

# Formulario de reclamación de beneficios de salud

Para utilizar con Humana Healthy Horizons in Ohio

## INSTRUCCIONES

1. Complete TODA la información solicitada a continuación.
2. Utilice un formulario por separado para cada miembro de su familia y o para cada incidente de enfermedad.
3. Adjunte la factura ORIGINAL detallada, el formulario de reclamación y el recibo de pago. Guarde una copia de esta información para sus registros. No Podemos aceptar cheques CANCELADOS como comprobante de facturación.
4. Firme la casilla Pago directo de este formulario si desea que le paguemos a su médico o proveedor de cuidado de la salud.

**TENGA EN CUENTA:** Pagaremos los beneficios de internación hospitalaria directamente al hospital.

5. Envíe este formulario completado a:

**Humana Member Experience**, P.O. Box 14225, Lexington, KY 40512

Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Identificación del afiliado	Número del grupo
Dirección domiciliar del afiliado	Nombre del grupo	
	Fecha de nacimiento del afiliado	Fecha de nacimiento del paciente
Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación del paciente con el afiliado	

Fechas de servicio		Lugar del servicio*	Código CPT/ descripción del servicio	Código de diagnóstico	Cargos por unidad	Días o unidades	Cargo total
Desde	Hasta						

**Humana**

Healthy Horizons<sup>®</sup>  
in Ohio

Humana Healthy Horizons in Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

OHHLRTRSP0623

Fechas de servicio		Lugar del servicio*	Código CPT/ descripción del servicio	Código de diagnóstico	Cargos por unidad	Días o unidades	Cargo total
Desde	Hasta						

*Códigos del lugar de servicio		Código CPT/ descripción del servicio	Nombre del medico, proveedor o grupo (dirección, código postal, número de teléfono y número de identificación fiscal)
11	Consultorio médico		
12	Hogar del paciente		
20	Centro de cuidado de urgencia		
21	Hospital para pacientes internados		
22	Hospital ambulatorio		
23	Sala de emergencias		
24	Centro de cirugía ambulatoria		
31	Centro de enfermería especializada		
32	Hogar de ancianos		
41/42	Ambulancia (terrestre/aérea)		
52	Centro psiquiátrico para paciente internado		

*Códigos del lugar de servicio		Código CPT/ descripción del servicio	Nombre del medico, proveedor o grupo (dirección, código postal, número de teléfono y número de identificación fiscal)
55	Centro residencial de tratamiento para la farmacodependencia		
72	Clínica rural para el cuidado de la salud		
81	Laboratorio independiente		
99	Otras ubicaciones		

**Divulgación de información:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar esta reclamación. Entiendo que, según lo permitan las leyes y en la medida de los beneficios pagados en virtud de esta reclamación, el Plan adquiere todos los derechos de cobro que yo pueda tener frente a otras partes consideradas responsables del pago de estos gastos.

**Pago directo:** Para autorizarnos a pagarle directamente a su proveedor de servicios, lea la siguiente declaración y luego firme y coloque la fecha en el espacio provisto debajo de la declaración:

**Por la presente, autorizo el pago directo al proveedor de servicios y entiendo que soy responsable financieramente de los cargos del hospital, de la atención médica y de los médicos que no estén cubiertos por esta autorización de pago.**

**Firma del paciente o de la persona autorizada**

**Fecha**

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de Seguro fraudulento, el cual constituye un delito.

**Firma del paciente o de la persona autorizada**

**Fecha**

**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](mailto: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.