

Formulario de Reembolso de Viáticos por Pernocta de Medicaid

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

Cualquier servicio adicional que se reciba que supere los beneficios aprobados será responsabilidad del afiliado.

Paso 1: Información para el Afiliado

1. El número de identificación del afiliado de Humana (HUMID) se encuentra en la tarjeta de ID del afiliado
2. Se deben completar todas las casillas
3. Envíe un (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 parte responsable (solo para menores de edad)	

Paso 2: Información del Recibo

1. Incluya todas las copias de los recibos originales Y el comprobante de pago del beneficio. Pegue con cinta adhesiva los recibos a una página aparte y envíelos con este formulario de reembolso.
2. Los recibos de alojamiento deben mostrar un desglose de todos los costos. Si a los recibos les falta alguna de esta información, solicite a la Compañía de Alojamiento una impresión que incluya el desglose de la información.
3. Los recibos de restaurantes deben mostrar el nombre del restaurante, la fecha, la hora (si está disponible), y la cantidad monetaria.
4. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y de los recibos para sus registros.

Beneficio de Alojamiento/Restaurante Durante la Noche		Fecha	
Nombre del Alojamiento/Restaurante	Ciudad, Estado		
Cantidad Solicitada a Reembolsar	Recibo Incluido	Sí	No
Comentarios			

Beneficio de Alojamiento/Restaurante Durante la Noche		Fecha	
Nombre del Alojamiento/Restaurante	Ciudad, Estado		
Cantidad Solicitada a Reembolsar	Recibo Incluido	Sí	No
Comentarios			

Beneficio de Alojamiento/Restaurante Durante la Noche		Fecha	
Nombre del Alojamiento/Restaurante	Ciudad, Estado		
Cantidad Solicitada a Reembolsar	Recibo Incluido	Sí	No
Comentarios			

Beneficio de Alojamiento/Restaurante Durante la Noche		Fecha	
Nombre del Alojamiento/Restaurante	Ciudad, Estado		
Cantidad Solicitada a Reembolsar	Recibo Incluido	Sí	No
Comentarios			

Beneficio de Alojamiento/Restaurante Durante la Noche		Fecha	
Nombre del Alojamiento/Restaurante	Ciudad, Estado		
Cantidad Solicitada a Reembolsar	Recibo Incluido	Sí	No
Comentarios			

Paso 3: Enviar Firmado

- Envíelo en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de los servicios.
- Cuando haya completado todas las secciones, firme y feche el formulario. La firma del afiliado o de los tutores legales indica que toda la información en este formulario y en los recibos adjuntos presentados es correcta..

Para que sea considerado más rápidamente, envíe este formulario completado por correo electrónico o fax con todas las copias de los recibos originales a:

Correo electrónico: **ExpandedBenefitsreimbursement@humana.com**

Fax: 855-510-0041

Dirección postal:

Humana Travel Benefit c/o Expanded Benefits Administrator

P.O. Box 3114

Louisville, KY 40201

A los fines del reembolso, consulte las siguientes tarifas

Beneficio	Tarifa del Reembolso	Limitaciones/Exclusión
Alojamiento	\$80 o menos por noche por una habitaci	Todos los pagos que excedan la cantidad del beneficio serán responsabilidad del afiliado.
Desayuno	\$6 por afiliado y 1 persona más	
Almuerzo	\$11 por afiliado y 1 persona más	
Cena	\$19 por afiliado y 1 persona más	

Humana Healthy Horizons in Florida reembolsa el alojamiento y un viático por comidas para todos los viajes nocturnos a la tarifa del gobierno de Florida de acuerdo con la Sección 112.061.F.S*

*“Non-Emergency Transportation Services”, (Servicios de transporte que no son de emergencia) Florida Medicaid, consultado por última vez el 05 de enero de 2022, https://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.330_NET_Coverage_Policy_Adoption.pdf.

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 ayudarlo.

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 કૌલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี