



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare

**SOLICITUD DE AUDIENCIA ANTE EL JUEZ DE
DERECHO ADMINISTRATIVO (ALJ, POR SUS SIGLAS
EN INGLÉS) O REVISIÓN DE LA REVOCACIÓN****SECCIÓN 1: ¿CUÁL PARTE DE MEDICARE ESTÁ USTED APELANDO (SI SE CONOCE)?** *(Marque una)*

☐ PARTE A ☐ PARTE B ☐ PARTE C *(Medicare Advantage)* ☐ PARTE D *(Plan de Medicamentos Recetados)*
O PLAN DE COSTOS DE MEDICARE

SECCIÓN 2: ¿QUÉ PARTE ES USTED O A QUÉ PARTE REPRESENTA? *(Marque una)*

- ☐ El **beneficiario** o afiliado de **Medicare**, o un sucesor (como un patrimonio), que recibió o solicitó los artículos o servicios que están siendo apelados, o está apelando un problema del Pagador Secundario de Medicare.
- ☐ El **proveedor** o **distribuidor** que proporcionó los artículos o servicios al beneficiario o afiliado de Medicare, una **agencia estatal de Medicaid** o un **plan aplicable** que apela un problema del Pagador Secundario de Medicare.
- ☐ Otro. Por favor explique:

SECCIÓN 3: ¿CUÁL ES SU INFORMACIÓN (LA PARTE QUE APELA)? *(Información del representante en la siguiente sección)*

NOMBRE <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)</i>		FIRMA U ORGANIZACIÓN <i>(si corresponde)</i>		
DIRECCIÓN A LA QUE DEBE ENVIARSE LA CORRESPONDENCIA DE APELACIONES		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO		

SECCIÓN 4: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE? *(Omitala si no tiene un representante)*

NOMBRE		FIRMA U ORGANIZACIÓN <i>(si corresponde)</i>		
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO		

¿Presentó una cita de representación *(formulario CMS- 1696)* u otros documentos que autorizan su representación en un nivel anterior de apelación?

- ☐ No. *Por favor presente el (los) documento(s) con esta solicitud.*
☐ Sí.

SECCIÓN 5: ¿QUÉ SE ESTÁ APELANDO? PRESENTE UNA SOLICITUD POR SEPARADO PARA CADA RECONSIDERACIÓN O REVOCACIÓN QUE DESEE APELAR. SI LA APELACIÓN INVOLUCRA A MÚLTIPLES BENEFICIARIOS O AFILIADOS, USE EL ADJUNTO DE RECLAMOS MÚLTIPLES (OMHA-100A).

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE EMITIÓ LA RECONSIDERACIÓN O REVOCACIÓN <i>(o adjunte una copia de la Reconsideración o Revocación)</i>	NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN <i>(apelación o caso de Medicare)</i> <i>(o adjunte una copia de la Reconsideración o Revocación)</i>			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	IDENTIFICADOR DE BENEFICIARIO DE MEDICARE (MBI)			
DIRECCIÓN POSTAL DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿QUÉ ARTÍCULO(S) O SERVICIO(S) ESTÁ APELANDO? <i>(N/A si está apelando una Revocación)</i>	FECHA(S) DEL SERVICIO QUE ESTÁ SIENDO APELADO <i>(si corresponde)</i> <i>(mm/dd/aaaa)</i>			
NOMBRE DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR <i>(N/A para apelaciones de la Parte D)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR <i>(N/A para apelaciones de la Parte D)</i>			
DIRECCIÓN POSTAL DEL PROVEEDOR O DISTRIBUIDOR <i>(N/A para apelaciones de la Parte D)</i>	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

(Continúa en la siguiente página)

SECCIÓN 6: PARA APELACIONES SOLAMENTE DE MEDICAMENTOS RECETADOS (Omitir para todas las demás apelaciones)

NOMBRE DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D ¿QUÉ MEDICAMENTO(S) ESTÁ APELANDO?

¿Está solicitando una audiencia acelerada? (Una audiencia acelerada solo está disponible si su apelación no está relacionada únicamente con el pago (por ejemplo, usted no tiene el medicamento) y la aplicación del marco de tiempo estándar para una decisión (90 días) puede poner en peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la función máxima)

- ☐ No.
- ☐ Sí. En una hoja aparte, explique o haga que su recetador explique por qué la aplicación del marco de tiempo estándar para una decisión (90 días) puede poner en peligro su salud, vida o (90 días) puede poner en peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la función máxima.

SECCIÓN 7: ¿POR QUÉ NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA RECONSIDERACIÓN O REVOCACIÓN QUE SE ESTÁ APELANDO?
(Adjunte una hoja a continuación si es necesario.)**SECCIÓN 8: ¿ESTÁ PRESENTANDO EVIDENCIAS CON ESTA SOLICITUD O PLANEA ENVIAR EVIDENCIAS?**

- ☐ No estoy planeando presentar evidencias en este momento. (Pase a la Sección 9, de abajo)
- ☐ Estoy presentando evidencias con esta solicitud.
- ☐ Planeo presentar evidencia. Indique qué planea enviar y cuándo planea enviarlo:

¿Ya se ha presentado la evidencia para el asunto que está apelando?

- ☐ No. Apelaciones de Parte A y Parte B solamente. Si usted es un proveedor o distribuidor, o un proveedor o distribuidor que representa a un beneficiario, debe incluir una declaración que explique por qué la evidencia se presenta por primera vez y no se presentó anteriormente.
- ☐ Sí.

SECCIÓN 9: ¿HAY OTRA INFORMACIÓN SOBRE SU APELACIÓN QUE DEBAMOS SABER?

¿Está agregando reclamos para cumplir con la cantidad en el requisito de controversia? (En caso afirmativo, adjunte su solicitud de agregación. Ver 42 C.F.R. §§ 405.1006(e) y (f), y 423.1970(c) para los requisitos de solicitud.) ☐ No ☐ Sí

¿Está renunciando a la audiencia oral ante un ALJ y solicita una decisión basada en el expediente? (En caso afirmativo, adjunte un formulario completado OMHA-104 u otra explicación. N/A si solicita revisión de una revocación.) ☐ No ☐ Sí

¿La solicitud involucra reclamos que fueron parte de una muestra estadística? (En caso afirmativo, por favor explique el estado de las apelaciones de reclamaciones en la muestra que no están incluidas en esta solicitud.) ☐ No ☐ Sí

SECCIÓN 10: CERTIFICACIÓN DE COPIAS ENVIADAS A TERCEROS (Apelaciones de Parte A y Parte B solamente)

Si a otra parte del reclamo o problema que está apelando se le envió una copia de la Reconsideración o Revocación, debe enviar una copia de su solicitud de una audiencia ante el ALJ o una revisión de la revocación a esa parte.

Indique la parte (o su representante) a quién y la dirección a la que está enviando una copia de la solicitud, y cuándo se enviará la copia (adjunte una hoja de continuación si hay varias partes).

NOMBRE DEL DESTINATARIO

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE ENVÍO (mm/dd/aaaa)

- ☐ Marque aquí si a ninguna otra parte se le envió una copia de la Reconsideración o Revocación.

(Continúa en la siguiente página)

SECCIÓN 11: INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN

Su reclamo apelado debe cumplir con el monto actual en el requisito de controversia para presentar una apelación. Vea la Reconsideración o Revocación o visite www.hhs.gov/omha para información sobre el monto actual en controversia. Envíe este formulario de solicitud a la entidad en las instrucciones de apelación que vinieron con su reconsideración (por ejemplo, las solicitudes de audiencia después de una reconsideración de la Parte C generalmente se envían a la entidad que realizó la reconsideración). Si se le indica que envíe a OMHA, use las direcciones que se indican a continuación.

Beneficiarios y afiliados, envíe su solicitud a:	Para apelaciones aceleradas de la Parte D, envíe su solicitud a:	Todos los demás apelantes, envíe su solicitud a:
OMHA Centralized Docketing Attn: Beneficiary Mail Stop 1001 Lakeside Avenue, Suite 930, Cleveland, OH 44114-1158	OMHA Central Operations Attn: Expedited Part D Mail Stop 1001 Lakeside Avenue, Suite 930, Cleveland, OH 44114-1158	OMHA Central Operations 1001 Lakeside Avenue, Suite 930, Cleveland, OH 44114-1158

Debemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que recibió la Reconsideración o la Revocación que está apelando. Asumiremos que usted recibió la Reconsideración o la Revocación 5 días calendario después de la fecha de la Reconsideración o la Revocación, a menos que proporcione evidencia de lo contrario. *Si presenta esta solicitud con retraso, adjunte un formulario OMHA-103 u otra explicación para la presentación con retraso.*

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La autoridad legal para la recopilación de información en este formulario está autorizada por la Ley de Seguridad Social (sección 1155 del Título XI y secciones 1852(g)(5), 1860D-4(h)(1), 1869 (b)(1), y 1876 del Título XVIII). La información proporcionada se utilizará para documentar su apelación. El envío de la información solicitada en este formulario es voluntario, pero el hecho de no proporcionar toda o parte de la información solicitada puede afectar la determinación de su apelación. La información que proporcione en este formulario puede ser divulgada por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare a otra persona o agencia gubernamental solo con respecto al Programa de Medicare y para cumplir con las leyes Federales que requieren la divulgación de información o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y otras agencias.

Si necesita letra grande o asistencia, llame al 1-855-556-8475