

تعيين ممثل

استخدم هذا النموذج لتعيين ممثل للتصريف نيابةً عنك في مطاليبك أو التماسك أو تظلمك أو طلبك بالتوقيع على هذا النموذج وتعيين هذا الممثل، فإنك توافق على أن يكون الممثل هو جهة الاتصال الرئيسية ويتمتع بسلطة تقديم الطلبات وتقديم الأدلة والحصول على المعلومات وتلقي جميع المراسلات بشأن الإجراء الذي تتخذه. قد يرى هذا الشخص معلوماتك الطبية الشخصية. جميع الحقوق في القسمين 1 و 2 مطلوبة ما لم تتم الإشارة إلى أنها اختيارية.

القسم 1: معلومات عن الشخص الذي يعين الممثل

يجب إكمال هذا القسم من قبل المريض أو مقدم الخدمة أو شخص آخر يعين ممثلاً.

الاسم	رقم برنامج Medicare أو معرف مقدم الخدمات الوطني
العنوان البريدي	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) () - ()
المدينة	الولاية الرمز البريدي
البريد الإلكتروني (اختياري)	fax (اختياري) () - ()
التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة) / /

القسم 2: معلومات عن الممثل

يجب إكمال هذا القسم من قبل الممثل.

اسم الممثل	الوضع المهني أو العلاقة بالشخص المذكور في القسم 1 (محامي، قريب، ما إلى ذلك)
العنوان البريدي	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) () - ()
المدينة	الولاية الرمز البريدي
البريد الإلكتروني (اختياري)	fax (اختياري) () - ()

بالتوقيع أدناه، فإنك توافق على التصرف كممثل وتشهد بأنه لم يتم استبعادك أو إيقافك أو منعك من الممارسة أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) أو بخلاف ذلك استبعادك من التصرف كممثل. قد تخضع أي أتعاب يتم تقاضيها مقابل العمل كممثل للمراجعة والموافقة من جانب الوزير. إذا كنت تتضمن أتعاباً، فانتقل إلى التعليمات في الصفحة 2.

التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة) / /
---------	------------------------------------

يجب على الممثل إكمال الأقسام أدناه، إن أمكن (انتقل إلى التعليمات في الصفحة 2)

القسم 3: التنازل عن أتعاب التمثيل

لا يمكن لمقدمي الخدمات والموردين الذين قدموا العناصر أو الخدمات ذات الصلة تنازلي أتعاب مقابل التمثيل ويجب عليهم التوقيع أدناه للتنازل عن أتعابهم. كما يجب على الممثلين الذين يختارون التنازل عن أتعاب التمثيل الخاصة بهم التوقيع أدناه.

انتازل عن حق في فرض وتقاضي أتعاب مقابل تمثيل الشخص المذكور في القسم 1 أمام وزير الصحة والخدمات الإنسانية.

التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة) / /
---------	------------------------------------

القسم 4: التنازل عن الحصول على مدفوعات مقابل العناصر أو الخدمات ذات الصلة

إذا كنت مقدم خدمة أو مورداً وقمت بتقديم عناصر أو خدمات ذات الصلة تنازلي أتعاب مقابل العناصر أو الخدمات ذات الصلة ما إذا كنت أنت أو المريض لا تعرف، أو لا يُتوقع بشكل معقول أن تعرف، أن برنامج Medicare لن يغطي العناصر أو الخدمات.

انتازل عن حق في تحصيل المدفوعات من المريض مقابل العناصر أو الخدمات ذات الصلة في هذا الالتماس إذا تم تحديد المسؤولية بموجب القسم 1879(أ)(2) من القانون.

التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة) / /
---------	------------------------------------

التعليمات والمتطلبات التنظيمية

تعليمات

جميع الحقوق في الفصول 1 و 2 مطلوبة ما لم تتم الإشارة إلى أنها "اختيارية". إذا لم يكن لدى الشخص أو الكيان الذي يعين ممثلاً رقم برنامج Medicare أو معرف مقدم الخدمة الوطني، فاكتب "لا ينطبق". انتقل إلى اللائحة الواردة بالقسم 405.910 من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية: ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-1/section-405.910

يكون التنازع عن أتعاب التمثيل المذكور في القسم 3 مطلوباً عندما يطلب من الممثل، أو يوافق على، التنازع عن أتعاب التمثيل الخاصة به أو عدم تقاضيها. يكون التنازع عن الحصول على مدفوعات مقابل العناصر أو الخدمات ذات الصلة المذكور في القسم 4 مطلوباً إذا كان مقدم الخدمة أو المورد الذي قدم عناصر أو خدمات إلى المريض يمثل المريض وتكون المسؤلية (معرفة عدم التغطية) بموجب القسم 1879(أ)(2) من القانون محل خلاف في الالتماس. انتقل إلى القسم 405.910(و) من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية

يُعتبر تعين الممثل صحيحاً لمدة عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج من قبل كل من الشخص الذي يعين ممثلاً والممثل المعين. يمكن استخدام النموذج المكتمل للالتماسات أو الإجراءات الأخرى خلال فترة العام الواحد التي يكون فيها سارياً. يكون التمثيل، ما لم يتم إلغاؤه، سارياً طوال مدة المطالبة أو الالتماس أو النظم أو الطلب الذي تم تقديمها من أجله.

تقاضي أتعاب مقابل تمثيل المرضى أمام وزير الصحة والخدمات الإنسانية

يتعين على أي محامي، أو ممثل آخر لمريض، يرغبه في تقاضي أتعاب مقابل الخدمات المقدمة فيما يتعلق بتقديم الالتماس أمام وزير الصحة والخدمات الإنسانية (أي، جلسة استماع أمام قاض في القانون الإداري (ALJ) أو مراجعة أمام محامي تحكيم بواسطة مكتب جلسات الاستماع والالتماسات ببرنامح (OMHA)، أو مراجعة أمام مجلس الالتماسات التابع لبرنامح Medicare، أو الإجراءات المطروحة أمام مكتب جلسات الاستماع والالتماسات أو مجلس الالتماسات التابع لبرنامح Medicare نتيجةً لأمر يرجأه الدعوى صادر عن محكمة المقاطعة الفيدرالية) الحصول على الموافقة على الأتعاب وفقاً للقسم 405.910(و) من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية.

يجب على الممثل إكمال النموذج 118-OMHA، "طلب الحصول على موافقة على أتعاب تمثيل مستفيد" وتقديمه مع طلب جلسة استماع أمام قاض في القانون الإداري أو مراجعة أمام مكتب جلسات الاستماع والالتماسات ببرنامح Medicare أو طلب مراجعة أمام مجلس الالتماسات التابع لبرنامح Medicare. لا يلزم الموافقة على الأتعاب إذا: (1) كان مُقدم الالتماس الذي يتم تمثيله مقدم خدمات أو موَرَّد، أو (2) كانت الأتعاب مقابل خدمات مقدمة بصفة رسمية مثل خدمات الوصي القانوني أو لجنة أو ممثل مماثل مُعين من جانب محكمة وقد وافقت المحكمة على الأتعاب ذات الصلة، أو (3) كانت الأتعاب مقابل تمثيل المريض في إجراءات في محكمة المقاطعة الفيدرالية، أو (4) كانت الأتعاب مقابل تمثيل المريض في إجراءات إعادة حكم أو إعادة نظر. يُسمح للممثلين بالتنازع عن أتعابهم إذا اختاروا ذلك. الحصول على نموذج 118 هنا: HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

يجوز لقائم الخدمة أو المورد الذي قدم العناصر أو الخدمات إلى المريض التابع لبرنامح Medicare موضوع الالتماس تمثيل هذا المريض في الالتماس، ولكن لا يجوز لقائم الخدمة أو المورد تقاضي أي أتعاب مرتبطة بالتنبئة من المستفيد. (القسم 405.910(و)(3) من الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية.)

الموافقة على الأتعاب

يضمن شرط الموافقة على الأتعاب أن يتم الدفع للممثل بشكل عادل مقابل خدماته وأن تكون أتعاب المرضى معقولة. عند الموافقة على الأتعاب المطلوبة، سيأخذ مكتب جلسات الاستماع والالتماسات أو مجلس الالتماسات التابع لبرنامح Medicare بعين الاعتبار طبيعة ونوع الخدمات المقدمة، ومدى تعقيد القضية، ومستوى المهارة والكفاءة المطلوبة، ومقدار الوقت المستغرق في القضية، والنتائج المحققة، ومستوى المراجعة الإدارية المطلوبة ومبَلَغ الأتعاب المطلوبة.

تعارض المصالح

تُجرَم الأقسام 203 و 205 و 207 من الباب الثامن عشر من مدونة قوانين الولايات المتحدة تقييم بعض المسؤولين والموظفين الحاليين والسابقين في الولايات المتحدة خدمات مُعينة في المسائل التي تؤثر على الحكومة أو تقييمهم المساعدة أو العون في الملاحقة القضائية للداعوى المعرفة ضد الولايات المتحدة. ويُستثنى الأفراد الذين لديهم تعارض في المصالح من العمل كممثلين للمرضى أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

أين يتم إرسال هذا النموذج

أرسل هذا النموذج إلى نفس الموقع الذي ترسل فيه مطالبتك أو التماسك أو تظلمك أو طلبك.

الحصول على المساعدة والمزيد من المعلومات

للأسئلة حول هذا النموذج، اتصل بخطة Medicare أو اتصل على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

يحق لك الحصول على معلومات حول برنامج Medicare بتنسيق سهل الفهم، كالطباعة بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو الملفات الصوتية. ويحق لك أيضاً تقديم شكوى إذا شعرت بأنك تعرضت للتمييز. تفضل بزيارة Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice، أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE لزيادة المعلومات.

قانون خفض الأعمال الورقية: وفقاً لقانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم تعرّض رقم تحكم OMB صالح. رقم تحكم OMB الصالح لعملية جمع المعلومات هذه هو 0950-0938. يبلغ الوقت المطلوب لإعداد وتوزيع عملية جمع المعلومات هذه 15 دقيقة لكل إخطار، بما في ذلك الوقت اللازم لاختيار النموذج المطبوع مسبقاً واستكماله وتسليه إلى المستفيد. إذا كانت لديك تعليقات تتعلق بدقة التقريرات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى إرسال خطاب إلى CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.