

Formulario de reembolso por estadía nocturna de Medicaid

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

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

Paso 1: Información del afiliado

1. El número de identificación de Humana (HUMID, por sus siglas en inglés) del afiliado se encuentra en la tarjeta de identificación del afiliado.
2. Se deben completar todas las casillas.
3. Envíe un (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 para menores)	

Paso 2: Información del recibo

1. Incluya todas las copias de los recibos originales Y el comprobante de pago para el beneficio. Adhiera los recibos con cinta adhesiva a una página separada y envíelos junto con este formulario de reembolso.
2. Los recibos de alojamiento deben mostrar el detalle de todos los costos. Si a los recibos les falta alguna parte de esta información, solicite a la compañía de alojamiento una impresión que incluya la información detallada.
3. Los recibos del restaurante deben mostrar el nombre del restaurante, la fecha, la hora (si está disponible) y la cantidad en dólares.
4. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completo y de los recibos para sus registros.

Beneficio de alojamiento/restaurante durante la noche	Fecha
Nombre del alojamiento/restaurante	
Ciudad, estado	
Cantidad de reembolso solicitada	Recibo incluido Sí No
Comentarios	

Beneficio de alojamiento/restaurante durante la noche	Fecha
Nombre del alojamiento/restaurante	
Ciudad, estado	
Cantidad de reembolso solicitada	Recibo incluido Sí No
Comentarios	

Beneficio de alojamiento/restaurante durante la noche	Fecha
Nombre del alojamiento/restaurante	
Ciudad, estado	
Cantidad de reembolso solicitada	Recibo incluido Sí No
Comentarios	

Beneficio de alojamiento/restaurante durante la noche	Fecha
Nombre del alojamiento/restaurante	
Ciudad, estado	
Cantidad de reembolso solicitada	Recibo incluido Sí No
Comentarios	

Beneficio de alojamiento/restaurante durante la noche	Fecha
Nombre del alojamiento/restaurante	
Ciudad, estado	
Cantidad de reembolso solicitada	Recibo incluido Sí No
Comentarios	

Paso 3: Enviar con firma

- Envíelo en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de los servicios.
- Una vez que se hayan completado todas las secciones de este formulario, fírmelo y coloque la fecha. La firma de los afiliados o tutores legales indica que toda la información de este formulario y los recibos adjuntos enviados es correcta.

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 Travel Benefit c/o Expanded Benefits Administrator

P.O. Box 3114

Louisville, KY 40201

For the purposes of reimbursement see rates please see below

Beneficio	Tarifas de reembolso	Limitaciones/Exclusiones
Alojamiento	\$80 o menos por noche para una habitación	Todo lo que se pague además de la cantidad del beneficio será responsabilidad del afiliado. Florida Medicaid reimburses for lodging accommodations and a per diem for meals for all overnight trips at the Florida government rate in accordance with Section 112.061.F.Sw →
Desayuno	\$6 por afiliado y 1 persona más	
Almuerzo	\$11 por afiliado y 1 persona más	
Cena	\$19 por afiliado y 1 persona más	

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autres langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 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 **800-477-6931** 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. **800-477-6931 (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 Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen: (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **800-477-6931 (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 **800-477-6931 (TTY: 711)**.