



Formulario de apelación o queja formal

Si tiene una queja o apelación relacionada con su plan de Humana o con cualquier aspecto de su cuidado, queremos saberlo y ver cómo podemos ayudarle. Puede usar este formulario para informarnos qué sucedió y cómo se siente. Proporcione información completa para que podamos acercarle su dificultad al asociado más adecuado para ayudarle.

Puede enviarnos este formulario, junto con cualquier documento de respaldo (como recibos, expedientes médicos o una carta de su médico), por correo o fax:

Dirección: Humana Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax: 888-556-2128

1 ¿Quién es el afiliado?

Nombre del afiliado (primer nombre y apellido)		
Número de identificación de afiliado de Humana		Fecha de nacimiento del afiliado (MM/DD/AA)
Persona que actúa en nombre de afiliado (si es otra persona que no sea el afiliado)		
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

2 ¿Cuál fue la dificultad?

Primero, ayúdenos a comprender de qué se trató:

- Un medicamento
- Un servicio médico (o equipo médico)
- Una dificultad que no está relacionada con un servicio médico ni medicamento específico

En el caso de un servicio médico o medicamento específico, proporcione los detalles:

Servicio o medicamento
Proveedor (médico, centro, profesional que receta)
¿Ya recibió el servicio médico o el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Su apelación necesita procesarse de manera acelerada? Las apelaciones aceleradas solo son adecuadas para los servicios que no se hayan prestado y si usted y su proveedor consideran que esperar una decisión estándar podría provocar daños graves a su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de funcionalidad. Para procesar una apelación acelerada, necesitaremos que su proveedor comparta una declaración en la que se indique por qué debe ser acelerada su solicitud.

Marque esta casilla si necesita una decisión acelerada en un plazo de 72 horas y tiene una declaración de respaldo de su proveedor.

3 ¿Necesita designar a un representante?

Omita esta sección si usted es el afiliado y actúa en su propio nombre.

Si usted no es el afiliado y no está seguro de tener autorización para tratar con Humana en nombre del afiliado, complete esta sección con el afiliado. (Tenga en cuenta: Si usted es un proveedor o representante legal, deberá completar un Formulario de Designación de un representante por separado que puede encontrar [aquí](#)).

Número de identificación de afiliado de Medicare o HICN (como figura en la tarjeta de Medicare del afiliado)		
Nombre del representante (primer nombre y apellido)		Relación con el afiliado
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

4 Firmar y enviar

Firma del afiliado (o médico que prescribe)

Fecha

Firma del representante autorizado (si completó la sección 3)

Fecha

Gracias por tomarse el tiempo para informarnos sobre esta dificultad. Nos comunicaremos con usted si tenemos alguna pregunta y volveremos a hacerlo tan pronto como finalicemos nuestra investigación de la dificultad.

Humana es una organización Medicare Advantage HMO, PPO y PFFS, y un plan con cobertura de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

