

Nombramiento de representante

Utilice este formulario para nombrar a un representante que actúe en su nombre en relación con su reclamación, apelación, queja o solicitud. Al firmar este formulario y nombrar a este representante, usted acepta que dicho representante sea la persona de contacto principal y tenga autoridad para realizar solicitudes, presentar pruebas, obtener información y recibir todas las comunicaciones relacionadas con su acción. Esta persona podrá ver su información médica personal. **Todos los campos de las secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indiquen como opcionales.**

Sección 1: Información sobre la persona que nombra al representante

Esta sección debe ser completada por el paciente, el proveedor u otra persona que nombra a un representante.

Nombre	Número de Medicare o Identificador Nacional de Proveedor	
Dirección postal	Número de teléfono (con código de área) () - -	
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional) () - -	
Firma	Fecha de firma (mm/dd/aaaa) / /	

Sección 2: Información sobre el representante

Esta sección debe ser completada por el representante.

Nombre del representante		
Condición profesional o relación con la persona mencionada en la sección 1 (abogado, familiar, etc.)		
Dirección postal	Número de teléfono (con código de área) () - -	
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional) () - -	

Al firmar a continuación, usted acepta actuar como representante y certifica que no ha sido descalificado, suspendido ni se le ha prohibido ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) ni se le ha descalificado de otro modo para actuar como representante. Cualquier tarifa que se cobre por actuar como representante puede estar sujeta a revisión y aprobación por parte del secretario. Si cobra una tarifa, consulte las instrucciones de la página 2.

Firma	Fecha de firma (mm/dd/aaaa) / /	
-------	---	--

El representante debe completar las secciones siguientes, si es aplicable. (consulte las instrucciones de la página 2)

Sección 3: Exención del pago de honorarios por representación

Los proveedores y suministradores que proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben firmar a continuación para renunciar a su tarifa. Los representantes que decidan renunciar a su tarifa por representación también deben firmar a continuación.

Renuncio a mi derecho a cobrar y recibir honorarios por representar a la persona mencionada en la Sección 1 ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Firma	Fecha de firma (mm/dd/aaaa) / /	
-------	---	--

Sección 4: Exención del pago de los artículos o servicios en cuestión

Si usted es un proveedor o suministrador y ha proporcionado artículos o servicios al paciente al que representa, si la apelación implica una cuestión sobre si usted o el paciente no sabían, o no se podía esperar razonablemente que supieran, que Medicare no cubriría los artículos o servicios.

Renuncio a mi derecho a cobrar al paciente por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se determina la responsabilidad en virtud del artículo 1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha de firma (mm/dd/aaaa) / /	
-------	---	--

Instrucciones y requisitos reglamentarios

Instrucciones

Todos los campos de las secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que estén marcados como "opcionales". Si la persona o entidad que nombra a un representante no tiene un número de Medicare o un Identificador Nacional de Proveedor, escriba "no aplicable". Consulte la reglamentación en 42 CFR 405.910: ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910

La exención de honorarios por representación, sección 3, es necesaria cuando se requiere un representante o este ha acordado renunciar a sus honorarios o no cobrar por su representación. La exención de pago por artículos o servicios en cuestión, sección 4, es necesaria si un proveedor o suministrador que ha proporcionado artículos o servicios al paciente representa al paciente y la responsabilidad (conocimiento de la no cobertura) en virtud del artículo 1879(a)(2) de la Ley es objeto de la apelación. Consulte la sección 42 CFR 405.910(f).

El nombramiento de un representante se considera válido durante un año a partir de la fecha en que este formulario sea firmado tanto por la persona que nombra al representante como por el representante nombrado. El formulario completado puede utilizarse para otras apelaciones o acciones durante el período de un año en que es válido. A menos que se revoque, la representación es válida durante la vigencia de la reclamación, apelación, queja o solicitud para la que se presentó.

Cobro de honorarios por representar a pacientes ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)

Un abogado u otro representante de un paciente que desee cobrar honorarios por los servicios prestados en relación con una apelación ante el secretario del HHS (es decir, una audiencia ante un juez administrativo (ALJ) o una revisión por parte de un abogado adjudicador de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA), una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una remisión del tribunal federal de distrito), debe obtener la aprobación de los honorarios de conformidad con 42 CFR 405.910(f).

El representante debe completar el formulario OMHA-118, "Solicitud para obtener la aprobación de honorarios por representar a un beneficiario" y presentarlo junto con la solicitud de audiencia ante un juez administrativo (ALJ), la revisión de la OMHA o la solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de los honorarios si: (1) el apelante representado es un proveedor o suministrador; (2) los honorarios son por servicios prestados en calidad oficial, como la de tutor legal, comité o representante similar designado por el tribunal, y el tribunal ha aprobado los honorarios; (3) los honorarios son por representar a un paciente en un procedimiento ante un tribunal federal de distrito; o (4) los honorarios son por representar a un paciente en una predeterminación o reconsideración. Los representantes pueden renunciar a sus honorarios si así lo desean. Obtenga el formulario OMHA-118 aquí: HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

Un proveedor o suministrador que haya proporcionado los artículos o servicios a un paciente de Medicare que sean objeto de la apelación puede representar a dicho paciente en una apelación, pero el proveedor o suministrador no puede cobrar al beneficiario ningún honorario asociado con la representación. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Aprobación de honorarios

El requisito de aprobación de honorarios garantiza que un representante reciba una remuneración justa por sus servicios y que los honorarios de los pacientes sean razonables. Al aprobar los honorarios solicitados, la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare tendrán en cuenta la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad y competencia requerido, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados obtenidos, el nivel de revisión administrativa necesario y el importe de los honorarios solicitados.

Conflicto de intereses

Las secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos consideran delito que determinados funcionarios y empleados actuales y antiguos de los Estados Unidos presten determinados servicios en asuntos que afecten al Gobierno o que ayuden o colaboren en la interposición de demandas contra los Estados Unidos. Las personas con un conflicto de intereses no pueden actuar como representantes de pacientes ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Dónde enviar este formulario

Envíe este formulario a la misma dirección a la que envía su reclamación, apelación, queja o solicitud.

Obtenga ayuda y más información

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con su plan de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener información sobre Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, o llame al 1-800-MEDICARE para obtener más información.

Ley de Reducción de Trámites: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación es de 15 minutos por notificación, incluido el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.