Formulario de Reembolso de Beneficios Ampliados (EB, por sus siglas en inglés)

Para que se tenga en cuenta para el reembolso, este formulario debe presentarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se recibieron los servicios.

Paso 1: Información del afiliado

1. Su Número de Identificación de Humana (HUMID, por sus siglas en inglés) está en su Tarjeta de Identificación de Afiliado
2. Deben completarse todas las casillas
3. Envíe (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 parte responsable (solo menores de edad)**	

Paso 2: Información sobre los recibos

1. Incluya copias de los recibos originales Y comprobante de pago de cada beneficio. Pegue con cinta los recibos en una página aparte y envíelos con este formulario de reembolso.
2. Si usted está enviando más de dos (2) beneficios, proporcione la información requerida en una hoja adicional.
3. Los recibos deben incluir el desglose de todos los artículos adquiridos. Si a su recibo le falta esta información, solicite a la empresa una copia impresa que incluya los datos desglosados.
4. Recuerde guardar una copia del formulario de reclamos completado y de los recibos para sus registros.

Beneficio Utilizado		**Fecha de Recepción de los Servicios**
Empresa que Presta el Servicio		
Dirección de la Empresa		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Recibo(s) Incluido(s) ☐ **Sí** ☐ **No**	**Comentarios**	

Humana Healthy Horizons® in Florida

Formulario de Reembolso de Beneficios Ampliados (EB, por sus siglas en inglés)

Beneficio Utilizado		Fecha de Recepción de los Servicios
Empresa que Presta el Servicio		
Dirección de la Empresa		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Recibo(s) Incluido(s) ☐ **Sí** ☐ **No**	**Comentarios**	

Paso 3: Envío con firma

- Dispondrá de seis (6) meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios para presentar el reembolso.
- Una vez completadas todas las secciones de este formulario, fírmelo y féchelo. Su firma indica que acepta toda la información de este formulario y que los recibos adjuntos enviados son correctos.

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

Cualquier servicio adicional recibido que supere los beneficios ampliados aprobados será responsabilidad del afiliado.

Para agilizar el proceso de análisis, envíe este formulario completado por correo electrónico o fax con todas las copias de los recibos originales a la siguiente dirección:

Correo electrónico: Fax: **855-510-0041**

Dirección postal:

Humana Expanded Benefits c/o Expanded Benefits Administrator
P.O. Box 3114
Louisville, KY 40201

Consulte la sección de beneficios del Manual para Afiliados si desea conocer los beneficios que pueden considerarse para el reembolso. Su Manual para Afiliados se puede consultar en es-www.Humana.com/FloridaHandbook.

Spanish: Aviso sobre No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y 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 militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Humana Inc. provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, personas con discapacidades o que necesiten modificaciones razonables, recursos y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes acreditados de lengua de señas e información escrita en otros idiomas y formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si cree que Humana, Inc. no ha provisto estos servicios o siente que ha sufrido discriminación, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **800-477-6931 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

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.

Este aviso está disponible en **es-www.Humana.com/FloridaAccessibility**.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

FLHMEDRSP_ITN25_0225_Aprobado

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

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

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

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

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

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

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。

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

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

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

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

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

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

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี