

Designación de Representante

Nombre de la Parte	Número de Medicare (beneficiario como parte) o Identificador Nacional de Proveedores (agente o proveedor como parte)
--------------------	--

Sección 1: Designación de Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (es decir, el beneficiario de Medicare, el agente o el proveedor):

Designo a este individuo, _____, para actuar como mi representante en relación con mi reclamo o derecho declarado bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas con el Título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; a presentar u obtener evidencia; a conseguir información sobre apelaciones y a recibir cualquier aviso en relación con mi reclamo, apelación, queja o solicitud totalmente en mi lugar. Acepto que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede divulgarse al representante que se indica a continuación.

Firma de la Parte que Solicita Representación	Fecha	
Domicilio	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

Sección 2: Aceptación de la Designación

Para ser completado por el representante:

Quien suscribe, _____, por la presente, acepta la designación anterior. Certifica que no se le ha descalificado, suspendido o prohibido de ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS); que no está, como empleado actual o anterior de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante; y reconoce que cualquier honorario puede estar sujeto a revisión y aprobación por parte del Secretario.

Se desempeña como _____
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo, abogado, pariente, etc.)

Firma del Representante	Fecha	
Domicilio	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requiere o si elige renunciar al cobro de honorarios por representación. (Tenga en cuenta que los agentes o proveedores que representan a un beneficiario y proporcionaron los artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección.) Renuncio a mi derecho de imponer y cobrar un honorario por representación _____ ante el Secretario del HHS.

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

Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los agentes o proveedores que sirven como representantes para un beneficiario a quién le proporcionan artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación implica un tema de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La Sección 1879(a)(2) generalmente se aborda si un agente/proveedor o beneficiario no tenía conocimiento o no podía esperarse razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho de cobrar el pago del beneficiario por los objetos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad en virtud de §1879(a)(2) de la Ley.

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

Cobro de Honorarios por Representación ante el Secretario del HHS

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 del HHS (es decir, una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o la revisión de un mediador abogado por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA), revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una retención preventiva de un tribunal federal de distrito) debe obtener la aprobación del honorario de acuerdo con 42 CFR 405.910 (f).

El formulario "Solicitud para Obtener Honorarios en Concepto de Representación" obtiene la información requerida para una solicitud de honorarios. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con ALJ, revisión de OMHA o solicitud del Consejo de Apelaciones de Medicare. No es necesaria la aprobación de honorarios si: (1) el apelante representado es un agente o proveedor; (2) el honorario es por los servicios prestados en calidad oficial como la de tutor legal, comité o representante similar designado por el tribunal y el tribunal ha aprobado el honorario en cuestión; (3) el honorario es por la representación de un beneficiario ante el tribunal federal de distrito; o (4) el honorario es por la representación de un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La Sección III de la página principal de este formulario puede utilizarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, se **debe** renunciar al honorario en concepto de representación.

Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios asegura que un representante recibirá el valor justo por los servicios prestados ante el HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerarán la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad y competencia necesarios para la prestación de los servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al que el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

Conflicto de Intereses

Las Secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos consideran como delito penal que ciertos funcionarios, empleados y ex funcionarios y empleados de los Estados Unidos presten ciertos servicios en asuntos que afecten al Gobierno o ayuden o asistan en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de intereses quedan excluidos de ser representantes de beneficiarios ante el HHS.

Dónde Enviar Este Formulario

Envíe este formulario a la misma ubicación donde está enviando (o ya ha enviado) su: apelación si está presentando una apelación, reclamo o queja si está presentando un reclamo o queja, o una determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio.

También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información.

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para la recopilación de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta colección es de 15 minutos por notificación, que incluye el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregárselo al beneficiario. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.