

# Formulario de apelación, queja o queja formal **Humana**®

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](http://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.

## La discriminación es contra la ley

**Humana Inc. y sus subsidiarias (“Humana”)** cumplen con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye a nadie ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

**Humana** provee:

- Recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de signos acreditados, interpretación remota por video, e información escrita en otros formatos para personas con discapacidad cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o envíe un correo electrónico a [accessibility@humana.com](mailto:accessibility@humana.com), o si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o le ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

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 si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

**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)**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

# 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 hólq, kojí' hódíłnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).