

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE TRANSICIÓN RECIENTEMENTE ELEGIBLE PARA INGRESOS LIMITADOS (LI NET)

¿Qué es el Programa de Transición Recientemente Elegible para Ingresos Limitados (LI NET)?

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura de medicamentos temporal para personas con Medicare que califican para el subsidio por bajos ingresos (LIS) o “Ayuda adicional” y no tienen cobertura de medicamentos recetados.

Complete este formulario para inscribirse en este programa

- Complete la sección 1 e incluya uno de los documentos de la lista de documentación de respaldo aceptable.
- Envíe la información por correo a
LI NET
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310
por fax al 1-877-210-5592

¿Cuándo debo usar este formulario?

Use este formulario si no se ha inscrito a través de ninguna de estas formas:

- Inscripción automática por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Inscripción de punto de venta en una farmacia
- Solicitud de reembolso directo por medicamentos recetados que usted pagó de su bolsillo

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente* y su número de teléfono

¿Qué ocurre después?

Después de que procesemos su inscripción, recibirá una carta de bienvenida con información e instrucciones.

Para recibir ayuda con este formulario

Llame a la mesa de ayuda de LI NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Vaya a Humana.com/LINETresources.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Humana al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Si en este momento está en situación de calle

- *Si quiere inscribirse en LI NET pero no tiene una residencia permanente, puede indicar una casilla de correo, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (como sus cheques de Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Declaración de divulgación PRA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los patrocinadores de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de beneficiarios, para mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las secciones 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esa información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” (Medicamento recetado de Medicare Advantage, Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan. En virtud de la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá privada en la medida que lo exige la ley.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene obligación a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1441. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 15 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, historias clínicas ni ningún documento que contenga información confidencial al área de PRA de la Oficina de Autorización de Informes (PRA Reports Clearance Office). Tenga en cuenta que cualquier correspondencia no relacionada con la responsabilidad de recopilación de información aprobada en virtud del número de control de OMB asociado indicado en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a dónde presentar sus documentos, consulte "Para ayuda con este formulario" en esta página para enviar su formulario completado al patrocinador de LI NET.

Sección 2 (opcional):

Contestar estas preguntas queda a su criterio. No se le puede negar cobertura porque no las haya completado.

Seleccione un idioma a continuación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letras grandes CD de audio CD de datos

Contacte a LINET al 1-800-783-1307 si necesita información en un formato accesible que no sea ninguno de los antes enumerados. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Aviso de no discriminación

El programa Limited Income NET (LI NET, por sus siglas en inglés) cumple con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. LI NET:

- Provee a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-783-1307 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este. Si cree que LI NET no ha provisto estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al coordinador de No Discriminación de LI NET en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-783-1307 (TTY: 711)**, o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de No Discriminación de LI NET puede ayudarle.

También puede presentar una queja 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 teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados de California:

Residentes de California: también pueden llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California al **800-927-HELP (4357)** para presentar una queja formal.

Si necesita ayuda con una queja formal que no ha sido resuelta por Humana o queda sin resolver por más de 30 días, puede llamar al Departamento de atención de la salud administrada de California al: **888-466-2219** o TDD **877-688-9891**, o también puede visitar el sitio web: **www.dmhc.ca.gov**.

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/member/medicare-linet-pharmacy-resources](https://www.humana.com/member/medicare-linet-pharmacy-resources)**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-783-1307 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-783-1307 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-783-1307 (听障专线: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-783-1307 (聽障專線: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-783-1307 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-783-1307 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-783-1307 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-783-1307 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-783-1307 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными

услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-783-1307 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-800-783-1307. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-783-1307 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोळिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-783-1307 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-783-1307 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-783-1307 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-783-1307 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-800-783-1307 (TTY : 711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。