



Id. Del afiliado:

DECLARACIÓN DE COBERTURA PREVIA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del plan de medicamentos recetados de Medicare: _____

Marque las casillas que se apliquen a su situación. Incluya la fecha o fechas de cobertura. Añada otra página si es necesario. Recuerde firmar al final del formulario.

☐	Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de un empleador o sindicato, incluido el Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (FEHB, por sus siglas en inglés).	Desde: [M][M][A][A][A][A] Hasta: [M][M][A][A][A][A]
☐	Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de Medicaid, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) u otro plan financiado por mi estado.	Desde: [M][M][A][A][A][A] Hasta: [M][M][A][A][A][A]
☐	Tuve cobertura para medicamentos recetados con los beneficios para VA (beneficios para veteranos, sobrevivientes o dependientes).	Desde: [M][M][A][A][A][A] Hasta: [M][M][A][A][A][A]
☐	Tuve cobertura para medicamentos recetados con el programa TRICARE u otra cobertura militar.	Desde: [M][M][A][A][A][A] Hasta: [M][M][A][A][A][A]

Id. Del afiliado:

☐	Tuve una póliza Medigap (Seguro complementario a Medicare) con cobertura válida* para medicamentos recetados.	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tuve cobertura para medicamentos recetados con el Programa de Servicios de Salud para Comunidades Indígenas, Organización Tribal u Organización Urbana de Indígenas (I/T/U).	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tuve cobertura para medicamentos recetados con el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de una fuente diferente a las incluidas aquí. Nombre de la otra fuente: _____	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tuve cobertura de Humana.	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tengo o tuve ayuda adicional de Medicare para pagar mi cobertura para medicamentos recetados.	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Viví en un área afectada por el huracán Katrina en agosto de 2005 y me afilié a un plan para medicamentos recetados de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006.	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Tuve cobertura para medicamentos recetados con Puerto Rico Reforma desde.	Desde: MM MM AA AA AA AA Hasta: MM MM AA AA AA AA
☐	Nunca he tenido cobertura válida* para medicamentos.	

Id. Del afiliado:

***“Válida” significa que la cobertura que tenía antes de afiliarse a Humana cubría las normas mínimas de Medicare.**

Por favor, complete esta sección

A mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Comprendo que si no tuve cobertura válida o no suministré prueba de cobertura válida para medicamentos recetados cuando se me solicitó, o ambas, es posible que mi prima sea mayor.

Entiendo que al firmar este documento (o si lo hace la persona autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo con las leyes del estado donde reside el individuo) doy fe de que he leído y comprendido el contenido de esta declaración. Si una persona autorizada, como se describe arriba, firma este documento, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para llenar este formulario y 2) la documentación relacionada con este poder está disponible previa solicitud por Humana por Medicare.

Firma: _____

Fecha:

Si usted es un representante autorizado, debe suministrar la siguiente información:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apto o Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal:

Número de Teléfono: () - Relación con el afiliado: _____

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de Atención al cliente de Humana al **1-800-457-4708**. Si usa un sistema de TTY, llame al **711**. Puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m.

Puede llamarnos en cualquier momento. Nuestros representantes en vivo están disponibles de 8 a.m. a 9 p.m. (EST), de lunes a viernes. Nuestro sistema telefónico automatizado está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para el servicio de 24 horas puede visitarnos en la página de internet www.humana.com. Asegúrese de guardar una copia de esta carta en sus archivos.

Humana es una organización 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, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación va en contra de 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 al **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.

GCHK9WZSP 0220

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços lingüísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHK9WZSP 0220