃或可信（和聯邦醫療保險一

樣好)的保險，我日後可能需要支付逾期投保罰款，以及我的聯邦醫療保險處方藥計劃保費。我瞭解除非我遇到有限的非例行情況而無法合理地使用 Humana 網路內藥房，否則我必須使用網路內藥房來享有 Humana 福利。

- 我瞭解我正要投保 Humana 聯邦醫療保險優先計劃或 Humana 聯邦醫療保險處方藥計劃，而不是聯邦醫療保險補充計劃 (Medicare Supplement)、附帶補充計劃 (Medigap)、聯邦醫療保險優選計劃 (Medicare Select) 或醫療補助計劃 (Medicaid)。

據我所知，本投保登記表上的資訊是正確無誤的。我瞭解如果我故意在本表上提供虛假資訊，我將被迫退保。

資訊披露：

我確認加入此聯邦醫療保險計劃之後，Humana 將視治療、付款和醫療保健營運需要，向聯邦醫療保險、其他計劃和提供者披露我的資訊。我也確認 Humana 會向聯邦醫療保險披露我的資訊（包括處方藥事件記錄），聯邦醫療保險可能遵照所有適用的聯邦法規及規章，為研究或其他目的公開我的資訊。

有限收入：

收入有限的人士可能符合申請處方藥費用額外補助的資格。如果符合資格，聯邦醫療保險可能支付最多藥費的百分之七十五 (75) 以上，包括每個月的處方藥保費、年度扣除額以及共保額。此外，符合資格人士也不必擔心保險缺口或逾期投保罰款。許多人都有資格享有這些優惠，但是卻渾然不知。請與您當地的社會安全局聯絡或致電社會安全局 1-800-772-1213 以瞭解有關這項額外補助的詳情。聽障人士請致電 1-800-325-0778。您也可以登入 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp，上網申請其他幫助。

如果您符合享有聯邦醫療保險處方藥保險費用額外補助的資格，聯邦醫療保險將會支付計劃的全部或部分保費。如果聯邦醫療保險只支付部分保費，我們將向您收取聯邦醫療保險不給付的金額。

關於社會安全福利金支票或鐵路局退休職工委員會福利金支票扣款重要註釋：

視您做出要求的月份而定，您可能未獲得批准使用社會安全局或鐵路退休福利金扣款來支付您的第一期保費。Humana 將會發給您首次付款的發票，並且將您的要求重新送交給 CMS（聯邦醫療保險），讓您的第二個月保費開始從 SSA 或 RRB 扣款。一旦受理之後，從您的聯邦醫療保險計劃送交要求到保費扣款開始之間這一段時間可能要長達兩個月。這表示第一次從您的社會安全局或鐵路退休委員會福利金中扣款時，可能就會一次扣除等於兩個月保費的金額。之後，社會安全局或鐵路退休委員會每個月都只會從您的社會安全局或鐵路退休委員會福利金中扣除一個月的保費金額。在某些情況下，可能要長達三個月之久。您永遠不必擔心會扣到超過三個月的保費。如果因為任何原因導致扣款超過三個月，聯邦醫療保險將會停止您的要求，並且要求您的聯邦醫療保險計劃直接寄保費帳單給您。這是為了保護您免於定期福利金被意外地扣除一大筆金額。

假使您從計劃退保，處理時間也可能發生同樣的落後情形。如果社會安全局或鐵路退休委員會扣繳了保費，社會安全局或鐵路退休委員會將會退款給您。您應可於從計劃退保後的三個月以內收到這筆單獨退款，這與您每個月的定期福利金是分開的。

必填的欄位用星號*表示

申請人聯邦醫療保險編號*

我已閱讀並瞭解前幾頁的重要資訊，還收到一份保險福利摘要。

申請人簽名*或授權的合法代表（包括有效的授權人、合法監護人等）

簽署日期

月月日日 20年年

我瞭解一旦我在此申請表上簽名（或是按照本人所居住之州法規定經授權代表申請人行事的人士簽名），即表示我已閱讀並瞭解此申請表內容。如果由被授權人簽名（如上所述），其簽名證實：1) 簽署人乃經州法授權完成投保手續並且 2) 可向聯邦醫療保險索取此授權證明文件。

如果您是授權合法代表，您必須在上面簽名並且提供以下資訊：

姓氏

名字

中間名縮寫

街道地址

城市

州

郵遞區號

電話

與申請人關係

() -

客戶服務語言喜

☐ 英文

☐ 西班牙文

☐ 中文

☐ 其他

如果需要其他格式，請選擇一項

☐ 音訊

☐ 大字本

☐ 無障礙螢幕閱讀器 PDF

☐ 電話語音

☐ 盲文

如果您需要其他格式或語言的資訊，請撥 1-800-833-2367（聽障專線 711）與持照 Humana 銷售代理聯絡。

僅供代理使用

預約類型

預約 ID 編號範圍

擬約代理姓名*

編號 (SAN)*

日期*

月月日日 20年年

合作夥伴

地點

宣傳活動

推介代理姓名

編號 (SAN)

將此條碼號放在
SOA 表格上。

FPO
Barcode

Humana 是與聯邦醫療保險簽約的聯邦醫療保險優先 HMO、PPO 和 PFFS 計劃組織和獨立處方藥計劃。投保任何 Humana 計劃需視續約情況而定。

Humana MyOptionSM 選擇性補充保險福利計劃 (OSB) 僅提供給特定的 Humana 聯邦醫療保險優先 (MA) 計劃會員。提供選擇性補充保險福利計劃的 Humana 計劃會員整年都可以投保選擇性補充保險福利計劃。保險福利可能於每年 1 月 1 日變更。

Humana[®]

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