Formulario aprobado
OMB No. 0938-0950
Expira: 08/31/2025

Nombramiento de 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 en 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

El paciente, proveedor u otra persona que nombra al representante debe completar esta sección.

Nombre	Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional

Dirección	Teléfono (con código de área)
	( ) -

Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional)
	( ) -

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Sección 2: Información sobre el representante

El representante debe completar esta sección.

Nombre del Representante

Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.)

Dirección	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 en la página 2.

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Llenar las secciones siguientes, si aplican (vaya a las instrucciones en 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 del representante	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

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 al cual representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar 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 del representante	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

H1019_GRVAPLCMS1696Form2026S_C

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** (en inglés).

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 válido por la duración de la reclamación, apelación, queja o petición por la cual se presentó.

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**

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 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.

A dónde debe enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar donde envía su reclamación, apelación, queja o solicitud.

Obtenga ayuda y más información

Para 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 obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Para obtener más información, visite **es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Divulgación de acuerdo con PRA: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación 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.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907（听障专线：711**）。

繁體中文 Traditional Chinese：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی Farsi: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French : Des services gratuits linguistiques, d’aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI.**

GHHNOA2025CP

日本語 Japanese:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅ លេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

Diné: Saad t’áá jiik’eh, t’áadoole’é binahjį’ bee adahodooníígíí diné bich’į’ anídahazt’i’í, dóó ahgo át’éego bee hada’dilyaaígíí bee bika’aanída’awo’í dahólǫ. Kohjį’ hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو :Urdu مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.