

Formulario de apelación, queja o queja formal

Si tiene una queja o apelación relacionada a su plan de Humana o cualquier aspecto de su cuidado, queremos saber sobre ello y ver cómo podemos ayudar. Puede utilizar este formulario para decirnos qué sucedió y cómo se siente. Provea información completa, para que podamos llevar su asunto al empleado que mejor le pueda ayudar.

Este formulario, junto con cualquier documento complementario (tales como recibos, expedientes médicos o una carta de su proveedor) puede ser enviado a nosotros por correo o fax:

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

Número de fax: 1-888-556-2128

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 del afiliado (si es alguien diferente del afiliado)		
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

2 ¿Cuál fue el asunto?

Primero, ayúdenos a entender de qué se trató esto:

- ☐ Un medicamento
- ☐ Un servicio médico (o equipo médico)
- ☐ Un asunto no relacionado a un medicamento o servicio médico específico

Para un medicamento o servicio médico específico provea los siguientes detalles:

Servicio o medicamento	
Proveedor (Médico, Centro, Médico que receta)	
Número de teléfono del proveedor (con código del área)	Número de fax del proveedor
¿Ya ha recibido el servicio o el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del servicio (MM/DD/AA)	Número de reclamación (si tiene uno)

2 ¿Cuál fue el asunto? (continuación)

¿Qué deberíamos saber sobre este asunto? Sea lo más específico que pueda en relación a lo que sucedió y quien estuvo involucrado. Incluya cualquier fecha de servicio o contacto con los empleados de Humana, proveedores de cuidado de la salud o farmacias. Si se le termina el espacio, puede escribir al reverso o agregar una página adicional.

¿Qué información adicional puede compartir? Adjunte copias de cualquier información o documentos complementarios que debamos revisar, como recibos de medicamentos o servicios ya pagados, expedientes médicos o una carta de su proveedor.

¿Qué documentos ha adjuntado?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibo(s) | <input type="checkbox"/> Carta de su proveedor |
| <input type="checkbox"/> Factura(s) médica(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Debe ser acelerada su apelación? Las apelaciones aceleradas solamente son apropiadas para servicios que aún no han sido prestados, y si usted y su proveedor piensan que esperar por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima. Para procesar una apelación acelerada, necesitaremos que su proveedor nos indique en una declaración por qué su solicitud debería ser acelerada.

- ☐ Marque esta casilla si necesita una decisión acelerada dentro de 72 horas, y tiene una declaración de apoyo de su proveedor.

3 ¿Necesita nombrar a un representante?

Omita esta sección si usted es un afiliado actuando en su nombre.

Si usted no es el afiliado y no está seguro si está autorizado a trabajar con Humana en nombre del afiliado, complete esta sección con el afiliado. (Nota: si usted es un proveedor o representante legal, deberá completar un Formulario de Nombramiento de Representante separado que se puede encontrar en espanol.humana.com).

Yo, _____, nombro a _____
Nombre del afiliado Nombre del representante

a actuar en nombre de _____ en conexión con cualquier
Nombre del afiliado (o dependiente del afiliado)
reclamación de cobertura o beneficios identificados en este caso, incluyendo el recibo de cualquier aprobación o autorización que se requiera antes del servicio médico. Autorizo a mi representante a recibir cualquier información relacionada con este caso que se me asigna, y a actuar en mi nombre y en representación del dependiente menor de edad, si fuera mencionado anteriormente, para proveer información solo al plan de salud del grupo en relación con los reclamos, aprobaciones o autorizaciones en disputa. Este documento no tiene como fin autorizar el acceso a ninguna información de salud personal que no esté relacionada con los reclamos, aprobaciones o autorizaciones en disputa.

Yo, _____, por la presente, acepto el nombramiento anteriormente indicado.
Nombre del representante

Identificador de beneficiario de Medicare del afiliado (MBI, por sus siglas en inglés) o Número de identificación del afiliado de Medicare (HICN, por sus siglas en inglés)		
Nombre del representante (primer nombre y apellido)		Vínculo con el afiliado
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono (con código de área)

4 Firme y envíe

Firma del afiliado (o médico que receta)

Fecha

Firma del representante autorizado (si usted completó la sección 3)

Fecha

Gracias por tomarse el tiempo de informarnos sobre este asunto. Nos pondremos en contacto con usted si tenemos cualquier pregunta, y le responderemos tan pronto como completemos nuestra investigación del asunto.

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

Aviso de no discriminación

Humana Inc y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su 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. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, 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, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por 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)**.

Afiliados de California:

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Cuidado de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, llamando al **916-440-7370 (TTY: 711)**, enviando un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo postal a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Formularios de quejas disponibles en: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available.
Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជូនម្រងផ្សេងៗជំនួយសមាជិក
រកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ
ໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodoonííígíí diné bich'í'
anídahazt'í'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì'
hodíílnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty.
Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e
outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки,
вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру
877-320-1235 (TTY: 711).

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y
servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na
pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.
877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు
అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

-**877-320-1235 (TTY: 711)** اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định
dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ሆላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ
877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsà` [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fáńa-nyo, kè nyo-baŭn-po-kà bɛ́ bɛ́
nyuɛɛ se wídí pɛ̀ɛ-pɛ̀ɛ dò ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtilẹ̀hìn ìrànłọ̀wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe
877-320-1235 (TTY: 711).

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था)
सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।