

Назначение представителя

Используйте эту форму, чтобы назначить представителя, который будет действовать от вашего имени в связи с вашей претензией, апелляцией, жалобой или запросом. Подписывая эту форму и назначая этого представителя, вы соглашаетесь с тем, что представитель будет основным контактным лицом и будет иметь полномочия делать запросы, представлять доказательства, получать информацию и получать все сообщения о ваших действиях. Этот человек может видеть вашу личную медицинскую информацию. **Все поля в Разделе 1 и Разделе 2 являются обязательными (если только поле не отмечено как необязательное).**

Раздел 1: Сведения о лице, назначающем представителя

Этот раздел должен быть заполнен пациентом, поставщиком услуг или другим лицом, назначающим представителя.

Имя	Номер Medicare или национальный идентификатор поставщика услуг	
Почтовый адрес	Номер телефона (с кодом города) () -	
Город	Штат ()	Почтовый индекс ()
Электронная почта (необязательно)	Факс (необязательно) () -	
Подпись	Дата подписания (мм/дд/гггг) / /	

Раздел 2: Сведения о представителе

Этот раздел должен быть заполнен представителем.

Имя представителя		
Профессиональный статус или отношение к лицу, указанному в Разделе 1 (адвокат, родственник и т. д.)		
Почтовый адрес	Номер телефона (с кодом города) () -	
Город	Штат ()	Почтовый индекс ()
Электронная почта (необязательно)	Факс (необязательно) () -	

Подписываясь ниже, вы соглашаетесь действовать в качестве представителя и подтверждаете, что вы не были дисквалифицированы, отстранены или запрещены к практике в Department of Health and Human Services (HHS, Департамент здравоохранения и социальных служб) или иным образом лишены права действовать в качестве представителя. Любая плата, взимаемая за выполнение функций представителя, может быть рассмотрена и одобрена Секретарем. Если вы взимаете плату, перейдите к инструкциям на странице 3.

Подпись	Дата подписания (мм/дд/гггг) / /
---------	-------------------------------------

Представитель должен заполнить разделы ниже, если применимо (перейдите к инструкциям на странице 3)

Раздел 3: Подпись об отказе от платы за представительство

Поставщики и подрядчики, поставившие спорные товары или услуги, не могут взимать плату за представительство и должны подписаться ниже, чтобы отказаться от платы. Представители, которые решат отказаться от платы за представительство, также должны подписаться ниже.

Я отказываюсь от своего права взимать плату за представление интересов лица, указанного в Разделе 1, перед Секретарем NNS.

Подпись

Дата подписания (мм/дд/гггг)

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Раздел 4: Отказ от оплаты за спорные товары или услуги

Если вы являетесь поставщиком и предоставили товары или услуги пациенту, интересы которого вы представляете, и апелляция затрагивает вопрос о том, знали ли вы или пациент или от вас нельзя было разумно ожидать, что вы знали бы, что Medicare не будет покрывать эти товары или услуги.

Я отказываюсь от своего права взимать с пациента плату за товары или услуги, являющиеся предметом спора в настоящей апелляции, если будет вынесено определение об ответственности в соответствии с §1879(a)(2) Закона.

Подпись

Дата подписания (мм/дд/гггг)

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Инструкции

Все поля в Разделе 1 и Разделе 2 являются обязательными (если только поле не отмечено как «необязательное»). Если у лица или организации, назначающей представителя, нет номера Medicare или национального идентификатора поставщика услуг, укажите «неприменимо». Перейти к постановлению 42 CFR 405.910: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

Отказ от платы за представительство (Раздел 3) требуется, когда представитель обязан или согласился отказаться от платы за свое представительство или не взимать ее. Отказ от оплаты за спорные товары или услуги (Раздел 4) требуется, если поставщик, который предоставил пациенту товары или услуги, представляет его интересы и в апелляции рассматривается вопрос об ответственности (знании о непокрытии) в соответствии с §1879(a)(2) Закона. Перейдите к 42 CFR 405.910(f).

Назначение представителя считается действительным в течение одного года с даты подписания настоящей формы как лицом, назначающим представителя, так и назначенным представителем. Заполненную форму можно использовать для других апелляций или действий в течение годичного периода ее действия. Если заявление не отозвано, оно действительно в течение всего срока действия иска, апелляции, жалобы или запроса, в связи с которыми оно было подано.

Взимание платы за представление интересов пациентов перед Секретарем HHS

Адвокат или другой представитель пациента, желающий взимать плату за услуги, оказанные в связи с апелляцией в Секретариате HHS (т. е. слушание дела Administrative Law Judge (ALJ, судья по административным делам) или рассмотрение дела адвокатом-арбитром Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Управление слушаний и апелляций Medicare), рассмотрение дела Medicare Appeals Council (Апелляционный совет Medicare) или разбирательство в OMHA или Medicare Appeals Council в результате возврата дела из федерального окружного суда), должен получить одобрение платы в соответствии с 42 CFR 405.910(f).

Представитель должен заполнить форму OMHA-118 «Ходатайство о получении одобрения платы за представление интересов бенефициара» и подать ее вместе с запросом на слушание дела ALJ, рассмотрение дела в OMHA или рассмотрение дела в Medicare Appeals Council. Утверждение платы не требуется, если: (1) представляемый апеллянт является поставщиком; (2) плата взимается за услуги, оказанные в официальном качестве, например, в качестве законного опекуна, комитета или аналогичного назначенного судом представителя, и суд одобрил гонорар; (3) плата взимается за представление интересов пациента в судебном разбирательстве в федеральном окружном суде; или (4) плата взимается за представление интересов пациента при пересмотре решения или повторном рассмотрении. Представителям разрешается отказаться от оплаты, если они того пожелают. Получить форму OMHA-118 можно здесь: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Поставщик, предоставивший пациенту Medicare товары или услуги, являющиеся предметом апелляции, может представлять этого пациента в апелляции, но поставщик не может взимать с бенефициара какую-либо плату, связанную с представительством. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Утверждение платы

Требование утверждения платы гарантирует, что представитель получает справедливую оплату за свои услуги и что гонорары пациентов являются разумными. При утверждении запрашиваемой платы OMHA или Medicare Appeals Council будут учитывать характер и тип оказанных услуг, сложность дела, требуемый уровень навыков и компетентности, количество времени, затраченного на дело, достигнутые результаты, уровень необходимого административного рассмотрения и размер запрашиваемой платы.

Конфликт интересов

Разделы 203, 205 и 207 Главы XVIII Свода законов США устанавливают уголовную ответственность для некоторых действующих и бывших должностных лиц и служащих США за оказание определенных услуг в вопросах, затрагивающих правительство, или за оказание помощи или содействия в судебном преследовании исков против США. Лица, имеющие конфликт интересов, не допускаются к работе в качестве представителей пациентов в HHS.

Куда отправить эту форму

Отправьте эту форму по тому же адресу, куда вы отправляете претензию, апелляцию, жалобу или запрос.

Получите помощь и дополнительную информацию

Если у вас есть вопросы по этой форме, свяжитесь с вашим планом Medicare или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут позвонить по телефону 1-877-486-2048.

Вы имеете право получать информацию о Medicare в доступном формате, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Вы также имеете право подать жалобу, если считаете, что подверглись дискриминации. Посетите [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE для получения дополнительной информации.

Paperwork Reduction Act (PRA, Закон о сокращении канцелярской работы): Согласно Paperwork Reduction Act 1995 года, ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-0950. Время, необходимое для подготовки и распространения данного сбора, составляет 15 минут на одно уведомление, включая время на выбор предварительно отпечатанной формы, ее заполнение и доставку бенефициару. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.