



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare

SOLICITUD DE REVISIÓN DE UNA DEVOLUCIÓN

Instrucciones: Si es parte de una apelación que solicita una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo, o si representa a CMS o un contratista de CMS, o un patrocinador del plan de la Parte D, y ha recibido una notificación de una devolución de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) que cree que no fue autorizada por las regulaciones vigentes en 42 C.F.R. sección 405.1056 ó 423.2056, puede solicitar que el Juez Jefe de Derecho Administrativo de la OMHA o su representante revise la devolución. Las solicitudes de revisión de una devolución deben presentarse dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la notificación de la devolución.

Complete este formulario y envíelo a Operaciones Centrales de la OMHA, Atención: Remand Review Mail Stop (visite www.hhs.gov/omha o llame al número que se encuentra en la parte inferior de este formulario para obtener la dirección postal completa). Al recibir una solicitud válida, el Juez Principal de Derecho Administrativo de la OMHA o una persona designada revisará el reenvío para determinar si fue autorizado por las regulaciones vigentes. Si se determina que la devolución no fue autorizada, se evacuará la orden de devolución y la apelación se devolverá a la OMHA para un proceso adicional sobre la solicitud de audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo.

No puede solicitar la revisión de una devolución emitida en una solicitud para revisar la revocación de una solicitud de reconsideración.

SECCIÓN 1: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN PARA LA APELACIÓN DEVUELTA?

NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA	NOMBRE DEL ADJUDICADOR DE LA OMHA	FECHA DE LA NOTIFICACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN (mm/dd/aaaa)
--------------------------------	-----------------------------------	--

SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN PARA EL PUNTO DE CONTACTO DE LA PARTE O ENTIDAD QUE SOLICITA LA REVISIÓN? (Información del representante en la siguiente sección)

NOMBRE (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	FIRMA U ORGANIZACIÓN (si procede)	NÚMERO DE TELÉFONO
--	-----------------------------------	--------------------

SECCIÓN 3: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE? (Omitala si no tiene un representante)

NOMBRE	FIRMA U ORGANIZACIÓN (si procede)	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	-----------------------------------	--------------------

SECCIÓN 4: EXPLIQUE POR QUÉ ESTÁ SOLICITANDO UNA REVISIÓN. AUNQUE NO ES OBLIGATORIO, PUEDE PROPORCIONAR UNA EXPLICACIÓN O UN ARGUMENTO POR EL QUE CREE QUE LA DEVOLUCIÓN NO FUE AUTORIZADA POR LAS REGULACIONES VIGENTES EN 42 C.F.R. SECCIÓN 405.1056 Ó 423.2056.

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