



Designación de representante

# de control	Número de identificación de Humana
Nombre de la parte	Número de reclamación de seguro de salud de Medicare (HICN) o Identificador de beneficiario de Medicare (MBI) (el beneficiario es la parte) o Número de identificador de proveedor nacional (el proveedor es la parte)

Sección 1: Designación de representante

Para ser completado por la parte que busca representación (por ej.; el beneficiario de Medicare, el proveedor o el vendedor):

Designo a esta persona, _____ para que actúe como mi representante en relación con mi reclamación o derecho adquirido bajo el Capítulo XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas en el Capítulo XI de la Ley. Autorizo a esta persona para que haga cualquier solicitud, presente u obtenga evidencia, obtenga información sobre apelaciones, y reciba cualquier notificación que se relacione con mi reclamación, apelación, queja formal o solicitud íntegramente en mi nombre. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser divulgada al representante abajo indicado.

Firma de la Parte que busca representación	Fecha	
Dirección	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:

Yo, _____, por la presente acepto la designación arriba indicada. Certifico que no he sido descalificado, suspendido ni tengo prohibido ejercer ante el Departamento de salud y servicios humanos (HHS, por sus siglas en inglés); que como antiguo o actual empleado de los Estados Unidos, no he sido descalificado para desempeñarme en representación de la parte; y, que reconozco que cualquier cargo puede estar sujeto a la revisión y a la aprobación del Secretario.

Soy un/una _____
(Estatus profesional o vínculo con la parte, por Ej.: abogado, familiar, etc.)

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

Sección 3: Renuncia al cargo por representación

Instrucciones: Esta sección debe ser completada en caso de que el representante deba o escoja renunciar al cargo por su representación. (Tenga en cuenta que los proveedores o vendedores que actúan en representación de un beneficiario y proporcionan los artículos o servicios, no podrán cobrar un cargo por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar o recaudar un cargo por representar a _____ ante el Secretario del HHS.

Firma

Fecha

Sección 4: Renuncia al pago de artículos o servicios en cuestión

Instrucciones: los proveedores o vendedores que se desempeñen como un representante de un beneficiario a quien suministran artículos o servicios deben completar esta sección, en caso de que la apelación implique responsabilidades indicadas en la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) generalmente se refiere al desconocimiento por parte del proveedor/vendedor o del beneficiario, o la expectativa razonable de que desconozca, que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de recibir pago del beneficiario por los artículos o servicios considerados en esta apelación, en caso de una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley esté en discusión.

Firma

Fecha

Cobro de cargos por representar a beneficiarios ante el Secretario del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un cargo por servicios prestados relacionados con una apelación presentada ante el Secretario de HHS (por ej.; una audiencia ante un Juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o una revisión de un juez de arbitraje por parte del Oficina de Audiencia y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés), o una revisión del Consejo de apelaciones de Medicare, o un procedimiento ante un OHMA o el Consejo de apelaciones de Medicare por orden de algún juzgado del distrito federal) necesitará obtener aprobación para el cargo conforme a 42 CFR 405.910(f).

El formulario, “Petición para obtener cargo por representante” recoge la información necesaria para formular la petición del cargo. Debe ser completado por el representante y presentado con la petición de una audiencia ALJ, revisión de OMHA, o una revisión del Consejo de apelaciones de Medicare. No se requiere aprobación por un cargo de representación, si: (1) el recurrente siendo representado es un proveedor o vendedor; (2) el cargo por servicios prestados en calidad oficial de guardián legal, comité o un representante similar designado por un juzgado que haya aprobado el cargo en cuestión; (3) el cargo es en representación de un beneficiario en un procedimiento ante un juzgado federal de distrito; o (4) el cargo es por representar a un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cargo, él o ella pueden hacerlo. La Sección III ubicada en la parte delantera de este formulario puede emplearse para ello. En algunos casos y según se indica en el formulario, debe renunciarse al cargo por representación.

Aprobación de cargo

Los requisitos para la aprobación de cargos aseguran que un representante recibirá el valor justo por los servicios ofrecidos ante el HHS en nombre de un beneficiario, y asegura al beneficiario en buena medida que los cargos son razonables. Al aprobarse un cargo solicitado, el OMHA o el Consejo de apelaciones de Medicare tomará en cuenta la naturaleza y el tipo de servicio prestado, la complejidad del caso, el nivel de destreza y competencia requeridos para la rendición de los servicios, el tiempo invertido en el caso, los resultados alcanzados, la instancia de revisión administrativa a la que el representante eleve la apelación y la cantidad del cargo solicitado por el representante.

Conflicto de intereses

Las secciones 203, 205 y 207 del Capítulo XVIII del Código de los Estados Unidos señalan como delito que ciertos funcionarios, empleados, y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos presten ciertos servicios en asuntos que atañen al Gobierno o que ayuden o asistan en el trámite de reclamaciones contra los Estados Unidos. Las personas con conflicto de intereses quedan excluidas como representantes de beneficiarios ante el HHS.

A dónde enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar donde está enviando (o ya ha enviado) su: apelación si está presentando una apelación, queja o queja formal si está presentando una queja o queja formal, determinación inicial o decisión si está solicitando una determinación inicial o decisión. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o a su plan de Medicare. Los usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene el derecho a obtener información de Medicare en un formato asequible, como letra grande, Braille o audio. Usted también tiene el derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información

Humana es una organización Medicare Advantage HMO, PPO y PFFS y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato con Medicare. La inscripción en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.