



Autorización para Asignación de Cuotas de Inscripción

Escriba todos los datos con letra de molde o a máquina.

Nombre: Apellido	Nombre	Inicial	Núm. SS	
Dirección particular: Calle	Núm. Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal

Indique a continuación la acción que desea realizar para el proceso de asignación.

Marque uno de los tres cuadros y complete la información solicitada.

Inicien una asignación mensual para Humana de mi sueldo de retiro por las cuotas de inscripción a TRICARE Prime para la Región Sur de TRICARE por la cantidad de \$_____ (Individual \$19.17 o Familiar \$38.34).

He anexado un pago (cheque personal, cheque de caja, cheque de viajero, orden de pago o tarjeta de crédito como Visa®/MasterCard®) para el pago de 3 meses (\$57.50 individual o \$115.00 familiar) de las cuotas de inscripción a TRICARE Prime, pagaderas a Humana Military Healthcare. Entiendo que se desiste este pago cuando ocurre una transferencia de otra región y ya se ha establecido una asignación en esa región anterior.

Cambien mi asignación mensual existente a Humana de \$_____ a \$_____.

Mi situación cambió a partir del (MM/AA) ____/____. Individual a familiar (\$19.17 a \$38.34)
 Familiar a individual (\$38.34 a \$19.17)

Suspendan mi asignación actual a Humana, de tal manera que mi cobertura de Prime se pague hasta el último día del (MM/AA) ____/____.

Por la presente autorizo que esta asignación se tome de mi sueldo de militar retirado. Entiendo que permanecerá vigente hasta que solicite que se cambie o se suspenda. Sin embargo, como cortesía hacia mí, también autorizo a Humana para que suspenda automáticamente esta asignación en una fecha futura si me doy de baja de la Región Sur de TRICARE por alguna razón, incluida la transferencia de mi inscripción a una región diferente de TRICARE.

Firma (obligatoria): _____ Fecha: _____

Humana tratará de comenzar la asignación de su sueldo de militar retirado para la siguiente fecha de vencimiento del pago. Humana le notificará para que haga arreglos alternativos para el pago si la asignación de su sueldo de retiro no puede comenzar en esta fecha.

Envíe por correo este formulario con su solicitud de inscripción si lo ha llenado como parte de su nueva inscripción.

Llene, firme y envíe este formulario y el pago a:
Humana Military Healthcare Services, Inc.
ATTN: PNC Bank
P.O. Box 105838
Atlanta, GA 30348-5838

Si ya hemos recibido su pago inicial, puede enviar este formulario por fax a:
Fax: 1-866-836-9455