

Notice of Privacy Practices

For your personal health information

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

The privacy of your personal and health information is important. You don't need to do anything unless you have a request or complaint.

We may change our privacy practices and the terms of this notice at any time, as allowed by law. Including information we created or received before we made the changes. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send the notice to our health plan subscribers.

What is personal and health information?

Personal and health information includes both medical information and personal information, like your name, address, telephone number, or Social Security number. The term "information" in this notice includes any personal and health information. This includes information created or received by a healthcare provider or health plan. The information relates to your physical or mental health or condition, providing healthcare to you, or the payment for such healthcare.

How do we protect your information?

We have a responsibility to protect the privacy of your information in all formats including electronic, written and oral information. We have safeguards in place to protect your information in various ways including:

- Limiting who may see your information
- Limiting how we use or disclose your information
- Informing you of our legal duties about your information
- Training our employees about our privacy program and procedures

How do we use and disclose your information?

We use and disclose your information:

- To you or someone who has the legal right to act on your behalf
- To the Secretary of the Department of Health and Human Services

We have the right to use and disclose your information:

- To a doctor, a hospital, or other healthcare provider so you can receive medical care.
- For payment activities, including claims payment for covered services provided to you by healthcare providers and for health plan premium payments.
- For healthcare operation activities. Including processing your enrollment, responding to your inquiries, coordinating your care, improving quality, and determining premiums.
- For performing underwriting activities. However, we will not use any results of genetic testing or ask questions regarding family history.
- To your plan sponsor to permit them to perform, plan administration functions such as eligibility, enrollment and disenrollment activities. We may share summary level health information about you with your plan sponsor in certain situations. For example, to allow your plan sponsor to obtain bids from other health plans. Your detailed health information will not be shared with your plan sponsor. We will ask your permission or your plan sponsor has to certify they agree to maintain the privacy of your information.
- To contact you with information about health-related benefits and services, appointment reminders, or treatment alternatives that may be of interest to you. If you have opted out as described below, we will not contact you.

Notice of Privacy Practices

(continued)

- To your family and friends if you are unavailable to communicate, such as in an emergency.
- To your family and friends, or any other person you identify. This applies if the information is directly relevant to their involvement with your health care or payment for that care. For example, if a family member or a caregiver calls us with prior knowledge of a claim, we may confirm if the claim has been received and paid.
- To provide payment information to the subscriber for Internal Revenue Service substantiation
- To public health agencies, if we believe that there is a serious health or safety threat
- To appropriate authorities when there are issues about abuse, neglect, or domestic violence
- In response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other lawful process
- For law enforcement purposes, to military authorities and as otherwise required by law
- To help with disaster relief efforts
- For compliance programs and health oversight activities
- To fulfill our obligations under any workers' compensation law or contract
- To avert a serious and imminent threat to your health or safety or the health or safety of others
- For research purposes in limited circumstances
- For procurement, banking, or transplantation of organs, eyes, or tissue
- To a coroner, medical examiner, or funeral director.

Will we use your information for purposes not described in this notice?

We will not use or disclose your information for any reason that is not described in this notice, without your written permission. You may cancel your permission at any time by notifying us in writing.

The following uses and disclosures will require your written permission:

- Most uses and disclosures of psychotherapy notes
- Marketing purposes
- Sale of personal and health information

What do we do with your information when you are no longer a member?

Your information may continue to be used for purposes described in this notice. This includes when you do not obtain coverage through us. After the required legal retention period, we destroy the information following strict procedures to maintain the confidentiality.

What are my rights concerning my information?

We are committed to responding to your rights request in a timely manner

- **Access** – You have the right to review and obtain a copy of your information that may be used to make decisions about you. You also may receive a summary of this health information. If you request copies, we may charge you a fee for the labor for copying, supplies for creating the copy (paper or electronic) and postage.
- **Adverse Underwriting Decision** – If we decline your application for insurance, you have the right to be provided a reason for the denial.
- **Alternate Communications** – To avoid a life-threatening situation, you have the right to receive your information in a different manner or at a different place. We will accommodate your request if it is reasonable.

Notice of Privacy Practices

(continued)

- **Amendment** – You have the right to request correction of any of this personal information through amendment or deletion. Within 30 business days of receipt of your written request, we will notify you of our amendment or deletion of the information in dispute, or of our refusal to make such correction after further investigation. In the event that we refuse to amend or delete the information in dispute, you have the right to submit to us a written statement of the reasons for your disagreement with our assessment of the information in dispute and what you consider to be the correct information. We shall make such a statement accessible to any and all parties reviewing the information in dispute.*
- **Disclosure** – You have the right to receive a listing of instances in which we or our business associates have disclosed your information. This does not apply to treatment, payment, health plan operations, and certain other activities. We maintain this information and make it available to you for six years. If you request this list more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee.
- **Notice** – You have the right to request and receive a written copy of this notice any time.
- **Restriction** – You have the right to ask to limit how your information is used or disclosed. We are not required to agree to the limit, but if we do, we will abide by our agreement. You also have the right to agree to or terminate a previously submitted limitation.

What types of communications can I opt out of that are made to me?

- Appointment reminders
- Treatment alternatives or other health-related benefits or services
- Fundraising activities

How do I exercise my rights or obtain a copy of this notice?

All of your privacy rights can be exercised by obtaining the applicable forms. You may obtain any of the forms by:

- Contacting us at **866-861-2762**
- Accessing our Website at **Humana.com** and going to the Privacy Practices link
- Send completed request form to:
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street Louisville, KY 40202

If I believe that my privacy has been violated, what should I do?

If you believe that your privacy has been violated you may file a complaint with us by calling us at **866- 861-2762** any time.

You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). We will give you the appropriate OCR regional address on request.

You can also email your complaint to **OCRComplaint@hhs.gov**. If you elect to file a complaint, your benefits will not be affected and we will not punish or retaliate against you in any way.

We support your right to protect the privacy of your personal and health information.

We follow all federal and state laws, rules, and regulations addressing the protection of personal and health information. In situations when federal and state laws, rules, and regulations conflict, we follow the law, rule, or regulation which provides greater protection.

We are required by law to abide by the terms of this notice currently in effect.

* This right applies only to our Massachusetts residents in accordance with state regulations.

Notice of Privacy Practices

(continued)

What will happen if my information is used or disclosed inappropriately?

We are required by law to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices regarding personal and health information.

If a breach of unsecured personal and health information occurs, we will notify you in a timely manner.

The following affiliates and subsidiaries also adhere to our privacy program and procedures:

Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan Inc.

CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company

CompBenefits Dental, Inc.

CompBenefits Insurance Company DentiCare, Inc.

Emphesys Insurance Company

Humana Dental Insurance Company

Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.

Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

Humana Benefit Plan of Texas, Inc.

Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.

Humana Health Company of New York, Inc.

Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.

Humana Health Plan of California, Inc.

Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Humana Health Plan of Texas, Inc.

Humana Health Plan, Inc.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.

Humana Insurance Company

Humana Insurance Company of Kentucky

Humana Insurance Company of New York

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Humana Medical Plan, Inc.

Humana Medical Plan of Michigan, Inc.

Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.

Humana Medical Plan of Utah, Inc.

Humana Regional Health Plan, Inc.

Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation

Go365 for Humana Healthy Horizons

Managed Care Indemnity, Inc.

The Dental Concern, Inc.

Effective Feb 1, 2022

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this document, call us at **866-432-0001 (TTY: 711)**. We are available Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m., Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the document in English or in your first language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Member Handbook regarding your rights.

Important!

At Humana, it is important you are treated fairly.

Humana Inc. and its subsidiaries do not discriminate or exclude people because of their race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, ancestry, ethnicity, marital status, religion, or language. Discrimination is against the law. Humana and its subsidiaries comply with applicable Federal Civil Rights laws. If you believe that you have been discriminated against by Humana or its subsidiaries, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
If you need help filing a grievance, call **866-432-0001** or if you use a TTY, call **711**.
- You can also file a civil rights complaint with the
South Carolina Department of Health and Human Services, Civil Rights Division
1801 Main Street, P.O. Box 8206, Columbia, South Carolina 29202,
888-808-4238, TTY: 888-842-3620, civilrights@scdhhs.gov. Complaint form is available at <https://msp.scdhhs.gov/crd/sites/default/files/Health%20Information%20Privacy%20Complaint%20Form.pdf>.
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights
electronically through their Complaint Portal, available at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, or at **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. **866-432-0001 (TTY: 711)**

Humana provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.

Humana Healthy Horizons in South Carolina is a Medicaid Product of Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

Language assistance services, free of charge, are available to you.
866-432-0001 (TTY: 711)

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。

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

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。

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

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

Aviso de prácticas de privacidad

Para su información personal de salud

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO CUIDADOSAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es de fundamental importancia. No tiene que hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley. Incluida la información que generamos o recibimos antes de haber efectuado los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud. Esto incluye la información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o una afección física o mental, con proporcionarle cuidado de la salud o con el pago de dicho cuidado de la salud.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida información electrónica, escrita y oral.

Entre los procedimientos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen los siguientes:

- Limitar el acceso de quienes pueden ver su información.
- Limitar el modo de uso o divulgación de su información.
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros empleados sobre nuestro programa y nuestros procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar en su nombre.
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran prestados por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades de operaciones de cuidado de la salud. Incluido el procesamiento de su inscripción, la respuesta a sus preguntas, la coordinación de su cuidado, la mejora de la calidad y la determinación de las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historial familiar.

Aviso de prácticas de privacidad

(continuación)

- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad, y actividades de inscripción y desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan debe certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para brindarle a usted información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si ha optado por no recibirla como se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A su familia y amigos si no podemos comunicarnos con usted, como en una emergencia.
- A su familia y amigos, o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente relevante para la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una amenaza grave a la salud o a la seguridad.
- A las autoridades pertinentes con respecto a asuntos como maltrato, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden, citación, solicitud de revelación u otro proceso legal de un tribunal o de carácter administrativo.
- A los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija de otro modo la ley.
- Para ayudar con esfuerzos de ayuda en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato de compensación laboral.
- Para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la obtención, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- A un médico forense, examinador médico o director de funeraria.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su autorización por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Comercialización
- Venta de información personal y de salud

Aviso de prácticas de privacidad

(continuación)

¿Qué hacemos con su información cuando deja de ser un afiliado?

Su información posiblemente siga siendo utilizada para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando no obtiene cobertura a través de nuestro plan. Después del período de retención legal obligatorio, destruimos la información según estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna

- **Acceso:** usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su persona. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, es posible que le cobremos un cargo por el trabajo de copiado, los suministros para crear la copia (papel o medios electrónicos) y el franqueo.
- **Decisión adversa sobre la suscripción:** si rechazamos su solicitud de cobertura de seguro, usted tiene derecho a que le proporcionen el motivo del rechazo.
- **Comunicaciones alternativas:** para evitar una situación que ponga en peligro la vida, usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera distinta o en un lugar diferente. Aceptaremos su solicitud si es razonable.
- **Enmienda:** tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier parte de esta información personal a través de una enmienda o eliminación. Dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos acerca de nuestra enmienda o eliminación de

la información que está en discusión, o nuestra negativa a realizar dicha corrección después de una investigación adicional. En caso de que rechazemos enmendar o eliminar la información que está en discusión, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información que está en discusión y lo que usted considera que es la información correcta. Haremos que dicha declaración sea accesible para todas y cada una de las partes que revisen la información que está en discusión.*

- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su información. Esto no aplica al tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y otras actividades seleccionadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- **Aviso:** usted tiene derecho a recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento que lo solicite.
- **Restricción:** tiene derecho a solicitar que se limite la forma en que se utiliza o divulga. No se nos exige aceptar la limitación, pero si lo hacemos, nos regiremos por nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o finalizar una limitación previamente presentada.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas
- Tratamientos alternativos u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

Aviso de prácticas de privacidad

(continuación)

¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al **866-861-2762**
- Acceda a nuestro sitio web **Español.Humana.com** y vaya al enlace de las Prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street Louisville, KY 40202

Si considero que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al **866-861-2762** en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le proporcionaremos la dirección regional de la OCR que corresponda si lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no lo sancionaremos ni tomaremos represalias contra usted de ninguna manera.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Cumplimos con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales que abordan la protección de la información personal y de salud. En situaciones en las que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales, cumplimos con la ley, norma o reglamentación que provea mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente vigente.

¿Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada?

Estamos obligados por ley a proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no segura, se lo notificaremos de manera oportuna.

Las siguientes afiliadas y subsidiarias también se adhieren a nuestros procedimientos y programa de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan, Inc.

CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company

CompBenefits Dental, Inc.

CompBenefits Insurance Company

DentiCare, Inc.

Emphesys Insurance Company

Humana Dental Insurance Company

Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.

Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

Humana Benefit Plan of Texas, Inc.

Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.

Humana Health Company of New York, Inc.

Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.

Humana Health Plan of California, Inc.

Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Humana Health Plan of Texas, Inc.

Humana Health Plan, Inc.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.

Aviso de prácticas de privacidad

(continuación)

Humana Insurance Company

Humana Insurance Company of Kentucky

Humana Insurance Company of New York

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Humana Medical Plan, Inc.

Humana Medical Plan of Michigan, Inc.

Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.

Humana Medical Plan of Utah, Inc.

Humana Regional Health Plan, Inc.

Humana Wisconsin Health Organization
Insurance Corporation

Go365 for Humana Healthy Horizons

Managed Care Indemnity, Inc.

The Dental Concern, Inc.

Vigente a partir del 1 de febrero de 2022

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **866-432-0001 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **866-432-0001** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **South Carolina Department of Health and Human Services, Civil Rights Division** 1801 Main Street, P.O. Box 8206, Columbia, South Carolina 29202, **888-808-4238**, **TTY: 888-842-3620**, civilrights@scdhhs.gov. El formulario de quejas está disponible en <https://msp.scdhhs.gov/crd/sites/default/files/Health%20Information%20Privacy%20Complaint%20Form.pdf>.
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-432-0001 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando

dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

Ofrecemos servicios de asistencia con el idioma sin cargo alguno.
866-432-0001 (TTY: 711)

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。

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

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。

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

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។