

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Parte 1: Información del afiliado

1. Complete toda la información de la Parte 1. Su número de identificación de Humana aparece en su tarjeta de identificación del afiliado.
2. Envíe los recibos de sus reclamaciones dentro del periodo de presentación especificado por su plan. **Tendrá 12 meses desde la fecha en que el medicamento recetado fue surtido para presentar su reclamación.** Si desea formular preguntas sobre el período de presentación, llame al número que figura al reverso de la tarjeta de identificación de afiliado.
3. Envíe un formulario por separado para cada integrante de la familia y cada farmacia en la que compra sus medicamentos.

Parte 2: Información del recibo

1. Incluya todos los recibos de la farmacia y **prueba de pago**. Adhiera con cinta adhesiva los recibos en una hoja aparte y envíela con el formulario de reclamación. Si el medicamento se suministró en una sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.
2. Los recibos deben tener la información descrita en la Parte 2. Si falta cualquiera de los datos especificados en los recibos, pida a su farmacia que le dé una copia impresa con la información requerida en la Parte 2.
3. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y de los recibos para sus registros.

Parte 3: Información de la farmacia

1. Proporcione información sobre la farmacia donde se recibieron los medicamentos.

Una vez que se hayan completado todas las secciones, firme y feche. Su firma corrobora que toda la información está representada fielmente por el formulario completado y los recibos adjuntos.

Envíe por correo el formulario completado y los recibos a: **Humana Pharmacy Solutions** o por fax al: **866-754-5362**
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Número de identificación de Humana
(no se podrá procesar la redamación sin este dato)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Residencia del paciente:

- Hogar
 Hogar de ancianos
 Residencia asistida
 Hogar grupal
 Centro de cuidado intermedio
 Hospicio

Apellido del afiliado

Nombre del afiliado

ISN

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Sexo

 Masculino Femenino

Teléfono del afiliado

PARTE 2: INFORMACIÓN DEL RECIBO

Asegúrese de que el recibo incluya los siguientes datos:

<input type="checkbox"/> Fecha de obtención de la receta	<input type="checkbox"/> Concentración del medicamento	<input type="checkbox"/> Precio de la receta (cantidad que usted paga incluidos los impuestos)
<input type="checkbox"/> Nombre del medicamento	<input type="checkbox"/> Forma farmacéutica	<input type="checkbox"/> Nombre del médico
<input type="checkbox"/> Número de la receta	<input type="checkbox"/> Cantidad	<input type="checkbox"/> Id. del médico (N.º NPI o DEA)
<input type="checkbox"/> Código farmacológico nacional	<input type="checkbox"/> Día(s) de suministro	<input type="checkbox"/> Si el medicamento es un compuesto, enumere los códigos farmacológicos nacionales de todos los ingredientes y la cantidad de cada uno.

Despachar como se especifica (DAW, por sus siglas en inglés): este código es un mensaje del médico al farmacéutico sobre el uso de genéricos. Si se aplica a sus medicamentos recetados, se encuentra en la etiqueta de la farmacia o se lo puede proporcionar su farmacia.

0 – No se aplica 1 – El médico exige que se surta un producto de marca 2 – El paciente exige que se surta un producto de marca

5 – Marca presentada como genérico 7 – Medicamento de marca exigido por las leyes estatales

PARTE 3: INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia

Id. de NCPDP de la farmacia

NPI de la farmacia

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono de la farmacia

 () -

Tipo de servicio de la farmacia

- Minorista Compuesto Infusión en el hogar Institucional Cuidados a largo plazo Organización de cuidado médico administrado
- Envío por correo Medicamentos especializados

DESCRIPCIÓN DE LA DIFICULTAD

- La farmacia no acepta mi plan de Humana
- La farmacia no pudo procesar mi reclamación electrónicamente
- Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra
- Se me cobró por los medicamentos recibidos durante una visita a la sala de emergencias
- Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta
- Se me administró una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio de mi médico
- Surtí mi medicamento durante una emergencia
- Tengo cobertura de medicamentos con un plan diferente al de Humana (coordinación de beneficios):

Nombre de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre del patrono: _____

ID del afiliado/a: _____

Explique la dificultad:

AVISO IMPORTANTE DE LA RECLAMACIÓN

Precaución: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información errónea; o (2) que oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho esencial de la misma, comete un acto fraudulento.

FIRME EL FORMULARIO:

Firma del afiliado X _____

Fecha ____ / ____ / ____

Declaraciones estatales específicas sobre advertencias de fraudes

Humana: Toda persona que con la intención de estafar, o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá estar sujeta a juicio y sanción por fraude de seguros. Si así lo determinamos, podríamos notificar a todas las agencias del orden público estatales y federales de cualquier sospecha de fraude. Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago que le hayamos hecho a usted, o a cualquier otra parte en su nombre, en función de cualquier tipo de información fraudulenta o engañosa. **Residentes de Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas retributivas o a encarcelamiento en prisión, o a cualquier combinación de ambas. **Residentes de Alaska, Delaware, Idaho, Maine, Minnesota, New Hampshire, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Tennessee, Texas, Virginia, Washington, West Virginia:** **ADVERTENCIA:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información errónea, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Residentes de Arkansas, Louisiana, Rhode Island:** Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida o un beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión. **Residentes de Arizona:** Para su protección la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida está sujeta a multas penales y civiles. **Residentes de California:** Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión del estado. **Residentes de Colorado:** Es ilegal facilitar información o datos erróneos, incompletos o engañosos a la compañía aseguradora con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, facilite información o datos erróneos o incompletos al titular de una póliza o al demandante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al demandante respecto al acuerdo o a la recompensa pagaderos según los procedimientos del seguro, será denunciado ante la División del Seguro del Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (Department of Regulatory Agencies - Colorado Division of Insurance). **Residentes del Distrito de Columbia:** **ADVERTENCIA:** Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudar al asegurador o cualquier otra persona. Las penas incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si la información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación fue proporcionada por el solicitante. **Residentes de la Florida:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado. **Residentes de Indiana:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa comete un delito. **Residentes de Kentucky, Pennsylvania:** Toda persona que de manera consciente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o, con el propósito de engañar, oculta información relacionada sustancialmente con los hechos de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y dicha persona queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o voluntariamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida de beneficio, o que, a sabiendas o voluntariamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión. **Residentes de New Jersey:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información errónea o engañosa queda sujeta a multas penales y civiles. **Residentes de New York:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información errónea u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho esencial de la misma comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito, y también somete a dicha persona a una multa civil que no puede superar los \$5,000 y el valor declarado de la reclamación para cada una de esas infracciones. **Residentes de Puerto Rico:** Cualquier persona que, de manera consciente y con la intención de defraudar, presente información falsa en un formulario de solicitud de seguro, o que presente una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida, incurrirá en delito grave, y al ser condenada será sancionada por cada violación con una multa no menor a cinco mil (5,000) dólares ni mayor a diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida de reclusión podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, ésta podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo incluirá la imposición de una multa administrativa no menor a mil (1,000) dólares ni mayor a cinco mil (5,000) dólares. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para que el asegurado o tercero reclamante cumpla con las disposiciones de este Capítulo.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de signos acreditados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidad cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al número en su tarjeta de identificación o, si utiliza un TTY, llame al 711. Si usted cree que Humana Inc. y sus subsidiarias han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (TTY: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちの ID カードに記載されている電話番号までご連絡ください (TTY: 711)。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jik'eh, éí ná hóló, námbuu ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dólzín bikáá'ígíí bee hólne' (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (رقم هاتف الصم والبكم: 711).