

Continue your care with Humana Healthy Horizons

Children and adults with unique care needs—like going through a surgery or receiving home health care—need to continue to receive some services under their new plan.

Humana can work with you to help handle your care needs and gather local resources. We have a team of nurses, social workers and others who will work with you one-on-one.

Please fill out this form to help us know what is best for you. Send it back to us in the extra envelope that came with it. It is already paid for so you do not have to worry about that. We will then get ahold of you to help you, after that.

Please check the box or boxes that apply to you or someone in your family

Surgery or hospital visits you have planned after signing up

Home health care help you already get

Physical health equipment you are already using

Current medical treatment

Pregnancy due date: (MM/DD/YY) / /

Other conditions: _____

(This does not include pharmacy-related services like medications or prescriptions.)

Member information

Full name of member signing up (First/Middle/Last)		Date of birth (MM/DD/YY) / /
Address		
City	State	ZIP
Home phone ()	Work or cell phone ()	
Effective date of enrollment (MM/DD/YY)	ID number of member signing up (from ID card)	
Name and phone number of primary care physician (PCP)		
Name and phone number of doctor treating person signing up		
Anything else you'd like to add?		



Continúe su cuidado médico con Humana Healthy Horizons

Los niños y adultos con necesidades de cuidado únicas -como someterse a una cirugía o recibir cuidado de la salud en el hogar- deben continuar recibiendo algunos servicios bajo su nuevo plan.

Humana puede trabajar con usted para ayudarle a manejar sus necesidades de cuidado médico y reunir recursos locales. Contamos con un equipo de enfermeros, trabajadores sociales y otras personas que trabajarán con usted personalmente.

Complete este formulario para ayudarnos a saber qué es lo mejor para usted. Envíenoslo en el sobre adicional que venía con él. Ya está pagado para que no tenga que preocuparse por eso. Después de eso, nos pondremos en contacto con usted para ayudarle.

Marque la casilla o las casillas que correspondan a usted o a alguien de su familia

- Consultas quirúrgicas u hospitalarias que haya planificado después de inscribirse
- Ayuda con cuidado de la salud en el hogar que ya recibe
- Equipo de salud física que ya está utilizando
- Tratamiento médico actual
- Fecha prevista de parto: (MM/DD/AA) / /
- Otras afecciones: _____

(Esto no incluye servicios relacionados con farmacia como medicamentos o recetas).

Información del afiliado

Nombre completo del afiliado que se inscribe (nombre/segundo nombre/apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular ()	Teléfono celular o del trabajo ()	
Fecha de vigencia de la inscripción (MM/DD/AA)	Número de identificación del afiliado que se inscribe (de la tarjeta de identificación)	
Nombre y número de teléfono del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)		
Nombre y número de teléfono del médico que trata a la persona que se inscribe		
¿Algo más que quisiera añadir a esta información?		