

Member reimbursement claim form and instructions

Part 1: Member information

1. Complete all information under Part 1. Your Humana ID number is on your member ID card.
2. Submit claim receipt(s) within the filing period specified by your Humana plan. You will have 12 months from the date the prescription is filled to submit your claim. For questions about your filing period, please call the number on the back of your member ID card.

Note: Services performed outside the United States are not payable under the Medicaid plan.

3. Please submit a separate form for each family member and pharmacy from which you paid for your medications.

Part 2: Receipt information

1. Include all pharmacy receipt(s) AND proof of payment. Tape receipt(s) to a separate page and submit with claim form. If medication was given in emergency room or doctor's office include detailed statement.
2. Receipt(s) must contain the information outlined under Part 2. If your receipt(s) are missing any of this information, please ask your pharmacy to provide a printout with the information required in Part 2.
3. Remember to keep a copy of the completed claim form and receipt(s) for your records.

Part 3: Pharmacy information

1. Provide information about the pharmacy where medications were received. Once all sections have been filled in, please sign and date. Your signature proves that all information is truthfully represented by the completed form and attached receipts. Mail the completed form and receipt(s) to:

Humana Pharmacy Solutions

P.O. Box 14140

Lexington, KY 40512-4140

or Fax to: **866-754-5362**

Humana
Healthy Horizons®
in Ohio

Part 1: Member information

Humana ID number _____ (claim cannot be processed without this)		Date of birth _____ (mm/dd/yyyy)	
Member last name _____		Member first name _____	MI _____
Gender Male _____ Female _____	Relationship Member _____ Child _____ Other _____		
Patient Residence: Home _____ Assisted living _____ Nursing home _____ Group home _____ Intermediate care hospice _____			
Member address _____			
City _____	State _____	ZIP code _____	
Member telephone _____			

Part 2: Receipt information

Ensure your receipt includes the following information:

Date filled	Day(s) supply
Medication name	Rx price (amount you paid including tax)
Rx number	Physician name
National drug code (NDC)	Physician ID (NPI or DEA#)
Medication strength	If drug is a compound, list the NDCs for all ingredients and quantity of each
Dosage form	
Quantity	

Dispense as written (DAW):

0 - Not applicable	2 - Patient requires brand product be dispensed
1 - Doctor requires brand product be dispensed	7 - Brand mandated by state law

Part 3: Pharmacy information

Pharmacy name _____		Pharmacy ID (NABP or NPI#) _____
Pharmacy street address _____		
City _____	State _____	ZIP code _____
Pharmacy telephone _____		

Part 3: Pharmacy information

Pharmacy service type:

Retail	Compounding	Home infusion
Institutional	Long term care	Managed care
Mail order	Specialty	organization

Description of issue:

Pharmacy will not accept my Humana plan
Pharmacy was unable to process my claim electronically
I did not have my plan information at the time of purchase
I was charged for medications received during an emergency room visit
I believe the claim was paid incorrectly
I filled my medication during an emergency
I have drug coverage with a plan other than Humana (coordination of benefits)

Name of insurance company

Insurance company phone #

Employer name

Member ID

Please explain the issue:

Important claim notice

Caution: Any person who, knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person:

(1) files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information; or

(2) conceals for the purpose of misleading, information concerning any material fact thereto, commits a fraudulent act.

Member signature

Date

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this document, call us at **877-856-5702 (TTY: 711)**. We are available Monday through Friday, from 7 a.m. to 8 p.m., Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the document in English or in your preferred language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Member Handbook regarding your rights.

Important

At Humana, it is important you are treated fairly.

Humana Inc. and its subsidiaries do not discriminate or exclude people because of their race, color, religion, gender, gender identity, sex, sexual orientation, age, disability, national origin, military status, veteran status, genetic information, ancestry, ethnicity, marital status, language, health status, or need for health services. Discrimination is against the law. Humana and its subsidiaries comply with applicable Federal Civil Rights laws. If you believe that you have been discriminated against by Humana or its subsidiaries, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
If you need help filing a grievance, call **877-856-5702** or if you use a **TTY**, call **711**.
- You can also file a civil rights complaint with the:
 - **Ohio Department of Medicaid (ODM), Office of Civil Rights** by emailing **ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov**, faxing **614-644-1434**, or sending by mail to The Ohio Department of Medicaid, Office of Human Resources, Employee Relations, P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709; or
 - **U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights** electronically through their Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or at **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)**. Complaint forms are available at **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Auxiliary aids and services are available to you free of charge.

877-856-5702 (TTY: 711)

Humana provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.

Humana Healthy Horizons in Ohio is a Medicaid Product of Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Language assistance services, free of charge, are available to you.

877-856-5702 (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.

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

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

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

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

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

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

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

繁體中文 (Traditional 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。

Ikinyarwanda (Kinyarwanda): Hamagara numero iri haruguru uhabwe serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu.

简体中文 (Simplified Chinese): 您可以拨打上面的电话号码以获得免费的语言协助服务。

دري (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

پشتو (Pashto): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

አማርኛ (Amharic): ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ለማግኘት ከላይ ባለው ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

Instrucciones y formulario de reclamación de reembolso para afiliados

Parte 1: Información del afiliado

1. Complete toda la información requerida en la Parte 1. Su número de identificación de Humana se encuentra en su tarjeta de identificación del afiliado.
2. Envíe los recibos de reclamaciones dentro del período de presentación especificado por su plan de Humana. Tendrá 12 meses a partir de la fecha en que se surte la receta para presentar su reclamación. Si desea formular preguntas sobre el período de presentación, llame al número que figura al reverso de la tarjeta de identificación del afiliado.

Tenga en cuenta: Los servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos no son pagaderos en virtud de los planes de Medicaid.

3. Envíe un formulario separado por cada familiar y farmacia en la que pagó los medicamentos.

Parte 2: Información del recibo

1. Incluya todos los recibos de farmacia Y el comprobante de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento fue administrado en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.
2. Los recibos deben contener la información descrita en la Parte 2. Si a sus recibos les falta alguna información, pídale a su farmacia que proporcione una impresión con la información requerida en la Parte 2.
3. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y de los recibos para sus registros.

Parte 3: Información de la farmacia

1. Proporcione información sobre la farmacia donde se recibieron los medicamentos. Una vez que se hayan completado todas las secciones, firme y feche. Su firma prueba la veracidad de toda la información presentada en el formulario completado y en los recibos adjuntos. Envíe por correo el formulario completado y los recibos a:

Humana Pharmacy Solutions

P.O. Box 14140

Lexington, KY 40512-4140

or Fax to: **866-754-5362**

Humana Healthy Horizons® in Ohio

Parte 1: Información del afiliado

Número de identificación de Humana _____ Fecha de nacimiento _____
(la reclamación no puede procesarse sin esta información) (mm/dd/aaaa)

Apellido del afiliado

Nombre del afiliado

Inicial del segundo
nombre

Género

Hombre

Mujer

Relación

Afiliado

Hijo/a

Otro

Residencia del paciente:

Hogar

Residencia asistida

Hogar de ancianos

Hogar colectivo

Cuidados paliativos

Dirección del afiliado

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del afiliado

Parte 2: Información del recibo

Asegúrese de que su recibo incluya la siguiente información:

Fecha de surtido

Nombre del medicamento

Número de la receta

Código farmacológico nacional (NDC)

Concentración de medicamento

Dosificación

Cantidad

Días de suministro

Precio de la receta (cantidad que pagó,
incluidos los impuestos)

Nombre del médico

Identificación del médico (NPI o n.º
de la DEA)

Si el medicamento es un compuesto,
enumere los NDC de todos los
ingredientes y la cantidad de cada uno

ENTREGAR COMO SE ESPECIFICA (DAW):

0 - No se aplica

1 - El médico requiere que se
entregue un producto de marca

2 - El paciente requiere que se entregue
un producto de marca

7 - Medicamento de marca exigido por
las leyes estatales

Parte 3: Información de la farmacia

Nombre de la farmacia		Identificación de la farmacia (n.º de NABP o NPI)	
Dirección de la farmacia			
Ciudad	Estado		Código postal
Teléfono del farmacia			
Tipo de servicio de farmacia:			
Minorista	Compuestos	Infusión en el hogar	
Institutional	Cuidado a largo plazo	Organización de cuidados administrados	
Pedido por correo	Especializada		
Descripción de la dificultad:			
La farmacia no acepta mi plan de Humana			
La farmacia no pudo procesar mi reclamación en forma electrónica			
No tenía la información de mi plan en el momento de la compra			
Me cobraron los medicamentos que recibí durante una visita a la sala de emergencias			
Creo que la reclamación se pagó incorrectamente			
Obtuve el medicamento durante una emergencia			
Tengo cobertura de medicamentos con un plan que no es de Humana (coordinación de beneficios)			
Nombre de la cía. de seguros		N.º de tel. de la cía de seguros	
Nombre del empleador		Identificación del afiliado	
Explique la dificultad:			

Aviso importante de la reclamación

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona:

- (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa; u
- (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento.

Firma del afiliado	Fecha
--------------------	-------

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **877-856-5702 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre 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 de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted 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 **877-856-5702** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el:
 - **Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles** enviando un correo electrónico a **ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov**, enviando un fax al **614-644-1434** o por correo postal a P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709; o
 - **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, electrónicamente 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, **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. **877-856-5702 (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 Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-856-5702 (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.

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

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

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

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

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

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

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

繁體中文 (Traditional 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。

Ikinyarwanda (Kinyarwanda): Hamagara numero iri haruguru uhabwe serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu.

简体中文 (Simplified Chinese): 您可以拨打上面的电话号码以获得免费的语言协助服务。

دري (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

پشتو (Pashto): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

አማርኛ (Amharic): ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ለማግኘት ከላይ ባለው ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.