

Nombramiento de un Representante

Nombre del Participante	Numero de Medicare o identificador Nacional del Proveedor
-------------------------	---

Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por el participante que busca representación (por ejemplo, el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a _____ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la "Ley") y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener información sobre apelaciones conseguir pruebas; obtener información sobre apelaciones y recibir toda notificación sobre mi apelación, en mi representación. Entiendo que podría divulgarse al representante indicado a continuación, la información médica personal sobre mi apelación.

Firma del que designa a su representante	Fecha
--	-------

Dirección:	Numero de teléfono (con código de área)
------------	---

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos; que no estoy en calidad de empleado actual o pasado de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como _____
(Situación profesional o relación con el participante, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante	Fecha
-------------------------	-------

Dirección:	Numero de teléfono (con código de área)
------------	---

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y deben completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a _____ ante el Secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación es por un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (En la sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, abastecedor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------

Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS en inglés) (por ejemplo, una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante un ALJ o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión del la Corte de Distrito Federal) debe, por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, "Solicitud para obtener un honorario por concepto de representación" se recaba la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.

La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

Autorización de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante DHHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, el ALJ o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante DHHS.

Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: (1) apelación si está solicitándola, (2) queja, (3) determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación inicial o decisión. Si necesita ayuda, comuníquese con su plan de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completarlo y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.