



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare  
**PRESENTACIÓN DE NUEVA EVIDENCIA**

**Instrucciones:** Si tiene nuevas evidencias a presentar, complete este formulario e inclúyalo con su solicitud de una audiencia ante el Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) (formulario OMHA-100), o si ya ha presentado su solicitud de una audiencia ante el ALJ o si es parte pero no es el apelante, envíe este formulario al adjudicador asignado de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) (visite [www.hhs.gov/omha](http://www.hhs.gov/omha) y use la herramienta de búsqueda de estado de apelación para encontrar su adjudicador asignado). Si aún no se ha asignado un adjudicador, envíe este formulario a Operaciones Centrales de la OMHA, Atención: New Evidence Mail Stop (visite [www.hhs.gov/omha](http://www.hhs.gov/omha) o llame al número que se encuentra en la parte inferior de este formulario para obtener la dirección postal completa).

A menos que sea un beneficiario o afiliado no representado, cualquier evidencia adicional que desee considerar en su apelación debe presentarse junto con su solicitud de audiencia, en la fecha especificada en su solicitud de audiencia, o si se programa una audiencia, dentro de los 10 días calendario de recibir la notificación de audiencia de la OMHA. Si se programa una audiencia acelerada, incluso si no está representado, debe presentar cualquier evidencia adicional con su solicitud de audiencia, en la fecha especificada en su solicitud de audiencia, o dentro de los 2 días calendario posteriores a la recepción de la notificación de audiencia acelerada. Si la evidencia se envía después de

*(Continúa en la siguiente página)*

---

la fecha límite de presentación, cualquier período de adjudicación aplicable se extenderá por el número de días calendario en el período comprendido entre la fecha límite de presentación y la fecha en que se recibe la evidencia.

Si está inscrito en la Parte D y presenta evidencia de un cambio en la condición que ocurrió después de que se tomó la determinación de cobertura original, el adjudicador de la OMHA remitirá (devolverá) su caso a la Entidad de Revisión Independiente de la Parte D que emitió su reconsideración para una nueva decisión.

Si usted es un proveedor, distribuidor o beneficiario representado por un proveedor o distribuidor, y está apelando una reconsideración emitida por un Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés) de Medicare Parte A o Parte B, cualquier evidencia que no se haya presentada antes de la reconsideración del QIC debe ir acompañada de una declaración que explique por qué las pruebas no se presentaron anteriormente. El adjudicador de la OMHA asignado a su apelación considerará esta declaración para determinar si tuvo una buena razón para presentar las evidencias por primera vez a nivel de la OMHA (por ejemplo, si la nueva evidencia es material para un problema abordado en la reconsideración del QIC que no se identificó como un problema material antes de la reconsideración del QIC). Si no incluye una declaración que explique por qué la evidencia no fue presentada anteriormente, o si el adjudicador de la OMHA determina que no tuvo una buena razón para presentar la evidencia por primera vez al nivel de la OMHA, la nueva evidencia no será considerada. *No se requiere una declaración de buena causa para la evidencia presentada por un beneficiario no representado, CMS o cualquiera de sus contratistas, una agencia estatal de Medicaid, un plan aplicable o un beneficiario representado por alguien que no sea un proveedor o distribuidor.*

*(Continúa en la siguiente página)*

**SECCIÓN 1: ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA O EL NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN?** *(Apelación de Medicare o número del caso)*

NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA <i>(si se conoce)</i>	NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN <i>(si el número de apelación de la OMHA no se conoce)</i>
--	--

**SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN PARA LA PARTE QUE PRESENTA LA EVIDENCIA?** *(Información del representante en la siguiente sección)*

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

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

NOMBRE	FIRMA U ORGANIZACIÓN <i>(si procede)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--	--------------------

*(Continúa en la siguiente página)*

#### **SECCIÓN 4: ¿CUÁL ES LA NUEVA EVIDENCIA QUE DESEA PRESENTAR?**

*(Por favor incluya la evidencia con este formulario y describa la evidencia a continuación, incluyendo el título, la relevancia y la fecha de creación. Si debe hacerlo, incluya también una declaración de buena causa que explique por qué esta evidencia no se envió anteriormente. Si necesita espacio adicional, continúe en una hoja de papel separada.)*

#### **SECCIÓN 5 : FIRME Y FECHA ESTE FORMULARIO.**

FIRMA DE LA PARTE O REPRESENTANTE

FECHA (mm/dd/aaaa)

*(Continúa en la siguiente página)*

## **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**