Envíe el formulario de Designación de Representante a:

Medicare Coverage Determinations and Appeals

P.O. Box 52000, MC 109

Phoenix, AZ 85072

O

Fax: 855-633-7673

Formulario aprobado
OBM No. 0938-0950
Expira: 08/31/2025

Nombramiento de Representante

Utilice este formulario para nombrar a un representante para actuar en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición. Al firmar este formulario y nombrar a este representante, usted acepta que el representante será el contacto principal y tendrá autoridad para hacer peticiones, presentar pruebas, obtener información y recibir toda comunicación sobre su acción. Esta persona puede ver su información médica personal. **Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son opcionales.**

Sección 1: Información sobre la persona que nombra al representante

El paciente, proveedor u otra persona que nombra al representante debe completar esta sección.

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

Sección 2: Información sobre el representante

El representante debe completar esta sección.

Nombre del representante		
Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.)		
Dirección postal	Teléfono (con código de área) ( ) -	
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional) ( ) -	

Al firmar abajo, usted acepta actuar como representante y certifica que no se le ha descalificado, suspendido o prohibido la práctica ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), ni se le ha descalificado para actuar como representante. Toda tarifa a ser cobrada por actuar como representante podría ser sujeta a la revisión y aprobación del Secretario. Si usted cobrará una tarifa, consulte las instrucciones en la página 2.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

El representante debe llenar las secciones siguientes, si aplican (vaya a las instrucciones en página 2)

Sección 3: Renuncia de Tarifa por Representación

Los proveedores y suplidores que proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben firmar abajo para renunciar a la tarifa. Los representantes que optan por renunciar a su tarifa por representación deben firmar abajo, también.

Renuncio a mi derecho a cobrar y recibir una tarifa por representar a la persona en la Sección 1 ante el Secretario de HHS.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Sección 4: Renuncia de pago por artículos o servicios en cuestión

Si usted es un proveedor o suministrador y proporcionó artículos o servicios al paciente al cual representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar supiera de forma razonable, que Medicare no cubriría los artículos o servicios. **Renuncio mi derecho a recibir el pago del paciente por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se tomara una determinación de responsabilidad en el marco del §1879(a)(2) de la Ley.**

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Instrucciones y Requisitos de las Regulaciones

Instrucciones

Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique como “opcional”. Si la persona o entidad que nombra a un representante no tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional, escriba “no corresponde”. Véase la regulación en 42 CFR 405.910: **ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910**

Es obligatoria la Renuncia de Tarifa por Representación Sección 3 cuando el representante tiene la obligación, o ha aceptado, renunciar o no cobrar ninguna tarifa por su representación. Es obligatoria la Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión Sección 4 si el proveedor o suministrador que proporcionó artículos o servicios al paciente representa al paciente y la responsabilidad (conocimiento de la no cobertura) en el marco de §1879(a)(2) de la Ley es una cuestión en la apelación. Véase 42 CFR 405.910(f).

Se considera que el nombramiento de representante es válido por un año a partir de la fecha en que la persona que nombra al representante y el representante nombrado firman este formulario. Se puede usar el formulario cumplimentado en otras apelaciones o acciones durante el período de un año en el cual sigue válido. A menos que se revoque, la representación es válido por la duración de la reclamación, apelación, queja o petición por la cual se presentó.

Cobro de tarifas por representar a pacientes ante el Secretario de HHS

Un abogado u otro representante de un paciente que desea cobrar una tarifa por los servicios brindados en conexión con una apelación ante el Secretario de HHS (es decir, una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o revisión por abogado árbitro de la Oficina de Audiencia y Apelaciones (OMHA, por sus siglas en inglés) de Medicare, revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare a causa de una disposición del tribunal federal de distrito) está obligado a obtener la aprobación de la tarifa, de acuerdo con 42 CFR 405.910(f).

El representante debe completar el formulario OMHA-118, “Petición para Obtener Aprobación de una Tarifa por Representar a un Beneficiario” y presentarlo con la solicitud de audiencia ALJ, revisión de OMHA o solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de tarifas en las siguientes situaciones: (1) el apelante está representado por un proveedor o suministrador; (2) la tarifa es por servicios brindados en una capacidad oficial, tal como un tutor legal, comité u otro representante similar que fuera nombrado por un juez, y el juez ha aprobado la tarifa; (3) la tarifa es por representar al paciente en un procedimiento en la corte federal de distrito o (4) la tarifa es por representar al paciente en una redeterminación o reconsideración. Se permite a los representantes renunciar su tarifa, si así desean. Obtenga el formulario OMHA-118 aquí: **HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf**

Un proveedor o suministrador que brindó los artículos o servicios a un paciente con Medicare que son objeto de la apelación pueden representar al paciente en la apelación, pero el proveedor o suministrador no puede cobrar al beneficiario ninguna tarifa por la representación. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Aprobación de tarifa

El requisito de aprobación de tarifa asegura que el representante reciba un pago justo por sus servicios y que las tarifas sean razonables para los pacientes. Antes de aprobar una tarifa solicitada, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerará la naturaleza y el tipo de los servicios brindados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad o competencia que se necesita, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados logrados, el nivel de revisión administrativa que se necesita y la cantidad de la tarifa solicitada.

Conflicto de intereses

Las Secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos indican que será un delito para ciertos agentes y empleados actuales y anteriores de los Estados Unidos brindar ciertos servicios en asuntos que afectan al gobierno o ayudar o asistir en llevar a juicio reclamaciones contra los Estados Unidos. Las personas con un conflicto de intereses quedan excluidos de servir como representantes de pacientes ante HHS.

A dónde debe enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar donde envía su reclamación, apelación, queja o solicitud.

Obtenga ayuda y más información

Para 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.

Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como letras grandes, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite **Medicare.gov/about-us/accessibility- nondiscrimination-notice**, o llame al 1-800-MEDICARE para solicitar más información.

Ley para la Reducción de Trámites: De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995, PRA), ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información, a menos que contenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta solicitud de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación es 15 minutos por aviso, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario impreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. En caso de comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o para sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.