

Nombramiento de un 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 de 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.

Esta sección debe ser completada por el paciente, el proveedor u otra persona sea nombrado como 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 (dd/mm/aaaa) / /	

Sección 2: Información sobre el representante

Esta sección debe ser completada por el representante.

Nombre del representante		
Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.)		
Dirección postal	Número de 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 de la página 2.

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

El representante deberá completar las secciones siguientes, si corresponde (consulte las instrucciones en la página 2).

Sección 3: Renuncia de Tarifa por Representación

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. 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 de firma (dd/mm/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 que representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar que 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 de firma (dd/mm/aaaa)

		/			/				
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Instrucciones y Requisitos de las Regulaciones

Instrucciones

Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son “opcionales”. 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](https://www.ecfr.gov/CURRENT/TITLE-42/CHAPTER-IV/SUBCHAPTER-B/PART-405/SUBPART-I/SECTION-405.910)

Renuncia de Tarifa por Representación Sección 3 es obligatoria cuando el representante tiene la obligación, o ha aceptado, renunciar o no cobrar ninguna tarifa por su representación. Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión Sección 4 es obligatoria 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 válida por la duración de la reclamación, apelación, queja o petición por la cual se presentó.

¿Dónde enviar este formulario?

Si usted tiene Medicare Original y desea designar a un representante para que actúe en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición, envíe este formulario a la dirección que figura en su Aviso de Resumen de Medicare (MSN). Si ya no tiene su MSN, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la dirección.

Si usted tiene un plan Medicare Advantage y desea designar a un representante para que actúe en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición, comunicar con el servicio de atención al afiliado a su plan para averiguar dónde enviar este formulario. El número de teléfono de los servicios para afiliados a su plan se puede encontrar en su comprobante de cobertura o en su tarjeta de identificación de miembro.

Si desea designar a un representante para que actúe en su nombre en relación con su reclamación, apelación, queja o solicitud de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con el servicio de atención al afiliado a su plan para conocer a dónde enviar este formulario. El número de teléfono de los servicios para afiliados a su plan se puede encontrar en su comprobante de cobertura o en su tarjeta de identificación de miembro.

Para 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 recibir información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que fue discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener más información.

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 de la corte 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](https://www.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 la 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 interés

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 proseguir reclamaciones contra los Estados Unidos. Individuos con un conflicto de interés quedan excluidos de servir como representantes de pacientes ante HHS.

Divulgación de acuerdo con PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB 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. Si tiene comentarios sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. **NOTA: No envíe este formulario directamente a CMS. Siga las instrucciones en la sección "Dónde enviar este formulario".**