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

Este formulario debe enviarse dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios para que se considere el reembolso.

Paso 1: Información del afiliado/a

1. Su número de identificación de Humana (HUMID) está en su tarjeta de identificación del afiliado
2. Todas las casillas deben completarse
3. Envíe (1) formulario por afiliado/a

Nombre del afiliado/a	**HUMID (número de identificación de Humana)**	**Número de identificación de Medicaid**
Dirección		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Firma	**Nombre en letra de molde del tutor o responsable (solo para menores de edad)**	

Paso 2: Información del recibo

1. Incluya copias de los recibos originales Y comprobante de pago de cada beneficio. Adjunte los recibos en una página separada y envíelo con este formulario de reembolso.
2. Si presenta más de dos (2) beneficios, proporcione la información requerida en una página de papel adicional.
3. Los recibos deben incluir los detalles de todos los artículos comprados. Si a su(s) recibo(s) le falta(n) algo de esta información, solicite a la empresa una copia impresa que incluya los detalles de la información.
4. Recuerde guardar una copia del formulario de reclamaciones completo y los recibos para sus registros.

Beneficio utilizado	**Fecha de servicios recibidos**	
Empresa que prestó los servicios		
Dirección de la empresa		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Recibo(s) incluido(s) ☐ **Sí** ☐ **No**	**Comentarios**	

Humana
Healthy Horizons®
in Oklahoma

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

Beneficio utilizado		**Fecha de Servicios Recibidos**
Empresa que prestó los servicios		
Dirección de la empresa		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Recibo(s) incluido(s) ☐ **Sí** ☐ **No**	**Comentarios**	

Paso 3: Enviar con firma

- Tendrá seis (6) meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios para solicitar el reembolso.
- Una vez que se completen todas las secciones de este formulario, fírmelo y añada la fecha. Su firma indica que usted acepta que toda la información contenida en este formulario y en los recibos adjuntos presentados es correcta.

Se tomará una decisión sobre su solicitud de reembolso dentro de los noventa (90) días posteriores a la recepción del formulario completo y los recibos.

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

Para una consideración más rápida, envíe este formulario completo por correo electrónico o fax con todas las copias de los recibos originales a:

Correo electrónico: **OKMCDSDOH@humana.com**
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 Afilados para conocer los beneficios que se pueden considerar para el reembolso. Su Manual para Afiliados se puede encontrar en es-www.humana.com/OklahomaHandbook.

Humana
Healthy Horizons®
in Oklahoma

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **855-223-9868 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., horario central. 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, 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.

- 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 **855-223-9868** 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, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **855-223-9868 (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 Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
855-223-9868 (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.

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。

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

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

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

မြ�န်မာနို�ငံ (Burmese) အခမဲ့ �ဘာသာစကား �အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများ �ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်း�ပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

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

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່�ອຮັບບໍລິການ ຊ່�ວຍເຫືອດ້ານພື້າສ້າຟຣີ.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปท่�หมายเลขด้านบนเพื่�อรับบริการช่วยเหล่อด้านภาษาฟร่

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

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᎧᏴᏓᏏ ᎾᏍᎩ ᎦᎫᏔᎫᏟ ᎫᏎᏍᏓ ᎾᎢ ᎠᏎᏯ ᎦᏬᏂᎯᏍᎫ ᏅᎾᏓᏍᏕᎸᎫ ᎢᏣᎾᏓᏛᏁᎫᎢ.

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