

## SOLICITUD PARA AUDIENCIA SOBRE MEDICARE PARTE B ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO

*(La cantidad en disputa debe ser de \$500 o más (\$100 o más para servicios de Salud en el Hogar), QIO —\$200 o más, HMO/CMP/Plan de Salud—\$100 o más)*  
Lleve o envíe por correo el original y todas las copias a su oficina local del Seguro Social.

**VEASE NOTA  
SOBRE LA LEY  
DE PRIVACIDAD  
AL DORSO DE  
ESTA FORMA**

**1. Apelante** *(La persona que apela la vista de la agencia de seguros/intermediario o la determinación reconsiderada del QIO o HMO/CMP/Plan de Salud)*

<p><b>2. Beneficiario</b> <i>(Deje en blanco si es usted el apelante)</i></p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p> <p>Código de Área/Número de Teléfono _____</p> <p>Número de Medicare _____</p> <p><b>4. Compañía de Seguros</b> <i>(u Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) que tomó la determinación de su reclamación de pago a Medicare.)</i></p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p>	<p><b>3. Proveedor, Practicante o Supridor</b> <i>(Deje en blanco si es usted el apelante)</i></p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p> <p><b>5. Conteste las siguientes preguntas</b></p> <p>A. ¿La solicitud envuelve más de una reclamación?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. ¿La solicitud envuelve más de un beneficiario? (Si la respuesta es sí, debe incluir los números de las reclamaciones de Seguro de Salud y las fechas que apliquen de las vista por el Oficial de Audiencias/determinaciones reconsideradas)    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. ¿Fue aceptada la asignación?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>D. ¿Si la asignación no fue aceptada, es usted un médico que ha sido convicto bajo la sección 1842 (l)(1) (A) de la Ley del Seguro Social?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

**6. YO SOLICITO UNA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO.** No estoy de acuerdo con la determinación tomada sobre mi reclamación porque \_\_\_\_\_

**7. Usted tiene el derecho de estar representado en la audiencia.** Si no está representado pero le gustaría estarlo, su oficina de Seguro Social le dará una lista de referencias legales y organizaciones de servicios. *(Si está representado llene Forma CMS-1696 o SSA-1696.)*

<p><b>8. Marque Sólo Uno</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Quiero</b> asistir en persona.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No quiero</b> asistir en persona y solicito que se tome una decisión basada en la evidencia de mi caso. <i>(Llene la Forma de Exención HA-4608.)</i></p>	<p><b>9. Marque Sólo Uno</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tengo</b> evidencia adicional que someter.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No tengo</b> evidencia adicional que someter.</p>
--	---

**10. El apelante debe completar el espacio número 11 y el representante, si alguno, debe completar el número 12.** Si no hay un representante presente para firmar, escriba su nombre en letra de molde en el espacio número 12. Indique si el apelante acompañará al representante a la audiencia. \_\_\_\_\_  Sí     No

<p><b>11. Firma del Apelante</b></p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p> <p>Fecha _____ Código de Área/Número de Teléfono _____ (       )</p>	<p><b>12. Firma del Representante/Nombre</b></p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____</p> <p>Fecha _____ Código de Área/Número de Teléfono _____ (       )</p>
---	---

### PARA COMPLETARSE POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL

<p><b>13. ¿Fue esta solicitud sometida a tiempo?</b>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Si se marca "No": 1. Incluya la explicación del apelante por la tardanza. 2. Incluya cualquier carta, material o información pertinente en poder de la oficina de Seguro Social.</p> <p><b>16. ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD PARA AUDIENCIA</b> Esta solicitud de audiencia se sometió el _____ en _____. El Juez de Derecho Administrativo le notificará la fecha y hora de la audiencia por lo menos 20 días antes de la audiencia.</p> <p><b>18. COPIA DE OFICINA DE AUDIENCIA</b></p> <p>A: <input type="checkbox"/> Centro Parte B de OHA _____ <input type="checkbox"/> Oficial de Audiencia de OHA _____ <i>(QIO, HMO/CMP/Plan de Salud o casos de derechos solamente)</i> <input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p><b>14. Se necesita intérprete</b> <i>(Lenguaje, incluyendo lenguaje por señas)</i></p> <p><b>15. Solicitante no está representado</b>    <input type="checkbox"/> Lista de referencias legales u organizaciones de servicios fue provista.</p> <p><b>17. Por la Administración de Seguro Social</b> Por _____ (Firma/Título) _____ (Calle) _____ (Ciudad/Estado/Código Postal) Código de la Oficina de Seguro Social que provee el servicio _____</p> <p><b>19. COPIA ARCHIVO DE RECLAMACIÓN</b></p> <p>A: <input type="checkbox"/> Intermediario    <input type="checkbox"/> QIO <input type="checkbox"/> Agencia de Seguros    <input type="checkbox"/> HMO/CMP <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
--	--

## **AVISO DE LEY DE CONFIDENCIALIDAD**

La recopilación de información en esta forma está autorizada por la Ley de Seguro Social (sección 205(a) del título II, sección 702 del título VII, secciones 1631(e)(1)(A) y (B) del título XVI secciones 1869(b)(1) y (c) del título XVIII, según apropiado). La información provista se utilizará para documentar su reclamación. La información solicitada en este formulario es voluntaria, pero el no proveer toda o cualquier parte de la información puede afectar la determinación de su reclamación. La información que usted someta en esta forma puede se divulgada por la Administración del Seguro Social a otras personas o agencias gubernamentales, sólo con respecto a programas del Seguro Social y para cumplir con leyes federales que requieran la divulgación o el intercambio de información entre la Administración del Seguro Social y otras agencias.