

2018 (old Spanish version)	2021 (new Spanish version)	Type of Change	Reason for Change	Burden Change
Page 1, Section 1. first sentence in section: Yo nombro a _____ para actuar como representante...	Page 1, Section 1. first sentence in section: Yo nombro a mencionado en la Sección 2 para actuar como representante ...	Rev	Remove duplicative fill line for name and revise wording to indicate name is listed in Section 2. Contractors processing this form say this line is frequently left blank, requiring contractors to return the form for completion.	No
Page 1, Section 1:	Page 1, Section 1: Número de Fax (opcional)	Rev	Add a new fill box at end of section to supply fax number (optional information). Contractors frequently communicate with some applicants via fax and requested this addition.	No
Page 1, Section 2: Narrative paragraph in beginning of section has two lines to fill in.	Page 1, Section 2: Narrative paragraph in beginning of section, change lines to fill boxes with directions on what to insert in that box.	Rev	Replace fill lines with fill boxes that contain instruction on what to insert in box for ease of use when filing electronically.	No
Page 1, Section 2:	Page 1, Section 2: Número de Fax (opcional)	Rev	Add a new fill box at end of section to supply fax number (optional information). Contractors frequently communicate with some applicants via fax and requested this addition.	No
Page 2, Top of page: Add new section	Page 2, Top of page: Add new Instructions and Regulation Requirements section: Instrucciones y requisitos reglamentarios Instrucciones Nombre de la Parte: Este es el nombre de la persona o entidad que tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o proveedor). Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional: Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional. Si no aplica, complete "no aplica". Todos los demás campos rellenables de las Secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indiquen como opcionales dentro del campo. Consulte el reglamento en 42 CFR 405.910.	Rev	Add instructions to explain some terms used on page 1 and give regulation citation where requirements are found. Added at the request of contractors that process this form for appeals.	No
Page 2, second section titled "Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS", 2nd paragraph, first sentence: Mediante este formulario, "Solicitud para Obtener un Honorario por Concepto de Representación" se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario.	Page 2, second section titled "Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS", 2nd paragraph, first sentence: Mediante este El formulario, OMHA-118, "Solicitud Petición para Obtener la Aprobación de un Honorario por Concepto de Representación de un Beneficiario," se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario.	Rev	Update information to include revised name of form and new form number.	No
Page 2, second section titled "Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS", 2nd paragraph, delete last 2 sentences: 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.	Page 2, second section titled "Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS", 2nd paragraph, insert a new sentence at end of paragraph to replace deleted 2 sentences: El formulario, OMHA-118, se puede encontrar en: https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf	Rev	After updates were made to form OMHA-118, remove outdated reference to form and replace with correct information on form name and website URL.	No
Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", first paragraph, last two sentences, revise for clarity: Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.	Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", combine last two sentences in first paragraph into one sentence: Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o con su plan de Medicare.	Rev	For clarity, insert information on TTY (teletype) in between phone number for 1-800-MEDICARE and instruction to call a Medicare plan.	No
Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", first paragraph, 2nd sentence: También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado.	Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", first paragraph, 2nd sentence: También tiene el derecho de presentar una queja si siente piensa que ha sido discriminado	Rev	Change the word "believe" to "feel" per instructions from the CMS Customer Accessibility Resource Staff.	No
Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", last paragraph, last sentence: Visite https://www.cms.gov/aboutcms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html o llame al 1-800-MEDICARE para más información	Page 2., last section titled "Dónde Enviar este Formulario", last paragraph, last sentence: Visite https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE para más información. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.	Rev	Change the accessibility website URL per instructions from the CMS Customer Accessibility Resource Staff. Also insert a TTY number for 1-800-MEDICARE at the end.	No

