

انتصاب نماینده

از این فرم برای تعیین نماینده ای استفاده کنید تا از طرف شما برای ادعا، درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست شما اقدام کند. با امضای این فرم و تعیین این نماینده، شما موافقت می‌کنید که نماینده مخاطب اصلی خواهد بود و صلاحیت درخواست، ارائه شواهد، دریافت اطلاعات و دریافت کلیه ارتباطات در مورد اقدام شما را دارد. این شخص ممکن است اطلاعات پزشکی شخصی شما را ببیند. **همه گزینه های بخش 1 و 2 الزامی هستند مگر اینکه به عنوان گزینه اختیاری ذکر شده باشند.**

بخش 1: اطلاعات در مورد شخصی که نماینده را تعیین می کند
این بخش باید توسط بیمار، ارائه دهنده یا شخص دیگری که نماینده تعیین می کند تکمیل شود.

نام	شماره Medicare یا شناسه ارائه دهنده ملی
آدرس پستی	شماره تلفن (با کد منطقه) () - -
شهر	ایالت کد پستی
ایمیل (اختیاری)	شماره فکس (اختیاری) () - -
امضا	تاریخ (سال/روز/ماه) / /

بخش 2: اطلاعات مربوط به نماینده
این قسمت باید توسط نماینده تکمیل شود.

نام نماینده

موقعیت حرفه ای یا رابطه با شخص ذکر شده در بخش 1 (وکیل، خویشاوند، و غیره)

آدرس پستی	شماره تلفن (با کد منطقه) () - -
شهر	ایالت کد پستی
ایمیل (اختیاری)	شماره فکس (اختیاری) () - -

با امضای زیر، موافقت می‌کنید که به‌عنوان نماینده عمل کنید و گواهی می‌دهید که در وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services, HHS) رد صلاحیت، تعلیق یا منع نشده‌اید یا از فعالیت به‌عنوان نماینده محروم نشده‌اید. هرگونه هزینه ای که برای ایفای نقش به‌عنوان نماینده در نظر گرفته می‌شود، ممکن است منوط به بررسی و تأیید وزیر باشد. اگر هزینه ای دریافت می‌کنید، به دستورالعمل های صفحه 2 بروید.

امضا	تاریخ (سال/روز/ماه) / /
------	----------------------------

نماینده باید بخش های زیر را در صورت وجود تکمیل کند (به دستورالعمل های صفحه 2 بروید)

بخش 3: چشم پوشی از حقوق نمایندگی

ارائه دهندگان و تامین کنندگانی که اقلام یا خدمات مورد نظر را ارائه کرده اند نمی توانند هزینه ای برای نمایندگی دریافت کنند و باید قسمت زیر را برای چشم پوشی از هزینه خود امضا کنند. نمایندگانی که انتخاب می‌کنند از حقوق نمایندگی خود صرف نظر کنند نیز باید قسمت زیر را امضا کنند.
من از حق خود برای درخواست و دریافت هزینه برای نمایندگی شخص در بخش 1 در مقابل وزیر HHS چشم پوشی می‌کنم.

امضا	تاریخ (سال/روز/ماه) / /
------	----------------------------

بخش 4: چشم پوشی از پرداخت برای اقلام یا خدمات مورد بحث

اگر ارائه دهنده یا تامین کننده هستید و اقلام یا خدماتی را به بیمار ارائه می‌دهید، اگر درخواست تجدیدنظر شامل این سوال است که آیا شما یا بیمار نمی‌دانستید یا نمی‌توان انتظار داشت که به طور منطقی بدانید که Medicare اقلام یا خدمات را پوشش نمی‌دهد.
من، در صورت تعیین مسئولیت طبق قانون §1879(a)(2) از حق خود برای دریافت وجه از بیمار برای اقلام یا خدمات مورد بحث در این درخواست تجدیدنظر چشم پوشی می‌کنم.

امضا	تاریخ (سال/روز/ماه) / /
------	----------------------------

دستورالعمل ها و مقررات مورد نیاز

دستورالعمل ها

همه گزینه های بخش 1 و 2 الزامی هستند مگر اینکه به عنوان گزینه "اختیاری" ذکر شده باشند. اگر شخص یا نهادی که نماینده ای را منصوب می کند، شماره Medicare یا شناسه ارائه دهنده ملی ندارد، عبارت "غیر قابل اجرا" را وارد کنید. به مقررات 42CFR 405.910 مراجعه نمایید:
ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910

چشم پوشی از حقوق نمایندگی که در بخش 3 آورده شده زمانی لازم است که یک نماینده ملزم باشد، یا موافقت کرده باشد که از حق نمایندگی خود صرف نظر کند یا هزینه ای دریافت نکند. چشم پوشی از پرداخت برای اقلام یا خدمات در بخش 4 آورده شده است در صورتی الزامی است که ارائه دهنده یا تامین کننده ای که اقلام یا خدماتی را به بیمار ارائه کرده است نماینده بیمار باشد و مسئولیت (آگاهی از عدم پوشش) طبق §1879(a)(2) قانون در درخواست تجدیدنظر مطرح شده باشد. به 42 CFR 405.910(f) مراجعه کنید.

انتصاب نماینده به مدت یک سال از تاریخ امضای این فرم توسط شخص منصوب کننده و نماینده منصوب معتبر تلقی می شود. فرم تکمیل شده می تواند برای درخواست های تجدیدنظر یا اقدامات دیگر در طول دوره اعتبار یک ساله آن استفاده شود. بقیه از زمانی که وکالت لغو گردد، وکالت برای مدت زمان ادعا، تجدیدنظر، شکایت یا درخواستی که برای آن ثبت شده است معتبر است.

اخذ هزینه برای نمایندگی بیماران در مقابل وزیر HHS

یک وکیل یا نماینده دیگری برای یک بیمار، برای یک ذینفع که مایل است برای خدمات ارائه شده در رابطه با درخواست تجدیدنظر در مقابل وزیر HHS (به عنوان مثال، جلسه استماع قاضی حقوق اداری (ALJ) یا بررسی قاضی وکیل توسط دفتر جلسات Medicare هزینه دریافت کند، و استیناف (OMHA)، بررسی شورای استیناف Medicare، یا رسیدگی به OMHA یا شورای استیناف Medicare در نتیجه بازپرداخت از دادگاه منطقه فدرال)، برای دریافت تایید هزینه مطابق با 42 CFR 405.910(f) مورد نیاز است.

نماینده باید فرم OMHA-118، "دادخواست دریافت تایید هزینه برای نمایندگی یک ذینفع" را تکمیل کند و آن را همراه با درخواست استماع ALJ، بررسی OMHA، یا درخواست بررسی شورای استیناف Medicare ارسال کند. تایید هزینه در موارد زیر لازم نیست: (1) درخواست کننده تجدیدنظر دارای نماینده ارائه دهنده خدمات یا تامین کننده باشد؛ (2) کارمزد مربوط به خدمات ارائه شده در جایگاه رسمی مانند سرپرست قانونی، کمیته یا نماینده مشابه منصوب دادگاه باشد و دادگاه کارمزد موردنظر را تایید کرده باشد؛ (3) کارمزد مربوط به نمایندگی ذینفع در دعوی مطرح شده در دادگاه منطقی فدرال باشد؛ یا (4) کارمزد مربوط به نمایندگی ذینفع در روند بازبینی یا تجدیدنظر در رای باشد. نمایندگان مجازند در صورت تمایل از هزینه خود صرف نظر کنند. فرم OMHA-118 را از اینجا دریافت کنید:
HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

ارائه دهنده یا تامین کننده ای که اقلام یا خدماتی را به بیمار Medicare ارائه می کند که موضوع درخواست تجدیدنظر است، ممکن است نمایندگی آن بیمار را در یک درخواست تجدیدنظر برعهده بگیرد، اما ارائه دهنده یا تامین کننده ممکن است هیچ هزینه ای را از ذینفع دریافت نکند. (42 CFR 405.910(f)(3)).

تصویب هزینه

الزامات تایید هزینه تضمین می کند که هزینه یک نماینده برای خدمات خود به طور منصفانه پرداخت می شود و هزینه های بیمار نیز معقول باشند در تایید هزینه درخواستی، OMHA یا شورای استیناف Medicare ماهیت و نوع خدمات ارائه شده، پیچیدگی پرونده، سطح مهارت و شایستگی مورد نیاز در ارائه خدمات، مدت زمان صرف شده برای پرونده، نتایج به دست آمده، سطح بررسی اداری که نماینده درخواست تجدیدنظر را به آن نتیجه گیری رسانده و میزان هزینه درخواستی نماینده را مد نظر قرار می دهد.

تضاد منافع

بر اساس بخش های 203، 205 و 207 از عنوان XVIII قانون ایالات متحده، ارائه خدمات خاص در موضوعاتی که بر دولت تأثیر می گذارد یا ترغیب یا کمک به تعقیب دعوی علیه ایالات متحده برای برخی از افسران و کارمندان فعلی و سابق ایالات متحده یک جرم کیفری است. افراد دارای تضاد منافع از نمایندگی ذینفعان در برابر HHS محروم می شوند.

این فرم را به کجا باید ارسال کرد

این فرم را به همان مکانی که ادعا، درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست خود را ارسال می کنید، ارسال کنید.

دریافت راهنمایی و اطلاعات بیشتر

برای سؤالات درباره این فرم، با طرح Medicare خود یا با شماره (1-800-633-4227) Medicare (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. شماره مختص کاربران -1-877-486-2048 TTY.

شما این حق را دارید که اطلاعات Medicare را در قالبی در دسترس، مانند چاپ بزرگ، خط بریل، یا صوتی دریافت کنید. همچنین اگر احساس می کنید مورد تبعیض قرار گرفته اید، حق دارید شکایت کنید. از www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice دیدن کنید، یا برای اطلاعات بیشتر با شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

یک سازمان Medicare Advantage (HMO D-SNP)، CalOptima Health OneCare، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare یا شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید www.caloptima.org/OneCare.

قانون کاهش کاغذبازی: بر اساس قانون کاهش کاغذبازی 1995، پاسخ دادن به درخواست جمع آوری اطلاعات توسط هیچ شخصی الزامی نیست، مگر آنکه دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-0950 است. زمان لازم برای تهیه و توزیع این مجموعه به ازای هر اطلاعیه 15 دقیقه با احتساب زمان انتخاب فرم از پیش چاپ شده، تکمیل و تحویل آن به ذینفع می باشد. گر نظری در مورد صحت تخمین زمان یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به 21244-1850 Security Boulevard, Baltimore, Maryland، PRA Clearance Officer، CMS، بنویسید.