

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

Utilice un (1) formulario de solicitud de reconsideración por 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 actual de medicamentos de la Parte D: _____

Número de contrato del plan (p. ej., H1234): _____

IMPORTANTE: Se exige la firma del afiliado en este formulario para procesar la apelación. Complete, firme y envíe por correo postal esta solicitud a la dirección que se encuentra al final de este formulario, o envíela por fax al número que se indica en el formulario dentro de los 60 días desde la fecha que se encuentra en la carta que recibió y donde se indicó que debía pagar una multa por la inscripción tardía. Si han pasado más de 60 días, explique la razón del retraso en una hoja separada y envíela con este formulario.

Marque todas las casillas que correspondan:

- ☐ Tenía otra cobertura para medicamentos con receta tan buena como la de Medicare (cobertura acreditable). Proporcione evidencia de una cobertura para medicamentos con receta acreditable anterior. Por ejemplo:
- Si tuvo una cobertura para medicamentos otorgada por un plan de un empleador o un sindicato, proporcione una copia del Aviso de cobertura para medicamentos con receta acreditable o un Certificado de cobertura para medicamentos con receta acreditable anterior otorgada por un plan de un empleador o sindicato.
 - Si tuvo o tiene cobertura para medicamentos otorgada por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), proporcione alguno de los siguientes documentos: Aviso de cobertura para medicamentos con receta acreditable; una copia de su Tarjeta de beneficios de salud del VA; una carta del VA en la que certifique la elegibilidad o una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).
 - Si tiene una cobertura para medicamentos otorgada por el Servicio de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés), una tribu o una organización tribal o por una organización indígena urbana (I/T/U), proporcione una copia de cualquiera de los siguientes documentos: tarjeta de registro del IHS; carta de verificación de elegibilidad o afiliación.

Nombre del empleador/sindicato/otra aseguradora anterior: _____

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

Dirección y teléfono del plan: _____

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

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

- ☐ Tenía cobertura para medicamentos con receta, pero no recibí un aviso que explicara claramente si mi cobertura para medicamentos era una cobertura acreditable.

Recordatorio: La mayoría de los planes que no pertenecen a Medicare y ofrecen cobertura para medicamentos con receta, como las coberturas otorgadas por un empleador o sindicato, deben enviar a los afiliados un aviso que explique cómo se compara su cobertura para medicamentos con receta con la cobertura otorgada por Medicare. Los planes pueden proporcionar esta información en su manual de beneficios o en un aviso escrito aparte.

Si no sabe si su cobertura para medicamentos con receta era acreditable, puede hacer lo siguiente:

Si es útil en su caso, puede enviar una carta a su plan anterior y consultar si su cobertura era acreditable. Adjunte su carta y la respuesta a este formulario. No debe esperar hasta que reciba una respuesta para enviar este formulario de solicitud y no es necesario que envíe una carta si su cobertura anterior era un plan de la Parte D de Medicare.

- ☐ Creo que en este caso la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) es incorrecta porque yo no reunía los requisitos para inscribirme en el plan de la Parte D de Medicare durante el período indicado por mi plan actual de la Parte D de Medicare. Ejemplo: usted vivió fuera de los Estados Unidos durante el período de inscripción inicial estipulado en su plan de la Parte D de Medicare. Debe presentar pruebas de por qué considera que la LEP es incorrecta, como una prueba de residencia en el exterior.
- ☐ Creo que en este caso la LEP es incorrecta porque no pude inscribirme en el plan de la Parte D de Medicare debido a una grave emergencia médica. Debe presentar pruebas de que sufrió una emergencia médica grave (p. ej., una hospitalización inesperada) que le impidió afiliarse a tiempo en un plan de la Parte D de Medicare.
- ☐ Tengo/tuve ayuda adicional de Medicare a fin de pagar mi cobertura para medicamentos con receta.
- Fechas de ayuda adicional: del _____ al _____
 - Utilice una hoja extra si es necesario.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que cualquier entidad divulgue información necesaria a Medicare o su contratista independiente (C2C Innovative Solutions Inc.) para que revisen mi apelación de la multa por inscripción tardía en el plan de la Parte D de Medicare.

Certifico que la información en este formulario es válida, exacta y completa. Entiendo que si he presentado documentación falsa, he hecho declaraciones o reclamaciones falsas o he ocultado algún hecho material, puedo ser inculcado por responsabilidad civil o penal.

Firma del afiliado

Fecha

- Asegúrese de incluir su número de reclamación del seguro de salud de Medicare o número de identificación del beneficiario de Medicare en todos los documentos que envíe.
- No envíe documentos originales.
- Asegúrese de que el afiliado y su representante, si corresponde, hayan firmado este formulario.

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

Envíe este formulario y todas las páginas adicionales a:

Servicio Postal de Estados Unidos
(USPS):

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

SOLAMENTE UPS/FedEx:

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

Fax de apelaciones para
afiliados:

Número gratuito
(833) 946-1912

Sitio web: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

Nota sobre los Representantes: Si desea que otra persona, como un familiar, amigo o su médico, solicite una reconsideración en su nombre, esa persona deberá ser su representante.

Complete el Formulario de nombramiento de representante adjunto solo si desea que otra persona lo represente para esta apelación.

Nombramiento de representante

Nombre de la parte	Número de Medicare (beneficiario como parte) o Identificador de proveedor nacional (proveedor como parte)
--------------------	---

Sección 1: Nombramiento de un representante

Debe completarlo la parte que busca representación (es decir, el beneficiario de Medicare o el proveedor):

Nombro a esta persona, _____, para que actúe como mi representante en relación con mi reclamación o derecho declarado en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas del Título XI de la Ley. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud, presentar u obtener evidencia, obtener información sobre las apelaciones y recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamación, apelación, reclamo o solicitud en su totalidad en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede divulgarse al representante que se indica a continuación.

Firma de la parte que busca la representación		Fecha
Dirección		Número de teléfono (con código de área)
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

Sección 2: Aceptación del nombramiento

Para que complete el representante:

Yo, _____, mediante el presente documento acepto el nombramiento anterior. Certifico que no he sido inhabilitado, suspendido o prohibido para ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés); que no estoy, en calidad de empleado actual o ex empleado de los Estados Unidos, inhabilitado para actuar como representante de la parte; y que reconozco que cualquier tarifa puede estar sujeta a revisión y aprobación por parte de la Secretaría.

Yo soy _____
(Estado profesional o relación con la parte; p. ej., abogado, familiar, etc.)

Firma del representante		Fecha
Dirección		Número de teléfono (con código de área)
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

Sección 3: Renuncia a tarifa por representación

Instrucciones: Esta sección se debe completar si el representante debe, o elige, renunciar a su tarifa por representación. (Tenga en cuenta que los proveedores que representan a un beneficiario y proporcionan los artículos o servicios no pueden cobrar una tarifa por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho a cobrar una tarifa por la representación de _____ ante la Secretaría del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al pago de los artículos o servicios en cuestión

Instrucciones: los proveedores que actúan como representantes de un beneficiario al que proporcionaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación implica una cuestión de responsabilidad en virtud del artículo 1879(a)(2) de la Ley. (El artículo 1879(a)(2) generalmente aborda el caso de si un proveedor o beneficiario no sabía, o no se podía esperar de manera razonable que supiera, que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho a cobrar el pago del beneficiario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se produce una determinación de responsabilidad en conformidad con §1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------

Cobro de tarifas por representar a los beneficiarios ante la Secretaría del HHS

Se requiere un abogado u otro representante de un beneficiario que desee cobrar una tarifa por los servicios prestados en relación con una apelación ante la Secretaría del HHS (es decir, una audiencia con un juez de derecho administrativo [ALJ, por sus siglas en inglés] o revisión de un abogado adjudicador por parte de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare [OMHA, por sus siglas en inglés], revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, o un procedimiento ante la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una remisión del tribunal federal de distrito) para obtener la aprobación de la tarifa de conformidad con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), sección 405.910(f).

El formulario "Petición para obtener una tarifa como representante" brinda la información necesaria para una petición de pago. El representante debe completarlo y se debe presentar con la solicitud para la audiencia con un ALJ, la revisión de la OMHA o la solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de la tarifa de un representante si: (1) el apelante está representado por un proveedor; (2) la tarifa es por servicios prestados en un cargo oficial, como el de tutor legal, comité o representante designado por un tribunal similar y el tribunal aprobó la tarifa en cuestión; (3) la tarifa es por representación de un beneficiario en un procedimiento en un tribunal federal de distrito; o (4) la tarifa es por representación de un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el o la representante desea renunciar a la tarifa, podrá hacerlo. La sección III de la parte delantera de este formulario se puede utilizar para ese propósito. En algunos casos, como se indica en el formulario, se **debe** renunciar a la tarifa por representación.

Aprobación de la tarifa

El requisito para la aprobación de las tarifas garantiza que un representante reciba un valor justo por los servicios realizados ante el HHS en nombre de un beneficiario y le brinda al beneficiario una medida de seguridad, ya que se determina que las tarifas son razonables. Al aprobar una tarifa solicitada, la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerará la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad y competencia necesarios para la prestación de los servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa a la que el representante llevó la apelación y el monto de la tarifa solicitada por el representante.

Conflicto de intereses

Las secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos tipifican como delito que ciertos funcionarios, empleados, exfuncionarios y exempleados de los Estados Unidos presten ciertos servicios en asuntos que afecten al Gobierno o que ayuden o asistan en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Las personas con un conflicto de intereses quedan excluidas de ser representantes de los beneficiarios ante el HHS.

Dónde enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar al que envía (o ya ha enviado) su: apelación si está presentando una apelación; reclamo o queja si está presentando un reclamo o queja; determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda adicional, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tiene el derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información.

En conformidad con la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de documentación) de 1995, ninguna persona debe responder a una obtención de información excepto que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta obtención de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta obtención es de 15 minutos por aviso, incluido el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene algún comentario en relación con la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.