



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare  
**SOLICITUD DE ESCALADA AL CONSEJO  
DE APELACIONES DE MEDICARE**

**Instrucciones:** Este formulario puede ser utilizado por el apelante en una apelación de la Parte A o Parte B de Medicare de una reconsideración de un Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés) que está pendiente en la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) para solicitar una escalada de la apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare, siempre que el apelante haya presentado una solicitud de audiencia oportuna; el período de adjudicación, incluidas las extensiones, haya expirado; y el apelante no haya renunciado al plazo de adjudicación.

Si su solicitud cumple con estos requisitos, y la OMHA no puede emitir una decisión, una revocación o una devolución dentro de los cinco días calendario posteriores a la recepción de esta solicitud de escalada, o cinco días calendario después de que finalice el período de adjudicación aplicable, su apelación será escalada al Consejo de Apelaciones de Medicare para su revisión. La escalada no está disponible para una revocación de un QIC con respecto a una solicitud de reconsideración.

Para solicitar una escalada, complete este formulario y envíelo al adjudicador de la OMHA asignado o, si aún no se ha asignado un adjudicador, a: OMHA Central Operations, Atención: Escalation Request Mail Stop, 1001 Lakeside Avenue, Suite 930, Cleveland, OH 44114-1158. También debe enviar una copia de esta solicitud de escalada a las otras partes a las que se les envió una copia de la decisión de reconsideración en su apelación.

*(Continúa en la siguiente página)*

**SECCIÓN 1: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DE LA APELACIÓN?**

NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA (si se conoce )	NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN (si el número de apelación de la OMHA no se conoce)
NOMBRE DEL APELANTE	ADJUDICADOR DE LA OMHA ASIGNADO (si se conoce)

**SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE?**

NOMBRE (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	FIRMA U ORGANIZACIÓN (si procede)		
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	
TIPO DE SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> Apelante <input type="checkbox"/> Representante			

SI ES UN REPRESENTANTE, ¿HA PRESENTADO UNA CITA DE REPRESENTANTE (CMS-1696) U OTROS DOCUMENTOS QUE AUTORIZAN LA REPRESENTACIÓN?

☐ N/A ☐ Sí ☐ No (Por favor presente el (los) documento(s) con esta solicitud.)

(Continúa en la siguiente página)

### SECCIÓN 3: RECONOCE LO SIGUIENTE FIRMANDO Y FECHANDO LO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN

- Certifico que la solicitud de audiencia en la apelación identificada en la sección 1 se presentó oportunamente; el período de adjudicación aplicable, incluidas las extensiones, ha expirado; y no he renunciado al plazo de adjudicación.
- Entiendo que si mi apelación se remite al Consejo de Apelaciones de Medicare, la OMHA no emitirá una decisión en esta apelación y la decisión de reconsideración del QIC será la decisión que está sujeta a revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare.
- Certifico que estoy enviando una copia de esta solicitud de escalada a las partes que recibieron una copia de la decisión de la reconsideración.

FIRMA

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 asistencia, llame al 1-855-556-8475**