



Nº de identificación del afiliado:

DECLARACIÓN DE COBERTURA PREVIA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Fecha: _____

Nombre del afiliado:

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del plan de medicamentos recetados de Medicare: _____

Marque las casillas que se apliquen a su situación. Incluya la fecha o fechas de cobertura. Añada otra página si es necesario. Recuerde firmar al final del formulario.

Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de un empleador o sindicato, incluido el Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (FEHB, por sus siglas en inglés) desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____

Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de Medicaid, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) u otro plan financiado por mi estado.
_____ desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____

- Tuve cobertura para medicamentos recetados con los beneficios para VA (beneficios para veteranos, sobrevivientes o dependientes) desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura para medicamentos recetados con el programa TRICARE u otra cobertura militar desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve una póliza Medigap (Seguro complementario a Medicare) con cobertura válida* para medicamentos recetados desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura para medicamentos recetados con el Programa de Servicios de Salud para Comunidades Indígenas, Organización Tribal u Organización Urbana de Indígenas (I/T/U): desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura para medicamentos recetados con el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) de (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura válida* para medicamentos recetados de una fuente diferente a las incluidas aquí. Nombre de la otra fuente: _____ desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura de Humana desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tengo o tuve ayuda adicional de Medicare para pagar mi cobertura para medicamentos recetados desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Viví en un área afectada por el huracán Katrina en agosto de 2005 y me afilié a un plan para medicamentos recetados de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006. desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Tuve cobertura para medicamentos recetados con Puerto Rico Reforma desde (mm/aa) _____ hasta (mm/aa) _____
- Nunca he tenido cobertura válida* para medicamentos.

***"Válida" significa que la cobertura que tenía antes de afiliarse a Humana cubría las normas mínimas de Medicare.**

Por favor, complete esta sección

A mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Comprendo que si no tuve cobertura válida o no suministré prueba de cobertura válida para medicamentos recetados cuando se me solicitó, o ambas, es posible que mi prima sea mayor.

Entiendo que al firmar este documento (o si lo hace la persona autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo con las leyes del estado donde reside el individuo) doy fe de que he leído y comprendido el contenido de esta declaración. Si una persona autorizada, como se describe arriba, firma este documento, la firma certifica que:
1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para llenar este formulario y
2) la documentación relacionada con este poder está disponible previa solicitud por Humana por Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____ (mm/dd/aa)

Si usted es un representante autorizado, debe suministrar la siguiente información:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Número de teléfono: () _____ Relación con el afiliado: _____

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el personal de nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Si usa un TTY, marque 711. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada después de las 8:00 p.m. los sábados, domingos y algunos días festivos. Deje su nombre y número telefónico y nos comunicaremos con usted al final del siguiente día laboral. Para el servicio de 24 horas puede visitarnos en la página de internet espanol.humana.com. Asegúrese de guardar una copia de esta carta en sus archivos.

Humana es una organización Medicare Advantage HMO, PPO y PFFS y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias (“Humana”) cumplen con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye a nadie ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Humana provee:

- 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 1-877-320-1235 o envíe un correo electrónico a accessibility@humana.com, o si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o le ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, 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 1-877-320-1235, 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 EE. UU.**, 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 al:

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 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 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。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłtí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).