

SOLICITUD DE REVISIÓN DE SENTENCIA/DESESTIMACIÓN SOBRE MEDICARE DEL JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO (ALJ, por sus siglas en inglés)

1. APELANTE (la parte que solicita la revisión)	2. NÚMERO DE APELACIÓN AL ALJ (sobre la sentencia o la desestimación)
3. BENEFICIARIO*	4. NÚMERO DE RECLAMO DEL SEGURO DE SALUD (HICN, por sus siglas in Ingles)*

*Si la solicitud comprende varios reclamos o múltiples beneficiarios, adjunte una lista con los beneficiarios, los HICN y demás información para identificar todos los reclamos que se están apelando.

5. PROVEEDOR, MÉDICO O SUMINISTRADOR	6. PRODUCTOS O SERVICIOS ESPECÍFICOS
--------------------------------------	--------------------------------------

7. Tipo de reclamo de Medicare: Part A Part B Part C - Medicare Advantage
 Part D - Plan de medicamentos recetados Derecho a prestación/inscripción para la Parte A o Parte B

8. ¿Esta solicitud implica una autorización para un producto o servicio que todavía no se suministró?
 Sí Si la respuesta es afirmativa, pasar al Bloque 9.
 No Si la respuesta es negativa, fechas específicas del servicio:

9. Si la solicitud implica una autorización para un medicamento recetado conforme a la Parte D de Medicare, ¿podría la aplicación del plazo de apelación estándar poner en peligro la vida, salud o capacidad de recuperar las funciones máximas del beneficiario (tal como demuestre un médico) de modo que sea adecuado realizar una revisión urgente? Sí No

Solicito que el Consejo de Apelaciones de Medicare revise la sentencia o la desestimación [marque uno] del ALJ, de fecha _____. Estoy en desacuerdo con la actuación judicial del ALJ porque (especifique las partes de la sentencia o la desestimación del juez con la que no está de acuerdo y explique el motivo por el cual piensa que dicho juez cometió un error):

(Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio)

SÍRVASE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA SENTENCIA O DESESTIMACIÓN DEL ALJ QUE ESTÁ APELANDO.

FECHA			FECHA		
FIRMA DEL APELANTE (la parte que solicita a revisión)			FIRMA DEL REPRESENTANTE (incluye abogado asignado si no se ha sometido)		
ACLARACIÓN DE FIRMA			ACLARACIÓN DE FIRMA		
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO

(VER MÁS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 2)

Si tiene pruebas adicionales, preséntelas con esta solicitud para su revisión. Si necesita más tiempo, deberá solicitar una prórroga por escrito en este momento explicando el motivo por el cual no puede presentar pruebas o un alegato en este momento.

Si es un proveedor, suministrador o beneficiario representado por un proveedor o suministrador y un Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés) revisó su caso, el Consejo de Apelaciones de Medicare no considerará pruebas nuevas relacionadas con cuestiones que dicho QIC ya haya considerado, a menos que usted demuestre que tiene motivos suficientes para presentarlas por primera vez ante el Consejo de Apelaciones de Medicare.

IMPORTANTE: Incluya el HICN y el número de la apelación del ALJ en todas las cartas y demás documentación que presente.

Esta solicitud deberá recibirse en el transcurso de 60 días calendario luego de que reciba la sentencia o la desestimación del ALJ, a menos que otorguemos una prórroga para el vencimiento por motivos suficientes. Suponemos que recibió la sentencia o la desestimación 5 días calendario luego de que se emitió, a menos que demuestre que la recibió después. Si esta solicitud no se recibiera dentro de 65 días calendario a partir de la fecha de la sentencia o la desestimación, explique los motivos en una hoja por separado.

Deberá presentar su solicitud de revisión por escrito al Consejo de Apelaciones de Medicare a la siguiente dirección:

Department of Health and Human Services
 Departmental Appeals Board
 Medicare Appeals Council, MS 6127
 Cohen Building Room G-644
 330 Independence Ave., S.W.
 Washington, D.C. 20201

Podrá enviar su solicitud de revisión por correo postal de los EE.UU., un servicio de envíos común tal como FedEx o por fax al (202) 565-0227. Si envía un fax, no nos envíe también una copia por correo postal. **Deberá enviar una copia de su apelación a las demás partes e indicar que se envió una copia a todas las partes, incluyendo a todos los beneficiarios, en la solicitud de revisión. Para los reclamos que comprenden múltiples beneficiarios, podrá presentar una copia de las cartas de presentación emitidas o una planilla con los beneficiarios y los domicilios de quienes recibieron una copia de la solicitud de revisión.**

Si tiene preguntas sobre su solicitud de revisión o desea solicitar una revisión urgente de un reclamo que implique una autorización de su medicamento recetado conforme a la Parte D de Medicare, podrá comunicarse telefónicamente con el personal del Consejo de Apelaciones de Medicare en la División de Operaciones de Medicare de la Junta de Apelaciones Departamental al (202) 565-0100. También podrá visitar nuestro sitio web www.hhs.gov/dab para obtener más información sobre cómo presentar su solicitud de revisión.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La recopilación de la información en este formulario está autorizada por la Ley de Seguridad Social (Social Security Act), Artículo 205(a) del Título II, Artículo 702 del Título VII, Artículo 1155 del Título XI, y los Artículos 1852(g)(5), 1869(b)(1), 1871, 1872, y 1876(c)(5)(B) del Título XVIII, según corresponda). La información proporcionada se utilizará para documentar aún más su reclamo. La información solicitada en este formulario es voluntaria, pero la omisión por su parte de proporcionar la información solicitada podrá afectar la decisión sobre su reclamo. El Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Administración de Seguridad Social podrán revelar la información que nos proporcione en este formulario a un tercero u organismo gubernamental solo respecto de los programas conforme a la Ley de Seguridad Social y en cumplimiento de las leyes federales que exigen la divulgación de información o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Administración de Seguridad Social u otros organismos.