

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

Consulte la sección de beneficios del Manual para Afiliados para conocer los beneficios de valor agregado que se pueden considerar para el reembolso. Puede encontrar su Manual para Afiliados en es-www.humana.com/KentuckyHandbook.

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 para el reembolso.

Paso 1: Información del afiliado

1. Su Número de Identificación de Humana (HUMID, por sus siglas en inglés) está en su Tarjeta de Identificación del Afiliado
2. Se deben completar todas las casillas
3. Envíe (1) formulario por afiliado

| | | |
|---------------------|--|----------------|
| Nombre del Afiliado | HUMID (ID de Humana) | ID de Medicaid |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Firma | Nombre en letra de imprenta del Tutor o responsable (menores únicamente) | |

Paso 2: Información del recibo

1. Incluya copias de los recibos originales Y el comprobante de pago de cada beneficio. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página aparte y envíelos con este formulario de reembolso.
2. Si envía más de dos (2) beneficios, brinde la información requerida en una hoja de papel adicional.
3. Los recibos deben incluir el desglose de todos los artículos comprados. Si sus recibos no tienen esta información, solicite a la compañía una copia impresa que incluya el desglose de la información.
4. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y de los recibos para sus registros.

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Beneficio Utilizado | Fecha de Recepción de los Servicios |
| Empresa que Prestó el Servicio | |
| Dirección de la Empresa | |

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

| | | |
|---|-------------|-------------------------------------|
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Recibos Incluidos Sí No | Comentarios | |
| Beneficio Utilizado | | Fecha de Recepción de los Servicios |
| Empresa que Prestó el Servicio | | |
| Dirección de la Empresa | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Recibos Incluidos Sí No | Comentarios | |

Paso 3: Enviar firmado

- Tendrá seis (6) meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios para presentar el reembolso.
- Cuando haya completado todas las secciones, firme y feche el formulario. Su firma indica que está de acuerdo con toda la información en este formulario y que los recibos adjuntos enviados son correctos.

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

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

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

• **KYMCDPopulationhlth@humana.com**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra línea de Recursos Comunitarios para la Salud de la Población de Medicaid de Kentucky al **866-331-1577 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del este.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora central.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

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.

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。

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

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

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

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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。

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

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

Deutsch (Pennsylvania Dutch): Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

Oroomiffa (Oromo): Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

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

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

Ikirundi (Bantu – Kirundi): Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/KentuckyDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc. KYHMEDSSP_Approved