

Formulario de reembolso de beneficios ampliados (EB)

Este formulario debe presentarse dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que se recibieron los servicios para que se lo considere para el reembolso.

Paso 1: Información del afiliado

1. Su número de identificación de Humana (HUMID, por sus siglas en inglés) se encuentra en su tarjeta de identificación del afiliado.
2. Se deben completar todas las casillas.
3. Envíe (1) formulario por afiliado.

Nombre del afiliado	HUMID (identificación de Humana)	Identificación de Medicaid
---------------------	----------------------------------	----------------------------

Dirección		
-----------	--	--

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Firma	Nombre en letra de imprenta del tutor o la parte responsable (solo menores)
-------	-----------------------------------------------------------------------------

Paso 2: Información del recibo

1. Incluya todas las copias de los recibos originales Y el comprobante de pago para cada beneficio. Adhiera los recibos con cinta adhesiva a una página separada y envíelos junto con este formulario de reembolso.
2. Si presenta más de dos (2) beneficios, proporcione la información requerida en una hoja de papel adicional.
3. Los recibos deben incluir el detalle de todos los artículos comprados. Si a sus recibos les falta alguna parte de esta información, solicite a la compañía una impresión que incluya la información detallada.
4. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completo y de los recibos para sus registros.

Beneficio utilizado	Fecha de recepción de los servicios
---------------------	-------------------------------------

Compañía que proporciona el servicio

Dirección de la compañía

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Recibos incluidos Sí No	Comentarios
---------------------------------	-------------

Formulario de reembolso de beneficios ampliados (EB)

Beneficio utilizado	Fecha de recepción de los servicios
---------------------	-------------------------------------

Compañía que proporciona el servicio

Dirección de la compañía

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Recibos incluidos	Comentarios
Sí No	

Paso 3: Enviar con firma

- Tendrá seis (6) meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios para presentarlo para recibir el reembolso.
- Una vez que se hayan completado todas las secciones de este formulario, fírmelo y coloque la fecha. Su firma indica que acepta que toda la información de este formulario y los recibos adjuntos enviados es correcta.

Se tomará una decisión sobre su solicitud de reembolso en un plazo de noventa (90) días a partir de la recepción del formulario completado y los recibos.

Cualquier servicio adicional que reciba más allá de los beneficios ampliados aprobados será responsabilidad del afiliado.

Para que lo consideren de manera más rápida, envíe este formulario completado por correo electrónico o fax con todas las copias de los recibos originales a:

Correo electrónico: **ExpandedBenefitsReimbursement@humana.com**
Fax: **855-510-0041**

Dirección postal:
Humana Expanded Benefits c/o Expanded Benefits Administrator
P.O. Box 3114
Louisville, KY 40201

Consulte la sección de beneficios del Manual del afiliado para conocer los beneficios que se pueden considerar para el reembolso. Su Manual del afiliado está disponible en Humana.com/KentuckyHandbook.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-444-9137 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡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, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. 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 **800-444-9137** 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., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del 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, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (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.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc.

Ofrecemos servicios de asistencia con el idioma sin cargo alguno. **800-444-9137 (TTY: 711)**

English: Call the number above to receive free language assistance services.

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

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

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

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

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

Deitsch (Pennsylvania Dutch): Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

Oroomiffa (Oromo): Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Ikirundi (Bantu – Kirundi): Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.