

تعيين ممثل

استخدم هذا النموذج لتعيين ممثل ليتصرف نيابة عنك فيما يتعلق بمطالبتك، أو استئنافك، أو تظلمك أو طلبك. بتوقيعك على هذا النموذج وتعيين هذا الممثل، فإنك توافق على أن الممثل سيكون جهة الاتصال الرئيسية وسيكون لديه السلطة لتقديم الطلبات، وتقديم الأدلة، والحصول على المعلومات، وتلقي جميع الاتصالات المتعلقة بإجراءاتك. قد يتمكن هذا الشخص من رؤية معلوماتك الطبية الشخصية. **جميع الحقول في القسمين 1 و 2 مطلوبة ما لم يُذكر على أنها اختيارية.**

القسم 1: معلومات عن الشخص الذي يعين الممثل يجب أن يتم إكمال هذا القسم من قبل المريض، أو مزود الرعاية أو أي شخص آخر يعين ممثلاً.

رقم الرعاية الطبية أو المعرف الوطني لمزود الرعاية	الاسم
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) () - -	عنوان المراسلة
الولاية الرمز البريدي	المدينة
رقم الفاكس (اختياري) () - -	البريد الإلكتروني (اختياري)
تاريخ التوقيع (السنة / اليوم / الشهر) / /	التوقيع

القسم 2: معلومات عن الممثل يجب على الممثل إكمال هذا القسم.

اسم الممثل	الحالة المهنية أو العلاقة بالشخص المذكور في القسم 1 (محاو، قريب، إلخ)
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) () - -	عنوان المراسلة
الولاية الرمز البريدي	المدينة
رقم الفاكس (اختياري) () - -	البريد الإلكتروني (اختياري)
تاريخ التوقيع (السنة / اليوم / الشهر) / /	التوقيع

من خلال التوقيع أدناه، فإنك توافق على العمل كممثل وتشهد على أنه لم يتم استبعادك، أو تعليقك، أو منعك من ممارسة المهنة أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Department of Health and Human Services, HHS) أو استبعادك بأي شكل آخر من الأشكال من العمل كممثل. يجوز أن تكون أي رسوم يتم تحصيلها مقابل العمل كممثل خاضعة للمراجعة والموافقة من قبل السكرتير. إذا كنت تقوم بتحصيل رسوم، فانتقل إلى التعليمات الموجودة في الصفحة 2.

يجب على الممثل إكمال الأقسام أدناه، إذا كان قابل للتطبيق (انتقل إلى التعليمات في الصفحة 2)

القسم 3: التنازل عن رسوم التمثيل

لا يمكن للمزود الرعاية والمجهزين الذين قدموا العناصر أو الخدمات المعنية بتحصيل رسوم مقابل التمثيل ويجب عليهم التوقيع أدناه للتنازل عن رسومهم. يجب على الممثلين الذين يختارون التنازل عن رسوم تمثيلهم التوقيع أدناه أيضاً. **أنتنازل عن حقي في تحصيل رسوم مقابل تمثيل الشخص المذكور في القسم 1 أمام سكرتير HHS.**

تاريخ التوقيع (السنة / اليوم / الشهر) / /	التوقيع
--	---------

القسم 4: التنازل عن الدفع للعناصر أو الخدمات محل النزاع

إذا كنت مزود رعاية أو مجهزاً وقمت بتزويد المريض الذي تمثله بعناصر أو خدمات، إذا كان الاستئناف يتضمن سؤالاً حول ما إذا كنت أنت أو المريض لم تعرف، أو لا يمكن توقع معرفة ذلك بشكل معقول، بأن Medicare لن يغطي العناصر أو الخدمات. **أنتنازل عن حقي في تحصيل الدفع من المريض مقابل العناصر أو الخدمات محل النزاع في هذا الاستئناف إذا تم تحديد المسؤولية بموجب المادة §1879(a)(2) من القانون.**

تاريخ التوقيع (السنة / اليوم / الشهر) / /	التوقيع
--	---------

التعليمات ومتطلبات اللوائح

التعليمات

جميع الحقوق في القسمين 1 و 2 مطلوبة ما لم يُذكر على أنها "اختيارية". إذا لم يكن لدى الشخص أو الكيان الذي يعين ممثلًا رقم Medicare أو المعرف الوطني لمزود الرعاية، فاملأ "غير قابل للتطبيق". راجع اللائحة على 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)

التنازل عن رسوم التمثيل القسم 3 مطلوب عندما يكون مطلوبًا من الممثل، أو وافق على التنازل عن رسوم أو عدم تحصيلها مقابل تمثيله. التنازل عن الدفع مقابل العناصر أو الخدمات محل النزاع مطلوب بموجب القسم 4 إذا كان مزود الرعاية أو المجهز الذي قدم العناصر أو الخدمات للمريض يمثل المريض وكانت المسؤولية (معرفة عدم التغطية) بموجب المادة (2) §1879(a) من القانون هي محل نزاع في الاستئناف. أذهب إلى 42 CFR 405.910(f).

يعتبر تعيين الممثل صالحًا لمدة عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج من قبل كل من الشخص الذي يعين الممثل والممثل المعين. يمكن استخدام النموذج المكتمل للاستئنافات أو الإجراءات الأخرى خلال الفترة التي تكون صالحة فيها لمدة عام واحد. ما لم يتم إلغاؤه، يظل التمثيل صالحًا طوال مدة المطالبة، أو الاستئناف، أو التظلم، أو الطلب الذي تم تقديمه من أجله.

فرض رسوم تمثيل المستفيدين أمام سكرتير HHS

المحامي، أو الممثل الآخر للمريض، الذي يريد تحصيل رسوم مقابل الخدمات المقدمة فيما يتعلق باستئناف أمام سكرتير HHS (أي جلسة استماع لفاضي القانون الإداري (Administrative Law Judge ، ALJ) أو مراجعة قاضي المحامي من قبل مكتب جلسات الرعاية الطبية والاستئنافات (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) أو مراجعة مجلس استئناف Medicare، أو إجراء أمام OMHA أو مجلس استئناف Medicare نتيجة حبس احتياطي من محكمة المقاطعة الفيدرالية) مطلوب للحصول على الموافقة على الرسوم وفقًا لـ 42 CFR 405.910(f).

يجب على الممثل استكمال النموذج OMHA-118، "التماس الحصول على موافقة على رسوم تمثيل المستفيد" وتقديمه مع طلب جلسة الاستماع لدى القاضي الإداري، أو مراجعة OMHA، أو طلب مراجعة مجلس استئناف الرعاية الطبية. الموافقة على الرسوم ليست مطلوبة إذا: (1) المستأنف الذي يتم تمثيله هو مزود رعاية أو مجهزة؛ أو (2) الرسوم مقابل الخدمات المقدمة بصفة رسمية مثل الوصي القانوني، أو اللجنة، أو الممثل الممثل المعين من قبل المحكمة ووافقت المحكمة على الرسوم المعنية؛ أو (3) الرسوم لتمثيل المستفيد في دعوى في محكمة المقاطعة الفيدرالية؛ أو (4) الرسوم مخصصة لتمثيل المستفيد في إعادة القرار أو إعادة النظر. يُسمح للممثلين بالتنازل عن رسومهم إذا اختاروا ذلك. احصل على نموذج OMHA-118 هنا: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

يمكن لمزود الرعاية أو المجهز الذي قدم العناصر أو الخدمات إلى مريض Medicare والتي هي موضوع الاستئناف أن يمثل هذا المريض في الاستئناف، ولكن لا يجوز للمزود أو المجهز أن يفرض على المستفيد أي رسوم مرتبطة بالتمثيل. (42 CFR 405.910(f)(3)).

الموافقة على الرسوم

يضمن متطلب الموافقة على الرسوم أن يتم دفع أجر عادل للممثل مقابل خدماته وأن تكون رسوم المريض منطقية. عند الموافقة على الرسوم المطلوبة، سوف يأخذ OMHA أو مجلس استئناف Medicare في الاعتبار طبيعة ونوع الخدمات المقدمة، وتعقيد الحالة، ومستوى المهارة والكفاءة المطلوبة لتقديم الخدمات، ومقدار الوقت المستغرق في القضية، و النتائج المحققة، ومستوى المراجعة الإدارية التي نقل الممثل إليها الاستئناف، ومقدار الرسوم المطلوبة.

تضارب المصالح

المواد 203 و 205 و 207 من العنوان XVIII من قانون الولايات المتحدة تنص على انه يعد جريمة بالنسبة للضباط والموظفين السابقين والحاليين للولايات المتحدة تقديم خدمات معينة في المسائل التي تؤثر على الحكومة أو المساعدة في مقاضاة المطالبات ضد الولايات المتحدة. يتم استبعاد الأفراد الذين لديهم تضارب في المصالح من أن يكونوا ممثلين عن المستفيدين أمام HHS.

إلى أين ترسل هذا النموذج

قم بإرسال هذا النموذج إلى نفس الموقع الذي ترسل إليه مطالبتك، أو استئنافك، أو تظلمك، أو طلبك.

احصل على المساعدة والمزيد من المعلومات

للاستفسارات حول هذا النموذج، اتصل بخطة Medicare الخاصة بك أو اتصل على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) 1-800-MEDICARE. يتصل مستخدمو TTY بالرقم 1-877-486-2048.

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الوصول إليه، مثل الطباعة الكبيرة، أو برايل، أو الصوتيات. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. قم بزيارة [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) ، أو إتصل بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) 1-800-MEDICARE لمزيد من المعلومات.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP)، هي منظمة Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare و Medi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. تمثل CalOptima Health OneCare لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare مجانًا على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

قانون الحد من الأعمال الورقية: وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم صالحًا لمكتب الإدارة والميزانية. رقم تحكم OMB الصالح لجمع المعلومات هذا هو 0938-0950. الوقت اللازم لإعداد وتوزيع هذه المجموعة هو 15 دقيقة لكل إشعار، بما في ذلك وقت اختيار النموذج المطبوع مسبقًا وإكماله وتسليمه إلى المستفيد. إذا كانت لديك تعليقات بخصوص دقة تقديرات الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.