

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE MEDICARE —
PRIMER NIVEL DE APELACIÓN**Nombre del beneficiario (*nombre, segundo nombre, apellido*)

Número de Medicare

Artículo o servicio que desea apelar

Fecha en que se recibió el servicio o artículo (*mm/dd/aaaa*)Fecha del aviso de determinación inicial (*mm/dd/aaaa*) (*incluya una copia del aviso con esta solicitud*)

Si recibió su notificación de determinación inicial hace más de 120 días, incluya el motivo de la presentación tardía:

Nombre del contratista de Medicare que tomó la determinación (*no requerido*)¿Esta apelación implica un sobrepago?
(*solo para proveedores y suministradores*)☐ Sí ☐ No

No estoy de acuerdo con la decisión de determinación sobre mi reclamo porque:

Información adicional que Medicare debe considerar:

☐ Tengo pruebas que presentar.

Adjunte las pruebas a este formulario o adjunte una declaración explicando qué pretende presentar y cuándo. También puede presentar pruebas adicionales posteriormente, pero todas deben recibirse antes de la emisión de la redeterminación.

☐ No tengo pruebas que presentar.

Persona que apela:

☐ Beneficiario ☐ Proveedor /
Suministradores ☐ RepresentanteCorreo electrónico de la persona que apela (*opcional*)Nombre de la persona que apela (*nombre, segundo nombre, apellido*)

Dirección de la calle de la persona que apela

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono de la persona que apela (*incluya el código de área*)Fecha de apelación (*mm/dd/aaaa*) (*opcional*)

Declaración de la Ley de Privacidad: La información que se recopila en este formulario está autorizada por la sección 1869 (a)(3) de la Ley del Seguro Social. La información proporcionada se utilizará para documentar mejor su apelación. El envío de la información solicitada en este formulario es voluntario, pero no proporcionarla total o parcialmente puede afectar la decisión de su apelación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden divulgar la información que proporcione en este formulario a otra persona o agencia gubernamental únicamente con respecto al Programa Medicare y para cumplir con las leyes federales que exigen o permiten la divulgación o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y otras agencias. Puede encontrar información adicional sobre estas divulgaciones en el aviso del sistema de registros para el sistema n.º 09-70-0566, con sus modificaciones, disponible en 83 Fed. Reg. 6591 (14/2/2018) o en <https://www.hhs.gov/foia/privacy/sorns/cms-sorns.html>