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)*