

Formulario de solicitud de reconsideración de multa por inscripción tardía (LEP) en la Parte D

Fecha: _____

Nombre del afiliado/a: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

Número de Medicare: _____

(De la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)

Nombre del Plan de medicamentos de la Parte D actual: _____

IMPORTANTE: Se requiere la firma del afiliado/a en este formulario para procesar una apelación. Complete, firme y envíe esta solicitud a la dirección indicada al final de este formulario, o envíelo al número de fax indicado, en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta que recibiera indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si transcurren más de 60 días, explique las razones del retraso en una hoja aparte y envíela junto con este formulario.

Su caso **solamente** será revisado por una o más de las razones siguientes. **Marque todas las casillas que correspondan para usted.**

_____ **Tuve cobertura válida de medicamentos recetados.** Por favor, complete lo siguiente (use una hoja aparte, de ser necesario):

Nombre del Plan: _____

Fecha de cobertura (mm/dd/aaaa) de ____/____/____ a ____/____/____

Dirección y teléfono del Plan: _____

Nombre del empleador anterior/sindicato/otra aseguradora: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Envíe información adicional que pueda servir a su caso. De ser posible, incluya evidencia de cobertura para medicamentos recetados "válida*" anterior. Los ejemplos de "cobertura válida" incluyen:

- Si tuvo cobertura para medicamentos a través de un plan de empleador o sindicato: proporcione una copia del Aviso de Cobertura para medicamentos recetados válida o Certificado de cobertura para medicamentos recetados anterior válida del plan.

- Si tuvo cobertura para medicamentos del Departamento de asuntos para veteranos (VA, por sus siglas en inglés): proporcione cualquiera de lo siguiente: Aviso de Cobertura para medicamentos recetados válida; una copia de su tarjeta de Beneficios de salud VA; una carta del VA certificando su elegibilidad; o una Explicación de beneficios (EOB).

**válida significa que su cobertura anterior satisfacía los estándares mínimos de Medicare.*

_____ Tuve cobertura para medicamentos recetados, pero no obtuve un aviso que claramente explicara si mi cobertura era válida.

- **RECORDATORIO:** La mayoría de los planes que no pertenecen a Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados deben enviar a sus afiliados un aviso explicativo de cómo se compara su cobertura para medicamentos recetados con la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Los planes pueden proporcionar esta información en su manual de beneficios o en un aviso escrito aparte. Estos planes incluyen cobertura del empleador o sindicato.
- También, el “Certificado de Cobertura válida” que pudo haber recibido al momento de terminar su cobertura de salud no significa que su cobertura para medicamentos recetados satisfacía los estándares de Medicare de cobertura para medicamentos recetados, salvo que el aviso específicamente indicara que usted tenía cobertura para medicamentos recetados “válida” que pagaría tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- Si no sabe si su cobertura para medicamentos recetados era válida, tal vez quiera enviar una carta a su plan anterior y preguntar si su cobertura con ellos era válida. Adjunte una copia de su carta y la respuesta cuando envíe este formulario. Asegúrese de incluir cualquier otra información que haya recibido de su plan anterior, que describa su cobertura para medicamentos recetados durante los meses que se le está cobrando un LEP.
- La cobertura para medicamentos recetados es un **seguro**. NO se trata de muestras médicas, programas/tarjetas de descuento, clínicas gratuitas o sitios web con descuentos para medicamentos.

_____ No era elegible para la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare durante el periodo indicado por mi plan actual de medicamentos de Medicare.

- Por ejemplo: Usted residía fuera de los Estados Unidos durante el periodo de inscripción inicial.
- Debe presentar prueba, como prueba de residencia fuera del país.

_____ No pude inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare debido a una emergencia médica severa.

- Debe presentar prueba de haber experimentado una emergencia médica crítica (por ejemplo: hospitalización inesperada) que afectó su capacidad para inscribirse oportunamente en el plan Parte D de Medicare.

_____ **Tengo o tuve ayuda adicional de Medicare para pagar mi cobertura para medicamentos recetados.**

- Fecha(s) de la ayuda adicional de _____ a _____.
- Adjunte una página aparte, de ser necesario.

_____ **Viví en una zona afectada por el huracán Katrina durante la fecha del huracán en agosto de 2005 y me afilié a un plan de medicamentos de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006.**

- Adjunto evidencia de mi residencia en el 2005.
- Nombre de la parroquia _____

A mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mi firma (o la firma de quien me representa) en este documento significa que he leído y he entendido el contenido de la presente solicitud. Con la firma de este formulario autorizo a cualquier entidad para la divulgación de información requerida por Medicare para la revisión de mi multa por inscripción tardía en el plan de medicamentos recetados de Medicare.

Firma del afiliado/a o representante

Fecha

Con la firma de este formulario, autorizo a cualquier entidad para la divulgación de información requerida por Medicare o su contratista independiente (C2C Federal Services) para revisar mi apelación de multa por inscripción tardía de la Parte D de Medicare. Certifico que la información dada en este formulario es cierta, veraz y completa. Entiendo que de haber presentado documentación falsa, haber hecho o dados testimonios falsos o haber ocultado cualquier hecho material, pudiera ser sujeto de una acción civil o penal.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LOS REPRESENTANTES: Si usted quiere que otra persona, como un miembro de la familia, amistad o médico presente una solicitud de reconsideración en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llame a Humana al 1-800-457-4708 y descubra más sobre la designación de un representante.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI LA PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD ES DISTINTA AL AFILIADO/A:

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado/a: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Adjunte documentación que muestre que tiene autorización para representar al afiliado/a, como el Formulario CMS-1696.

RECORDATORIO: Envíe por correo o fax este formulario y cualquier otra información adicional a C2C (Contratista para apelaciones de Medicare). Recuerde incluir su número de Medicare en cualquier documento que envíe. **NO** envíe documentos originales.

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D LEP Reconsiderations
P.O. Box 44165
Jacksonville, FL 32231-4165
Número de Fax: (833) 946-1912
Servicio al Cliente: (833) 919-0198

Si necesita más información, visite el sitio web de C2C en www.medicarepartdappeals.com o llame a Humana al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Puede llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada después de las 8 p.m., los sábados, domingos y algunos días festivos. Deje su nombre y número de teléfono. Le regresaremos la llamada antes del final del próximo día hábil.

¡PARE! ¿FIRMÓ ESTE FORMULARIO?