Formulario de solicitud de apelación

Si tiene una queja o queja formal, complete y envíe este formulario a Humana para iniciar el proceso de apelación. Humana debe recibir el formulario completado **en un plazo de 60 días posteriores al** evento que está apelando.

Si no completa y envía este formulario en un plazo de 60 días, su apelación puede ser desestimada o denegada.

Proporcione todos los datos solicitados y explique el problema en detalle. Incluya el/los nombre(s) de la(s) persona(s) de Humana con la(s) que ha tratado y las fechas en las que se produjeron los hechos concretos. Utilice más papel si es necesario. Adjunte copias de cualquier documento de respaldo que desee que se tenga en cuenta.

Información del afiliado	
Nombre del afiliado:	Identificación del afiliado:
Dirección postal del afiliado:	
Ciudad, estado, código postal:	
N.° de teléfono:	Correo electrónico:
Fecha del evento desencadenante:	
Tutor del afiliado (si corresponde):	
Número de teléfono del tutor:	

Representante autorizado (si corresponde)

Yo, _____, autorizo a _____ a actuar como mi representante en relación con la apelación. Autorizo a mi representante a presentar pruebas, obtener información sobre mi apelación y recibir avisos en relación con mi apelación. Entiendo que mi información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) puede ser divulgada a mi representante. Entiendo que mi PHI puede incluir información sobre trastornos o tratamientos por drogas o alcohol, trastornos o tratamientos de salud mental y enfermedades contagiosas o no contagiosas. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de esta información. Mi representante estará disponible para representarme en la fecha y la hora de la audiencia de apelación fijada por Humana. No tengo un tutor legalmente designado, o mi tutor legalmente designado por la presente da su consentimiento para esta autorización.

_____ _____

Firma del afiliado Fecha

Humana
Healthy Horizons®
in Oklahoma

Explíquenos por qué presenta esta solicitud en el espacio a continuación. Sea lo más detallado posible y proporcione todas las fechas que pueda. Incluya lo que le gustaría que Humana hiciera al respecto. (Si necesitas más espacio, utilice otra hoja de papel)

Aviso importante para los afiliados de SoonerSelect cuyos beneficios o servicios han sido suspendidos o reducidos:

Debe solicitar una apelación y su apelación debe ser recibida por Humana. Su apelación deberá presentarse en un plazo de 60 días calendario posteriores a la fecha de su aviso. Puede solicitar que sus servicios continúen mientras se revisa su apelación. Debe solicitar la continuación de los servicios en un plazo de 10 días calendario posteriores a la fecha de este aviso. También puede pedir que se suspendan sus servicios mientras se revisa su apelación. Si presenta una apelación en un plazo de 60 días calendario posteriores a la fecha de su notificación y no pide que se suspendan sus servicios, continuarán durante el período de revisión. Cuando su apelación no cambia la decisión del plan de salud, es posible que este le obligue a pagar los servicios que recibió mientras esperaba la toma de una decisión.

Si **no** desea que los servicios o beneficios continúen mientras su apelación está pendiente, marque la casilla a continuación: ☐ **No** deseo que continúen los servicios o beneficios mientras se resuelve mi apelación.

Firma del afiliado

Fecha

Envíe este formulario a:

Humana
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512-4163

Teléfono: **855-223-9868 (TTY: 711)**

Por fax: 800-949-2961

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. **855-223-9868 (TTY: 711)**, Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 5:00 p.m., Central time.

Humana Inc. and its subsidiaries comply with Section 1557 by providing free auxiliary aids and services to people with disabilities when auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate. Services include qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats.

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.

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

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。

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

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

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

မြန်မာနိုင်ငံ (Burmese) အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

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

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

اُردُو (Urdu) مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᏫᏴᏓᏏ ᎾᏍᎩ ᏕᏧᎳᏗᏣ ᏧᏎᏍᏓ ᎾᎢ ᎠᏎᏬ ᏕᏫᏂᏱᏍᏗ ᎧᎾᏓᏍᏚᏄᏗ ᎢᏳᎾᏓᏛᏁᏗᎢ.

فارسی (Farsi) .دیریگب سامت قوف ه ر امش اب ناگیار ت ر وصب ینابز تلایهست تفایرد ی ارب

This notice is available at **Humana.com/OklahomaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma is a Medicaid product of Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

OKHMEDXEN_Approved