

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 para el reembolso.

Paso 1: Información del afiliado

1. Su Número de Identificación de Humana (HUMID, por sus siglas en inglés) figura 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		
Ciudad	Estado	Código Postal
Recibos Incluidos ☐ Sí ☐ No	Comentarios	

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

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 sobre su solicitud de reembolso dentro de los noventa (90) días posteriores a la recepción del formulario completado y los recibos.
Cualquier servicio adicional recibido que supere los beneficios ampliados aprobados será responsabilidad del afiliado.

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

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

Fax: **614-369-3902**

Dirección postal:

Humana Member Experience

P.O. Box 14225

Louisville, KY 40512

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

Para ayudarle a comprender este aviso, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, interpretación y recursos auxiliares sin costo para usted. Los servicios disponibles incluyen, entre otros, traducción oral, traducción escrita y recursos auxiliares. Usted puede solicitar estos materiales llamando al **877-856-5702 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 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.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

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

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

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

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

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

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

Kinyarwanda (Burundi): Hamagara numero yatanzwe haruguru kugira ngo uhabwe serivisi z'ubufasha bw'indimi ku buntu.

O'zbekcha (Uzbek): Til yuzasidan bepul yordam olish uchun yuqoridagi raqamga qo'ng'iroq qiling.

پښتو (Pashtu): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

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

ትግርኛ (Tigrinya):- ነፃ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ንምርካብ በዚ ኣብ ላዕሊ ዘሎ ቁፅሪ ይደውሉ።

دری (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

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

Humana Healthy Horizons in Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

OHMQVPSP_0725_Approved