

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

Use un (1) formulario de solicitud de reconsideración para cada persona inscrita.

Fecha: _____

Nombre del inscrito: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: (____) _____

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: Es necesario que la persona afiliada firme este formulario para procesar la apelación. Complete, firme y envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica al final de este formulario o por fax al número que se indica en este formulario en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en la carta que recibió, en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si han pasado más de 60 días, explique las razones de la demora en una hoja aparte y envíela junto con este formulario.

Marque todas las casillas que correspondan a su situación:

Tenía otra cobertura para medicamentos recetados que era equivalente a la de Medicare (cobertura acreditable).

Proporcione evidencia de la cobertura para medicamentos recetados acreditable anterior. Por ejemplo:

- Si tenía una cobertura para medicamentos de un plan de un empleador o sindicato, proporcione una copia del Aviso de cobertura para medicamentos recetados acreditable o del Certificado de cobertura para medicamentos recetados acreditable anterior del plan del empleador o sindicato.
- Si tenía o tiene cobertura para medicamentos con el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), proporcione cualquiera de los siguientes documentos: un Aviso de cobertura para medicamentos recetados acreditable, una copia de su Tarjeta de beneficios de salud de VA, una carta de VA en la que se certifique su elegibilidad o una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).
- Si tiene cobertura para medicamentos a través del Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés), una tribu u organización tribal o una Organización Urbana de Salud para Indígenas (I/T/U), proporcione una copia de cualquiera de los siguientes documentos: una carta de registro del IHS o una carta en que se verifique la elegibilidad y/o la inscripción.

Nombre del anterior empleador/sindicato/otra aseguradora: _____

Fechas de cobertura (MM/DD/AAAA) del _____ al _____

Dirección y teléfono del plan: _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

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

- Tenía cobertura para medicamentos recetados, 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 son de Medicare y que ofrecen cobertura para medicamentos, como la cobertura del empleador o del sindicato, deben enviar a los afiliados un aviso en que se expliquen las diferencias entre su cobertura para medicamentos recetados y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Los planes pueden proporcionar esta información en sus manuales de beneficios o como un aviso por escrito aparte.

Si no sabe si su cobertura para medicamentos recetados era acreditable:

Para ayudar con su caso, puede enviar una carta a su antiguo plan y preguntar si su cobertura era acreditable. Adjunte su carta y la respuesta a este formulario. Usted no debería esperar a recibir una respuesta antes de enviar este formulario de solicitud y no es necesario que envíe una carta si su antigua cobertura era de un plan de la Parte D de Medicare.

- Considero que la LEP es errónea porque no era elegible para inscribirme en un plan de la Parte D de Medicare durante el período establecido por mi actual plan de la Parte D de Medicare. Ejemplo: Usted vivía fuera de los Estados Unidos durante el período de inscripción inicial establecido por su plan de la Parte D de Medicare. Debe entregar pruebas de por qué considera que la LEP es errónea, como una prueba de residencia en el exterior.
- Considero que la LEP es errónea porque no pude inscribirme en un plan de la Parte D de Medicare debido a una emergencia médica grave. Debe entregar pruebas de que sufrió una emergencia médica grave (por ejemplo, una hospitalización inesperada) que afectó su capacidad para inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare de forma oportuna.
- Recibo/recibí ayuda adicional (Extra Help) de Medicare para pagar mi cobertura para medicamentos recetados.
- Fechas de la ayuda adicional (Extra Help): del _____ al _____
 - Use una hoja aparte de ser necesario.

Al firmar este formulario, autorizo a cualquier entidad a divulgar la información que Medicare o su contratista independiente (C2C Innovative Solutions Inc.) necesiten para revisar mi apelación de la multa por inscripción tardía de la Parte D de Medicare.

Certifico que la información de este formulario es verdadera, precisa y completa. Comprendo que, si he presentado documentos falsos, hecho reclamos o declaraciones falsas, u ocultado hechos materiales, puedo estar sujeto a responsabilidad civil o penal.

Firma de la persona inscrita

Fecha

- Asegúrese de incluir su número de Reclamación del seguro médico de Medicare o Identificador de beneficiario de Medicare en todos los documentos que envíe.
- No envíe los documentos originales.
- Asegúrese de que la persona inscrita y el representante, si corresponde, hayan firmado este formulario.

N.º de apelación de Medicare: _____
(Solamente para uso C2C)

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

Envíe este formulario y todas las páginas adicionales a:

<u>United States Postal Service (USPS):</u>	<u>SOLAMENTE UPS/FedEx:</u>	<u>Fax para apelaciones de afiliados:</u>
C2C Innovative Solutions, Inc.	C2C Innovative Solutions, Inc.	Línea gratuita (833) 946-1912
Part D LEP Reconsiderations	Part D LEP Reconsiderations	
P.O. Box 44165	301 W. Bay St., Suite 600	
Jacksonville, FL 32231 - 4165	Jacksonville, FL 32202	

Dirección del portal web: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

Nota sobre los representantes: Si desea que otra persona, como un familiar, un amigo o su médico, solicite una reconsideración por usted, dicha persona debe ser designada como su representante.

Complete el formulario de Designación de un representante adjunto solamente si desea que otra persona lo represente en esta apelación.

Designación de un representante

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

Sección 1: Designación de un representante

La debe completar la parte que busca representación (es decir, el beneficiario de Medicare, el proveedor o el suministrador):

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 con el Título XI de la Ley. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamación, apelación, queja formal o solicitud representándome completamente. Comprendo que se podría divulgar la información médica personal relacionada con mi solicitud al representante que se indica a continuación.

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

Sección 2: Aceptación de la designación

La debe completar el representante:

Yo, _____, por medio del presente documento, acepto la designación indicada anteriormente. Certifico que no se me ha inhabilitado, suspendido o prohibido ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés); que como empleado, actual o anterior de los Estados Unidos, no se me ha inhabilitado para actuar como representante de la parte; y que reconozco que cualquier honorario puede estar sujeto a revisión y aprobación por parte de la Secretaría.

Me desempeño como _____
(profesión o relación con la Parte, p. ej., abogado, familiar, etc.)

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

Sección 3: Renuncia al cobro de honorarios por representación

Instrucciones: Esta sección se debe completar si el representante solicita o elige renunciar al cobro de sus honorarios por representación. (Tenga en cuenta que los proveedores o suministradores que representan a un beneficiario y que han proporcionado los artículos o los servicios no pueden cobrar honorarios por la representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar y obtener honorarios por concepto de representación de _____ ante la Secretaría del HHS.

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

Sección 4: Renuncia al pago por artículos o servicios en cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suministradores que actúan como representantes para un beneficiario a quien proporcionaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación implica un asunto de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2), en general, aborda si un proveedor/suministrador o beneficiario no sabía, o no podía esperarse razonablemente que supiera, que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho de cobrar el pago del beneficiario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si una determinación de responsabilidad en virtud de la Sección 1879(a)(2) de la Ley se encuentra a discusión.

Firma

Fecha

Cobro de honorarios por representación de beneficiarios ante la Secretaría del HHS

Se requiere de un abogado, u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar honorarios por los servicios prestados en relación con una apelación ante la Secretaría del HHS (es decir, una audiencia del Juez de Derecho Administrativo [ALJ, por sus siglas en inglés], una revisión del abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare [OMHA, por sus siglas en inglés], una revisión a cargo del Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso judicial ante la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como consecuencia de una condena de un tribunal federal del distrito) para obtener la aprobación del honorario de acuerdo con el artículo 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), 405.910(f).

En el formulario “Recurso para obtener honorarios por representación”, se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorarios. El representante lo debe completar y adjuntar a la solicitud de audiencia con el ALJ, revisión de la OMHA o solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de honorarios de un representante si: (1) el apelante representado es un proveedor o suministrador; (2) el honorario se destina a los servicios prestados en una calidad oficial, tales como el de tutor legal, comité o representante nombrado por un tribunal similar y dicho tribunal ha aprobado el honorario en cuestión; (3) el honorario se destina a la representación de un beneficiario en un proceso judicial en el tribunal federal del distrito; o (4) el honorario se destina a la representación de un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de honorarios, puede hacerlo. La sección III en la parte anterior de este formulario se puede utilizar para dicho propósito. En algunos casos, según se indica en el formulario, se **debe** renunciar al cobro de honorarios por representación.

Aprobación de honorarios

El requisito para la aprobación de los honorarios garantiza que un representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante el HHS en representación de un beneficiario, y brinda al beneficiario la seguridad de que se determinará la razonabilidad de los honorarios. Para aprobar la solicitud de honorarios, la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerarán 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 obtenidos, el nivel de revisión administrativa al que el representante llevó la apelación y el monto de los honorarios solicitado por el representante.

Conflicto de interés

Los artículos 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos tipifican como delito penal para ciertos funcionarios, empleados y exfuncionarios y empleados de los Estados Unidos el hecho de prestar ciertos servicios en asuntos que afecten al Gobierno o ayudar en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos que tengan un conflicto de interés quedan excluidos para actuar como representantes de beneficiarios ante el HHS.

Dónde enviar este formulario

Envíe este formulario a la misma dirección donde enviará (o envió) lo siguiente: su apelación, si presenta una apelación; su queja formal o reclamo, si presenta una queja formal o reclamo; o una determinación o decisión inicial, si solicita una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda adicional, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comuníquese con su plan de Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene el derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letras grandes, sistema braille o audio. También tiene el derecho a presentar una queja si considera que fue 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.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un proceso de recopilación de información, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control de la OMB válido para recopilar esta información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta obtención de información es de 15 minutos por aviso, incluido el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene comentarios o inquietudes acerca de la exactitud de las estimaciones de tiempo o recomendaciones para mejorar este formulario, comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y escriba a la siguiente dirección: PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.