

Formulario de apelación, queja o queja formal

Si tiene una queja o apelación relacionada a su plan de Humana o cualquier aspecto de su cuidado, queremos saber sobre ello y ver cómo podemos ayudar. Puede utilizar este formulario para decirnos qué sucedió y cómo se siente. Provea información completa, para que podamos llevar su asunto al empleado que mejor le pueda ayudar.

Este formulario, junto con cualquier documento complementario (tales como recibos, expedientes médicos o una carta de su proveedor) puede ser enviado a nosotros por correo o fax:

Dirección: Humana Grievance and Appeal Department
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax: 1-888-556-2128

1 ¿Quién es el afiliado?

Nombre del afiliado (primer nombre y apellido)		
Número de identificación de afiliado de Humana		Fecha de nacimiento del afiliado (MM/DD/AA)
Persona que actúa en nombre del afiliado (si es alguien diferente del afiliado)		
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

2 ¿Cuál fue el asunto?

Primero, ayúdenos a entender de qué se trató esto:

- Un medicamento
- Un servicio médico (o equipo médico)
- Un asunto no relacionado a un medicamento o servicio médico específico

Para un medicamento o servicio médico específico provea los siguientes detalles:

Servicio o medicamento	
Proveedor (Médico, Centro, Médico que receta)	
Número de teléfono del proveedor (con código del área)	Número de fax del proveedor
¿Ya ha recibido el servicio o el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del servicio (MM/DD/AA)	Número de reclamación (si tiene uno)

3 ¿Necesita nombrar a un representante?

Omita esta sección si usted es un afiliado actuando en su nombre.

Si usted no es el afiliado y no está seguro si está autorizado a trabajar con Humana en nombre del afiliado, complete esta sección con el afiliado. (Nota: si usted es un proveedor o representante legal, deberá completar un Formulario de Nombramiento de Representante separado que se puede encontrar en espanol.humana.com).

Yo, _____, nombro a _____
Nombre del afiliado Nombre del representante

a actuar en nombre de _____ en conexión con cualquier
Nombre del afiliado (o dependiente del afiliado)
reclamación de cobertura o beneficios identificados en este caso, incluyendo el recibo de cualquier aprobación o autorización que se requiera antes del servicio médico. Autorizo a mi representante a recibir cualquier información relacionada con este caso que se me asigna, y a actuar en mi nombre y en representación del dependiente menor de edad, si fuera mencionado anteriormente, para proveer información solo al plan de salud del grupo en relación con los reclamos, aprobaciones o autorizaciones en disputa. Este documento no tiene como fin autorizar el acceso a ninguna información de salud personal que no esté relacionada con los reclamos, aprobaciones o autorizaciones en disputa.

Yo, _____, por la presente, acepto el nombramiento anteriormente indicado.
Nombre del representante

Identificador de beneficiario de Medicare del afiliado (MBI, por sus siglas en inglés) o Número de identificación del afiliado de Medicare (HICN, por sus siglas en inglés)		
Nombre del representante (primer nombre y apellido)		Vínculo con el afiliado
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

4 Firme y envíe

Firma del afiliado (o médico que receta)

Fecha

Firma del representante autorizado (si usted completó la sección 3)

Fecha

Gracias por tomarse el tiempo de informarnos sobre este asunto. Nos pondremos en contacto con usted si tenemos cualquier pregunta, y le responderemos tan pronto como completemos nuestra investigación del asunto.

Humana es una organización de Medicare Advantage HMO, PPO, y PFFS y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Importante

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。