



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 — ADJUNTO DE RECLAMO MÚLTIPLE

Proporcione la siguiente información para cada beneficiario cuyo reclamo se esté apelando de la Reconsideración o la Revocación. Si no se especifica el beneficiario o la fecha de la reclamación del servicio, el ALJ no tendrá en cuenta la reclamación.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	MBI	DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	FECHA(S) DEL SERVICIO (mm/dd/aaaa)	FECHA DE LA COPIA DE LA SOLICITUD ENVIADA* (mm/dd/aaaa)

(Continúa en la siguiente página)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	MBI	DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	FECHA(S) DEL SERVICIO (mm/dd/aaaa)	FECHA DE LA COPIA DE LA SOLICITUD ENVIADA* (mm/dd/aaaa)

(Continúa en la siguiente página)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	MBI	DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	FECHA(S) DEL SERVICIO (mm/dd/aaaa)	FECHA DE LA COPIA DE LA SOLICITUD ENVIADA* (mm/dd/aaaa)

(Continúa en la siguiente página)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	MBI	DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL BENEFICIARIO O AFILIADO	FECHA(S) DEL SERVICIO (mm/dd/aaaa)	FECHA DE LA COPIA DE LA SOLICITUD ENVIADA* (mm/dd/aaaa)

Utilice hojas adicionales si es necesario.

* Indique “n/a” si al beneficiario o afiliado no se le envió una copia de la Reconsideración o Revocación.

Si necesita asistencia, llame al 1-855-556-8475