

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO POR EL PROGRAMA DE TRANSICIÓN RECIENTEMENTE ELEGIBLE PARA INGRESOS LIMITADOS (LI NET)

### ¿Qué es el Programa de Transición Recientemente Elegible Medicare para Ingresos Limitados (LI NET)?

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura de medicamentos temporal para personas con Medicare que califican para el subsidio por bajos ingresos (LIS) o “Ayuda adicional” y no tienen cobertura de medicamentos recetados.

### Maneras en que las personas se inscriben en el programa LI NET:

- Inscripción automática por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Inscripción de punto de venta en una farmacia
- Formulario de solicitud de LI NET
- <LI NET sponsor name> recibe esta solicitud de reembolso directo de usted

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Use este formulario si es elegible para un subsidio por bajos ingresos y está presentando recibos para solicitar el reembolso por medicamentos recetados que pagó de su bolsillo.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente\* y su número de teléfono
- Recibo(s)

### ¿Qué ocurre después?

- Envíe la información por correo a <LI NET sponsor address>, por fax a <LI NET sponsor fax number>, o por correo electrónico a <LI NET sponsor email address>.

<LI NET sponsor name> tiene 14 días calendario para responder si su solicitud es elegible o no para reembolso, incluyendo el motivo para denegar la solicitud (si corresponde).

Si <LI NET sponsor name> otorga su solicitud, hará lo siguiente:

- Le enviará su cheque de reembolso como máximo 30 días después de determinar que su reclamación es elegible para reembolso.
- Le inscribirá retroactivamente en el programa LI NET.

### Para recibir ayuda con este formulario

Llame a la mesa de ayuda de LI NET al <LI NET sponsor phone number>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <phone number/TTY>.

Vaya a <LI NET sponsor website>.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Si en este momento está en situación de calle

- \*Si quiere inscribirse en LI NET pero no tiene una residencia permanente, puede indicar una casilla de correo, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (como sus cheques de Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

#### Declaración de divulgación PRA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los patrocinadores de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de beneficiarios, para mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las secciones 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esa información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” (Medicamento recetado de Medicare Advantage, Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan. En virtud de la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá privada en la medida que lo exige la ley.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene obligación a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1441. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 15 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, historias clínicas ni ningún documento que contenga información confidencial al área de PRA de la Oficina de Autorización de Informes (PRA Reports Clearance Office). Tenga en cuenta que cualquier correspondencia no relacionada con la responsabilidad de recopilación de información aprobada en virtud del número de control de OMB asociado indicado en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a dónde presentar sus documentos, consulte "Para ayuda con este formulario" en esta página para enviar su formulario completado al patrocinador de LI NET.

## Sección 1

|  |  |   |         |  |                |
|--|--|---|---------|--|----------------|
| NOMBRE:  |  | APELLIDO:   |         | Inicial del segundo nombre (opcional): |                |
| Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)<br>(     /     /     )   |  | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |         | Número de teléfono:<br>(     )         |                |
| Dirección de residencia permanente<br>(No escriba una casilla de correo. Nota: Para las personas en situación de calle, una casilla de correo puede ser considerada su dirección de residencia permanente.): |  |   |         |  |                |
| Ciudad:  |  | Condado (opcional):   |         | Estado:                                | Código postal: |
| Dirección postal, si difiere de su dirección permanente (se permite una casilla de correo):<br>Dirección:  |  |   |         |  |                |
| Ciudad:  |  |   | Estado: |  | Código postal: |
| <b>Su información de Medicare:</b>   |  |   |         |  |                |
| Número de Medicare:                    - - - - - - - - - -   |  |   |         |  |                |
| Información presentada por: <input type="checkbox"/> Interesado <input type="checkbox"/> Cuidador/Defensor de pacientes <input type="checkbox"/> Otro  |  |   |         |  |                |
| Nombre (si no es la persona con Medicare):   |  |   |         |  |                |
| Número de teléfono: (     )  |  |   |         |  |                |

### IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) o médica (Parte B) para permanecer en el programa LI NET.
- Al unirme al programa LI NET, reconozco que LI NET compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de Divulgación PRA de lo anterior). Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, los datos que figuran en este formulario de inscripción son correctos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>Firma:</b>  |  | <b>Fecha de hoy:</b>      |  |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos espacios: |  |                           |  |
| Nombre:  |  | Dirección:                |  |
| Número de teléfono:  |  | Relación con el afiliado: |  |

**Proporcione una copia de recibos, impresión de la farmacia o comprobante del pago para el reembolso para reclamaciones elegibles pagadas de su bolsillo .**

**Usted tiene la opción de proporcionar uno de estos documentos con su solicitud para respaldar la verificación de elegibilidad.**

**Esta documentación puede incluir:**

- (A) Una copia de su tarjeta de Medicaid
- (B) Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social que muestre su situación de subsidio por bajos ingresos (LIS) o "Ayuda adicional"
- (C) La fecha en que llamó a la agencia de Medicaid de su estado para verificar su cobertura de Medicaid, el nombre y número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el período de Medicaid y las fechas de elegibilidad para Medicaid confirmadas en la llamada
- (D) Una copia de un documento de su estado que confirme que su estado de Medicaid está activo
- (E) Una serigrafía de los sistemas Medicaid de su estado que muestre su estado de Medicaid
- (F) Comprobante de una farmacia de que le facturaron a Medicaid y que Medicaid le hizo un pago
- (G) Documentación de inscripción en otros beneficios, como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)

## Sección 2 (opcional):

**Contestar estas preguntas queda a su criterio. No se le puede negar cobertura porque no las haya completado.**

Es origen hispanico, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispanico, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano/a, mexicano/a estadounidense, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, portorriqueño/a                              | <input type="checkbox"/> Sí, cubano/a   |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispanico, latino o español      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no contestar.</b>                       |   |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/a o afro estado unidense |
| Asiática:   | Nativo/a de Hawái o islas del Pacífico:                 |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a Indio/a                       | <input type="checkbox"/> Guameño/a o chamorro/a         |
| <input type="checkbox"/> Chino/a                                  | <input type="checkbox"/> Nativo/a hawaiano/a            |
| <input type="checkbox"/> Filipino/a                               | <input type="checkbox"/> Samoano/a                      |
| <input type="checkbox"/> Japonés/a                                | <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico      |
| <input type="checkbox"/> Coreano/a                                | <input type="checkbox"/> Blanco/a                       |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                               | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no contestar.</b>     |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática                       |   |

¿Cuál es tu género? Seleccione uno.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no contestar.</b>       |
| <input type="checkbox"/> No binario |  |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la imagen que tienes de ti mismo? Selecciona una opción.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual                     | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no gay o lesbiana | <input type="checkbox"/> No lo sé.                           |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                  | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no contestar.</b>       |

Seleccione un idioma a continuación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- [LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]*

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille       Letras grandes       CD de audio       CD de datos

Contacte a <LI NET sponsor name> al <LI NET sponsor phone number> si necesita información en un formato accesible que no sea ninguno de los antes enumerados. El horario de nuestra oficina es <LI NET sponsor days and hours of operation>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <TTY number>.

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

*[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*

Dirección de correo electrónico: