

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | NÚMERO DE MEDICARE |
|--------------------------------|---------------------------|

SECCIÓN I: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Para ser completado por el beneficiario:

Nombro a: _____ para que se desempeñe como mi representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del Título XVIII de la Ley de seguridad social (la "Ley") y las disposiciones conexas del Título XI de la Ley. Autorizo al presente individuo a realizar toda solicitud; presentar u obtener datos probatorios; obtener información sobre apelaciones y recibir toda notificación en relación con mi apelación, completamente en mi representación. Entiendo que información médica personal relacionada con mi apelación podría comunicarse al representante abajo indicado.

| | | |
|------------------------|--------|-------------------------------------|
| FIRMA DEL BENEFICIARIO | | 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 medio del presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido el desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos; que no estoy, en calidad de empleado corriente o anterior de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del beneficiario; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación por el Secretario.

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

| | | |
|-----------|--------|-------------------------------------|
| FIRMA | | FECHA |
| DIRECCIÓN | | NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

SECCIÓN III: RENUNCIA AL COBRO DE HONORARIOS POR REPRESENTACIÓN

Instrucciones: El presente formulario será completado si el representante renuncia al cobro de un honorario por tal representación.

(Obsérvese que los proveedores o suplidores podrían no cobrar un honorario en concepto de representación por lo que todos los proveedores o suplidores que ofrecen los artículos o servicios en cuestión **deben** completar la presente sección.)

Renuncio a mi derecho de imponer y cobrar un honorario para representar a _____ ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

| | |
|-------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-------|-------|

SECCIÓN IV: DISPENSA DE PAGO POR ARTÍCULOS O SERVICIOS EN CUESTIÓN

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que suministraron los artículos o servicios en cuestión deben completar esta sección si la apelación se relaciona con 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 provistos que se relacionan con 1879(a)(2) de la Ley.

| | |
|-------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-------|-------|

COBRO DE HONORARIOS POR REPRESENTACIÓN DE BENEFICIARIOS ANTE EL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Todo abogado, u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario en concepto de servicios prestados en relación con una apelación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) a nivel del Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) debe, por ley, obtener aprobación de un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f). Toda reclamación que haya sido remitida por un tribunal al Secretario para sometimiento a otros procesos administrativos se considerará ante el Secretario después de la remisión del tribunal.

Mediante este formulario, “Solicitud para obtener un honorario por concepto de representación” se recaba la información necesaria para solicitar el pago de un honorario. Debe ser completado por el representante y entregado a DHHS. En caso de que un representante haya prestado servicios en una reclamación ante DHHS, en el reglamento se estipula que debe determinarse el monto del honorario que se cobrará, si corresponde, por servicios prestados ante el Secretario del Departamento. En caso de que se cobre un honorario por concepto de tales servicios, deberá presentarse una solicitud para aprobación del monto.

No será necesaria la aprobación de un honorario cuando el apelante es un proveedor o suplidor o cuando el honorario en concepto de servicios 1) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; 2) en representación del beneficiario ante el tribunal de distrito federal antes mencionado, o 3) en representación del beneficiario en apelaciones a un nivel inferior al de ALJ. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La Sección III en la primera página del presente formulario puede usarse para tal fin. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario en concepto de representación.

AUTORIZACIÓN DE HONORARIO

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 reclamante al tiempo que conferirá una medida de seguridad a los beneficiarios. 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 competencia necesarias para la prestación de los 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 constituirse como representantes de beneficiarios ante DHHS.

De acuerdo con la Ley para la reducción de la burocracia de 1995, ninguna persona deberá responder a una solicitud de información a menos que esté identificada con un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta solicitud de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir la presente es de 15 minutos por notificación, lo cual comprende el tiempo para seleccionar el formulario impreso con anterioridad, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene algún comentario en relación con la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.
