

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

Fecha: _____

Nombre del afiliado: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

Número de Medicare: _____

(Se encuentra en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

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

IMPORTANTE: En este formulario, se requiere una firma por parte del afiliado para procesar una apelación. Complete, firme y envíe esta solicitud a la dirección que figura al final de este formulario, o envíela por fax al número que figura en el formulario, en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la carta que usted recibió en la que se indica que tiene que pagar una multa por inscripción tardía.

Si han pasado más de **60 días**, explique el motivo de la demora en una hoja aparte y envíela junto con este formulario.

Su caso ***solo*** se revisará por una o más de las siguientes razones. **Marque todas las opciones que correspondan en su caso.**

_____ **Tenía otra cobertura válida para medicamentos recetados.** Complete lo siguiente (utilice una hoja aparte, si fuera necesario):

Nombre del plan: _____

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

Dirección y teléfono del plan: _____

Nombre del empleador, sindicato o aseguradora anteriores:

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

Envíe cualquier información adicional que pueda ser de utilidad para su caso. De ser posible, proporcione evidencia de coberturas "válidas*" para medicamentos recetados anteriores. Entre los ejemplos de "cobertura válida," se incluyen:

- Si tenía una cobertura de medicamentos de un plan de un empleador o un sindicato, proporcione una copia del Aviso de cobertura válida para medicamentos recetados o del Certificado de cobertura válida para medicamentos recetados previa de ese plan.
- Si tuvo cobertura de medicamentos por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), proporcione cualquiera de las siguientes pruebas: Aviso de cobertura válida para medicamentos recetados; una copia de su Tarjeta de beneficios de cuidado médico de VA; una carta de VA que certifique su elegibilidad; o una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).
- Si tiene cobertura de medicamentos a través del Servicio de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés), de una tribu u organización tribal o de una Organización indígena urbana (I/T/U), proporcione una copia de lo siguiente: la tarjeta de inscripción al IHS, una carta en la que se verifica su elegibilidad y/o su afiliación.

**Válida significa que su cobertura anterior cumplió con los estándares mínimos de Medicare.*

_____ **Yo tenía cobertura de medicamentos recetados, pero no recibí un aviso que explicara claramente si mi cobertura de medicamentos era válida.**

- **RECORDATORIO:** La mayoría de los planes que no son de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados deben enviar a los afiliados un aviso en el que se explique cómo se compara su cobertura de medicamentos recetados con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Los planes pueden proporcionar esta información en su manual de beneficios o como notificación por escrito por separado. Estos planes incluyen coberturas de un empleador o de sindicatos.
- Además, el "certificado de cobertura válida" que usted podría haber recibido cuando finalizó su cobertura de salud no significa que su cobertura de medicamentos recetados fuera tan buena como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare, a menos que en el aviso se mencionara específicamente que tenía cobertura "válida" para medicamentos recetados

que pague tanto como paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

- Si no sabe si su cobertura de medicamentos recetados era válida, es posible que le convenga enviar una carta a su plan anterior y preguntarle si la cobertura que le brindaban era válida. Adjunte una copia de su carta y de la respuesta que le den cuando envíe este formulario. También, asegúrese de incluir cualquier otra información que haya recibido de su plan anterior que describa su cobertura de medicamentos recetados durante los meses en que se le está cobrando una LEP.
- La cobertura de medicamentos recetados es un **seguro**. NO se trata de muestras de médicos, tarjetas o programas de descuento, clínicas o medicamentos gratuitos o sitios web de descuentos en medicamentos.

_____ **No reuní los requisitos para afiliarme en un plan de medicamentos de Medicare durante el período indicado por mi plan actual de medicamentos de Medicare.**

- Por ejemplo: usted vivió fuera de los Estados Unidos durante su período de inscripción inicial.
- Debe presentar una prueba, como una prueba de residencia en el exterior.

_____ **No pude afiliarme en un plan de medicamentos de Medicare debido a una emergencia médica grave.**

- Debe presentar pruebas que demuestren que sufrió una emergencia médica grave (por ejemplo, una hospitalización inesperada) que afectó su capacidad para afiliarse oportunamente en un plan de la Parte D de Medicare.

_____ **Recibo o recibí Ayuda Adicional de Medicare para pagar mi cobertura de medicamentos recetados.**

- Fecha(s) de la Ayuda Adicional del _____ al _____.
- Adjunte una hoja aparte, si fuera necesario.

_____ **Vivía en un área afectada por el huracán Katrina cuando el huracán azotó el área en agosto de 2005 y me uní a un plan de medicamentos de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006.**

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

La información de este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que me representa) en este formulario significa que he leído el contenido de esta solicitud y que lo comprendo. Al firmar este formulario, doy permiso a cualquier entidad para divulgar la información que Medicare necesite para revisar la multa por inscripción tardía al plan de medicamentos recetados de Medicare.

Firma de la persona afiliada o del representante

Fecha

Al firmar este formulario, doy permiso a cualquier entidad para divulgar la información que Medicare o su contratista independiente (C2C Innovative Solutions, Inc.) necesiten para revisar mi apelación a la multa por inscripción tardía a la Parte D de Medicare. Certifico que la información en este formulario es exacta, precisa y completa. Entiendo que, si he presentado documentos falsos, he hecho reclamaciones o declaraciones falsas o he ocultado cualquier hecho importante, podré estar sujeto a sanciones civiles o penales.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LOS REPRESENTANTES: Si usted desea que otra persona, como un miembro de la familia, un amigo o un médico, solicite una reconsideración en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llame a Humana al **1-800-457-4708** para obtener más información sobre cómo nombrar un representante.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD NO ES LA PERSONA AFILIADA:

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado, como el Formulario CMS-1696.

RECORDATORIO: Envíe por correo postal o fax este formulario y cualquier información adicional al C2C (contratista de apelaciones de Medicare):

Recuerde incluir su número de Medicare en cualquier material 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 <https://partdappeals.c2cinc.com>, o llame a Humana al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.

Puede comunicarse con nosotros los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio durante las 24 horas, puede visitarnos en **es-www.humana.com**.

¡ALTO! ¿FIRMÓ ESTE FORMULARIO?

