

## Formulario 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 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 al 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 cubierta de Medicare (cubierta acreditable).

Favor brindar evidencia de la cubierta acreditable de medicamentos recetados previa. Por ejemplo:

- Si usted tuvo una cubierta de medicamentos de un plan de su patrono o unión brinde una copia de la Notificación de Cubierta Acreditable de Medicamentos Recetados o una Certificación de Cubierta Previa de Medicamentos Recetados del plan de su patrono o unión.
- Si tuvo cubierta de medicamentos con el Departamento de Asuntos de Veterano (VA, por sus siglas en inglés), favor brindar cualquiera de las siguientes: Notificación de Cubierta

Acreditable de Medicamentos Recetados; 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 Tribal o Tribu, 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 del patrono/unión/otro asegurador: \_\_\_\_\_

Fechas de cubierta (mm/dd/aaaa) de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección y teléfono del plan: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- 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 previa 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.

- Fecha(s) de asistencia adicional: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.
- De ser necesario utilice una hoja por separado.

Al firmar este formulario, doy permiso a cualquier entidad para divulgar la 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 de Afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**Envíe este formulario y cualquier hoja adicional a:**

Correo Regular:

C2C Innovative Solutions, Inc  
Part D Drugs Reconsiderations  
P.O. Box 44165  
Jacksonville, FL 32231-4165

Mensajero o Correo Rastreado como FedEx o UPS:

C2C Innovative Solutions, Inc  
Part D Drugs Reconsiderations  
301 W. Bay St., Suite 1110  
Jacksonville, FL 32202

Fax libre de costo: (833) 946-1912

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

**Nota sobre representante:**

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

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

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

ATENCION: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

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1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)。

**Aviso de Confidencialidad:** Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.