



**Formulario de solicitud de redeterminación de Medicare: primer nivel de apelación**

- 1. Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_
- 2. Número de Medicare: \_\_\_\_\_
- 3. Artículo o servicio que quiere apelar: \_\_\_\_\_
- 4. Fecha en que recibió el servicio o artículo: \_\_\_\_\_
- 5. Fecha del aviso de determinación inicial (incluya una copia del aviso con esta solicitud):  
*(Si recibió el aviso de determinación inicial hace más de 120 días, incluya el motivo de la presentación tardía).*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5a. Nombre del contratista de Medicare que tomó la determinación (no es obligatorio):

\_\_\_\_\_

5b. ¿Incluye esta apelación un sobrepago?  Sí  No  
*(solo para proveedores y distribuidores)*

- 6. No estoy de acuerdo con la decisión de determinación de mi reclamo porque:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 7. Información adicional que Medicare debe considerar:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 8.  Tengo evidencia para presentar. Adjunte la evidencia a este formulario o adjunte una declaración explicando lo que piensa presentar y cuándo piensa hacerlo. También puede presentar más evidencias en otro momento, pero deben recibirse antes de que se emita la redeterminación.  
 No tengo evidencia para presentar.

9. Persona que apela:  Beneficiario  Proveedor/Distribuidor  Representante

10. Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que apela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Firma de la persona que apela: \_\_\_\_\_

12. Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** La autoridad legal para la recopilación de información en este formulario está autorizada por la sección 1869 (a)(3) de la Ley del Seguro Social. La información dada se utilizará para documentar su apelación. La presentación de la información solicitada en este formulario es voluntaria, pero no dar toda o parte de la información solicitada puede afectar a la determinación de su apelación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden revelar la información que usted da en este formulario a otra persona o agencia gubernamental solo con respecto al programa de Medicare y para cumplir las leyes federales que requieren o permiten la revelación o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y otras agencias. Puede encontrar información adicional sobre estas revelaciones en el aviso del sistema de registros para el sistema N.º 09-70-0566, modificado, disponible en 71 Fed. Reg. 54489 (2006) o en <http://www.cms.gov/PrivacyActSystemofRecords/downloads/0566.pdf>