

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	NÚMERO DE MEDICARE O DE IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDOR NACIONAL
-------------------------	---

SECCIÓN I: NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

(Para ser completado por el participante que busca representación) (es decir, 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, completamente en mi representación. Entiendo que información médica personal sobre mi apelación podrá divulgarse al representante indicado a continuación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE QUE BUSCA REPRESENTACIÓN		FECHA
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN II: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no he sido descalificado, suspendido o prohibido el desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos; que no estoy actuando en calidad de empleado al presente o el 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 por el Secretario(a).

Me desempeño como _____
(SITUACIÓN PROFESIONAL O RELACIÓN CON LA PARTE, POR EJEMPLO, ABOGADO, PARIENTE, ETC.)

FIRMA DEL REPRESENTANTE		FECHA
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN III: RENUNCIA AL COBRO DE HONORARIOS POR REPRESENTACIÓN

Instrucciones: Esta sección debe ser completada si se le requiere al representante a, o escoge renunciar al cobro de honorarios por representación. (Obsérvese que los proveedores o suplidores que representan a un beneficiario y le proveyeron 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 IV: RENUNCIA AL PAGO POR ARTÍCULOS O SERVICIOS EN CUESTIÓN

Instrucciones: Proveedores o suplidores que sirven como representantes de beneficiarios a los cuales le prestaron 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, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento y no podía preverse razonablemente que tendría conocimiento 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, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) o un proceso ante un ALJ o el MAC 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 MAC.

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 III 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 un valor justo por los servicios prestados ante DHHS en nombre de un beneficiario y provee al beneficiario una medida de seguridad que los honorarios han sido determinados como razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, el ALJ o el MAC 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 estipulan el carácter de 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: apelación si está solicitando una apelación, queja si está presentando una queja, 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 de la Oficina de Administración de Personal y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 09380950. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244.
