

Formulario de Solicitud de Reconsideración para la Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D (LEP)

Por favor use (1) Formulario de Solicitud de Reconsideración para cada Afiliado.

Fecha: _____

Nombre del Afiliado: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Número de reclamación del Seguro de salud de Medicare o Identificados de Beneficiario de Medicare: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del plan de Medicamentos de Parte D actual: _____

Número de contrato del plan de Medicamentos de Parte D actual: _____

IMPORTANTE: Se requiere la firma del afiliado en este formulario para poder procesar la apelación. Complete, firme y envíe por correo postal esta solicitud a la dirección que aparece el final de este formulario, o envíelo por fax al número indicado en este formulario dentro de 60 días a partir de la fecha de la carta que recibió notificando que tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía. Si han pasado más de 60 días, explique su razón para la demora en una hoja aparte y envíela junto a este formulario.

Marque todos los encasillados que le apliquen:

Tuve otra cubierta de medicamentos recetados tan buena como la de Medicare (cubierta acreditable). Favor brindar evidencia de la cubierta de medicamentos recetados acreditable anterior. Por ejemplo:

- Si usted tuvo una cubierta de medicamentos de un plan de su patrono o union, brinde una copia de la Notificación de Cubierta de Medicamentos Recetados Acreditable o una Certificación de Cubierta de Medicamentos Recetados Anterior del plan de su patrono o unión.
- Si tuvo cubierta de medicamentos con el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), favor brindar cualquiera de las siguientes: Notificación de Cubierta de Medicamentos Recetados Acreditable; una copia de su tarjeta de Beneficios de Salud de VA; una carta de VA certificando su elegibilidad; o una Explicación de Beneficios (EOB).
- Si tuvo cubierta de medicamentos a través del Servicio de Salud para la Población Indígena, una Organización de una Tribu o Tribal, o una Organización para la Población Indígena Urbana (I/T/U), favor brindar una copia de cualquiera de las siguientes: tarjeta de registro de "IHS"; una carta validando su elegibilidad y/o afiliación.

Nombre de patrono/unión/otra aseguradora anterior: _____

Fechas de cubierta (MM/DD/AAAA) desde _____ hasta _____

Dirección y Teléfono del plan: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Formulario de Solicitud de Reconsideración para la Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D (LEP)

- Tuve cubierta de medicamentos recetados pero no recibí una notificación que claramente explicara si mi cubierta de medicamentos era una cubierta acreditable.

Recuerde: La mayoría de los planes que no son de Medicare y que ofrecen cubierta de medicamentos recetados, como una cubierta de patrono o unión, tienen que enviar a sus asegurados una notificación explicando cómo su cubierta de medicamentos recetados se compara con la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Los planes deben brindar esta información en sus manuales de beneficios o como una notificación escrita separada.

Si usted desconoce si su cubierta de medicamentos recetados era acreditable:

Para ayudar a su caso, podría enviar una carta a su plan anterior y preguntar si su cubierta era acreditable. Incluya su carta y cualquier respuesta a este formulario. No debe esperar a recibir respuesta antes de enviar este formulario de solicitud, y no hay necesidad de enviar una carta si su cubierta anterior era con un plan de la Parte D de Medicare.

- Entiendo que el LEP es incorrecto porque no era elegible para afiliarme a un plan de la Parte D de Medicare durante el periodo indicado por mi actual plan de la Parte D de Medicare. Ejemplo: usted vivió fuera de Estados Unidos durante el periodo de afiliación inicial indicado por su plan de la Parte D de Medicare. Tiene que someter prueba de por qué usted entiende que el LEP es incorrecto, como evidencia de residencia fuera del área.
- Entiendo que el LEP es incorrecto porque no pude afiliarme en un plan de la Parte D de Medicare por una emergencia médica seria. Tiene que someter prueba que usted tuvo una emergencia médica seria (ejemplo, una hospitalización imprevista) que afectó su habilidad de afiliarse a un plan de la Parte D de Medicare a tiempo.
- Yo tengo/tuve asistencia adicional de Medicare para pagar mi cubierta de medicamentos recetados.
- Fechas de asistencia adicional: desde _____ hasta _____
 - Use una hoja aparte si es necesario.

Al firmar este formulario, doy permiso a cualquier entidad a divulgar información necesaria para Medicare o su contratista independiente (C2C Innovative Solutions Inc.) para revisar mi apelación para la penalidad por afiliación tardía a la Parte D de Medicare.

Certifico que la información en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que de someter cualquier documento falso, hacer alguna reclamación o declaración falsa, u omitir hechos relevantes, podría estar sujeto a responsabilidad civil o criminal.

Firma del afiliado

Fecha

- Asegúrese de incluir su número de Reclamación del Seguro de Salud de Medicare o su Identificador de Beneficiario de Medicare en cualquier material que usted envíe.
- No envíe documentos originales.
- Asegúrese que el afiliado y el representante, si aplica, hayan firmado este formulario.

Apelación Medicare: _____
(Para uso de C2C
solamente)

Formulario de Solicitud de Reconsideración para la Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D (LEP)

Envíe este formulario y cualquier hoja adicional a:

Correo Regular:

C2C Innovative Solutions, Inc
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231- 4166

Mensajero o Correo Rastreado como FedEx or UPS:

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 600
Jacksonville, FL 32202

Fax libre de costo: (833) 710-0580

Dirección del Portal Web: <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>

Nota sobre los Representantes:

Si usted desea que otro individuo, como un familiar, amigo, o su doctor, soliciten una reconsideración por usted, ese individuo tiene que ser su representante.

Complete la forma de Nombramiento de Representante Autorizado incluida solamente si usted desea que otro individuo lo represente para esta apelación.