

Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Humana
FORMULARIO PARA LA DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del afiliado/a

Número de ID del afiliado/a (para que el afiliado lo complete)

Yo, _____
Nombre del afiliado

, designo a _____
Nombre del representante autorizado

para actuar en nombre de _____
Nombre del afiliado

en conexión con cualquier reclamación de cobertura o de beneficios identificados con el No. de referencia ____ incluyendo la recepción de cualquier aprobación (o aprobaciones) o cualquier autorización (autorizaciones) que se requiera(n) antes del/de los servicios(s) médico(s). Autorizo a mi representante a recibir toda información que se me provea relacionada con este caso y a que actúe en mi nombre y en nombre de mi menor dependiente, si se indicó su nombre anteriormente, al proporcionar cualquier información al plan de salud grupal en relación con las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa. El propósito de este documento no es autorizar el acceso a ninguna información de salud personal que no esté relacionada con las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa.

Información importante sobre sus derechos

He leído y entendido las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, la cual *se refiere solamente a la información relacionada con la apelación del caso descrito anteriormente*, en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante una notificación por escrito dirigida al departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Humana, pero tal revocatoria no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción que Humana haya tomado antes de recibir la revocación.
- Esta autorización tendrá duración en todos los niveles de la apelación interna, salvo que yo revoque la autorización antes de completarse el proceso de apelación.
- Podré ver y copiar la información descrita en este formulario, de así pedirlo.
- No es un requisito que yo firme este formulario para recibir mis beneficios de cuidado de la salud (inscripción, tratamiento o pago).
- La entidad receptora puede divulgar nuevamente la información utilizada o divulgada conforme a lo indicado en esta autorización. Tengo derecho a pedir que las personas/organizaciones antes mencionadas y autorizadas para recibir la información me den garantías de que no divulgarán la información a otras partes sin que yo dé una autorización adicional.

Firma del afiliado*

Fecha*

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Yo, _____ por la presente acepto la designación indicada anteriormente.
Nombre del representante autorizado

Soy un/una _____
Parentesco con el afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

*La fecha de la firma del afiliado debe ser la fecha del día del rechazo de las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa o una fecha posterior.

¡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 **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 del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **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>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 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.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 resewva 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 linguísticos, 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'í béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jii'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowol.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5RSP 0721