

Continúe su cuidado con Humana Healthy Horizons®

Los niños y adultos con necesidades de cuidado únicas, como someterse a una cirugía o recibir cuidado de la salud en el hogar, deben continuar recibiendo algunos servicios bajo su nuevo plan.

Humana puede trabajar con usted para ayudarle a manejar sus necesidades de cuidado y reunir recursos locales. Tenemos un equipo de enfermeros, trabajadores sociales y otras personas que trabajarán con usted de forma individual.

Complete este formulario para ayudarnos a saber qué es lo mejor para usted. Envíelo de vuelta en el sobre prepagado que se incluye.

Marque las casillas que correspondan a su caso o a un miembro de su familia

- ☐ Cirugía o visitas al hospital que haya planeado después de inscribirse
- ☐ Ayuda de cuidado de la salud en el hogar que ya recibe
- ☐ Equipo de salud física que ya está utilizando

- ☐ Tratamiento médico actual
- ☐ Fecha de parto: (MM/DD/AAAA) _____
- ☐ Otras afecciones: _____
(Esto no incluye servicios de farmacia, como medicamentos o recetas).

Información del afiliado

Nombre completo del afiliado que se registra
(Primer nombre/segundo nombre/apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa
()

Teléfono de trabajo o celular
()

Fecha de vigencia de inscripción
(MM/DD/AAAA)

Número de identificación del afiliado que se registra (desde la tarjeta de identificación)

Nombre y número de teléfono del proveedor de cuidado primario

Nombre y número de teléfono del proveedor que trata a la persona que se registra

¿Algo más que quiera agregar?

¿Desea que alguien de nuestro equipo de coordinación de cuidado se comunice con usted?

☐ Sí ☐ No

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **1-800-448-3810 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma materno. 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, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. 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 **1-800-448-3810** 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 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, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (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. **1-800-448-3810 (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 Louisiana es un producto de Medicaid de Humana Health Benefit Plan of Louisiana Inc.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-448-3810 (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.

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.

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。

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

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

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຝຣັ່ງ.

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。

اُردُو (Urdu): مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

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

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

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

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี