

تعيين ممثل

استخدم هذا النموذج لتعيين ممثل للتصريف نيابةً عنك في مطالبتك 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 الحقول 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 |
| البريد الإلكتروني (اختياري) | الفاكس (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 |
| البريد الإلكتروني (اختياري) | الفاكس (اختياري) |
| التوقيع | تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة) |

بالتوقيع أدناه، فإنك توافق على التصريف كممثل وتشهد بأنه لم يتم استبعادك أو إيقافك أو منعك من الممارسة أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) أو بخلاف ذلك استبعادك من التصريف كممثل. قد تخضع أي أتعاب يتم تقاضيها مقابل العمل كممثل للمراجعة والموافقة من جانب الوزير. إذا كنت تتقاضى أتعاباً، فانقل 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 تقاضي أتعاب مقابل التمثيل ويجب عليهم التوقيع أدناه للتنازل عن أتعابهم. كما يجب على الممثلين الذين يختارون التنازل عن أتعاب التمثيل الخاصة بهم التوقيع أدناه. أتنازل عن حقي 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 للمريض الذي تمثله، وإذا كان الالتماس ينطوي على مسألة ما إذا كنت أنت أو المريض لا تعرف، أو لا يتوقع بشكل معقول أن تعرف، أن برنامج Medicare لن يغطي العناصر أو الخدمات. أتنازل عن حقي في الحصول على 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 القسمين 1 و2 مطلوبة ما لم تتم الإشارة إلى أنها "اختيارية". إذا لم يكن لدى الشخص أو الكيان الذي يعين ممثلًا رقم برنامج Medicare أو معرف مقدم الخدمة الوطني، فاكُتب "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-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

يكون التنازل عن أتعاب التمثيل المذكور في القسم 3 مطلوبًا عندما يُطلب من الممثل، أو يوافق على، التنازل عن أتعاب التمثيل الخاصة به أو عدم تقاضيها. يكون التنازل عن الحصول على مدفوعات مقابل العناصر أو الخدمات ذات الصلة المذكور في القسم 4 مطلوبًا إذا كان مقدم الخدمة أو المورد الذي قدم عناصر أو خدمات إلى المريض يمثل المريض وتكون المسؤولية (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 تعيين الممثل صحيحًا لمدة عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج من قبل كل من الشخص الذي يعين ممثلًا والممثل المعين. يمكن استخدام النموذج المكتمل للالتماسات أو الإجراءات الأخرى خلال فترة العام الواحد التي يكون فيها ساريًا. يكون التمثيل، ما لم يتم إلغاؤه، ساريًا طوال مدة المطالبة أو الالتماس أو التظلم أو الطلب الذي تم تقديمه من أجله.

تقاضي أتعاب مقابل تمثيل المرضى أمام وزير الصحة والخدمات الإنسانية

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

يجب على الممثل إكمال النموذج OMHA-118، "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 ببرنامج Medicare أو طلب مراجعة أمام مجلس الالتماسات التابع لبرنامج Medicare. لا يلزم الموافقة على الأتعاب إذا: (1) كان مُقدم الالتماس الذي يتم تمثيله مقدم خدمات أو مورّد؛ 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 بالتنازل عن أتعابهم إذا اختاروا ذلك. احصل على نموذج OMHA-118 هنا:

[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

يجوز لمقدم الخدمة أو المورد الذي قدم العناصر أو الخدمات إلى المريض التابع لبرنامج Medicare موضوع الالتماس تمثيل هذا المريض في الالتماس، ولكن لا يجوز لمقدم الخدمة أو المورد تقاضي أي أتعاب مرتبطة بالتمثيل 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 لبرنامج 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 ومبلغ الأتعاب المطلوبة.

تعارض المصالح

تُجرّم الأقسام 203 و205 و207 من الباب الثامن عشر من مدونة قوانين الولايات المتحدة تقديم بعض المسؤولين والموظفين الحاليين والسابقين في الولايات المتحدة خدمات مُعينة في المسائل التي تؤثر على الحكومة أو تقديمهم المساعدة أو العون في الملاحقة القضائية للدعاوى المرفوعة 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-MEDICARE (1-800-633-4227. 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 أيضًا تقديم شكوى إذا شعرت بأنك تعرضت للتمييز. تفضل بزيارة [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)، أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE لمزيد من المعلومات.

قانون خفض الأعمال الورقية: وفقًا لقانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا. 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 مسبقًا واستكمالهِ وتسليمهِ إلى المستفيد. إذا كانت لديك تعليقات تتعلق بدقة التقديرات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال خطاب إلى 21244-1850 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850، CMS, PRA Clearance Officer.