

Назначение представителя

Заполните эту форму, чтобы назначить представителя, который будет действовать от вашего имени по вашему требованию, апелляции, жалобе или запросу. Подписывая данную форму и назначая представителя, вы подтверждаете, что он будет вашим основным контактным лицом и получит полномочия направлять запросы, представлять доказательства, получать информацию, а также принимать всю корреспонденцию, связанную с вашим делом. Этот человек сможет ознакомиться с вашей личной медицинской информацией. **Все поля в разделах 1 и 2 обязательны для заполнения, если не указано, что они являются необязательными.**

Раздел 1: Сведения о лице, назначающем представителя

Заполняется пациентом, поставщиком услуг или другим лицом, назначающим представителя.

Полное имя	Номер Medicare или Национальный идентификатор поставщика	
Почтовый адрес	Телефон (с кодом города) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
Город	Штат [] []	Почтовый индекс [] [] [] [] [] []
Электронная почта (необязательно)	Факс (необязательно) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
Подпись:	Дата (мм/дд/гггг) [] [] / [] [] / [] [] [] []	

Раздел 2: Сведения о представителе. Заполняется представителем.

Полное имя представителя		
Профессиональный статус или характер отношений с лицом из раздела 1 (адвокат, родственник и т. д.)		
Почтовый адрес	Телефон (с кодом города) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
Город	Штат [] []	Почтовый индекс [] [] [] [] [] []
Электронная почта (необязательно)	Факс (необязательно) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
Подписываясь ниже, вы соглашаетесь выполнять обязанности представителя и подтверждаете, что вас не лишали права, не отстраняли и не запрещали заниматься деятельностью в Министерстве здравоохранения и социальных служб США (HHS), а также что вы не были иным образом лишены права выступать в качестве представителя. Любая плата (гонорар), взимаемая за представительство, может подлежать проверке и утверждению главой Министерства. Если вы планируете взимать гонорар за услуги, ознакомьтесь с инструкциями на странице 2.		
Подпись:	Дата (мм/дд/гггг) [] [] / [] [] / [] [] [] []	

Представитель должен заполнить разделы ниже, если применимо (см. инструкции на стр. 2)

Раздел 3: Отказ от вознаграждения (гонорара) за представительство

Поставщики, предоставившие товары или услуги, являющиеся предметом рассмотрения, не могут взимать гонорар за представительство и должны поставить подпись ниже, чтобы подтвердить отказ от вознаграждения. Представители, которые добровольно отказываются от вознаграждения, также должны подписаться.

Я отказываюсь от права взимать или получать вознаграждение (гонорар) за представительство лица, указанного в разделе 1, перед главой Министерства HHS.

Подпись:	Дата (мм/дд/гггг) [] [] / [] [] / [] [] [] []
----------	--

Раздел 4: Отказ от получения платы за товары или услуги, являющиеся предметом рассмотрения

Если вы являетесь поставщиком и предоставили товары или услуги пациенту, которого представляете, и апелляция касается вопроса, знал ли пациент или мог ли он разумно предполагать, что Medicare не оплатит данные товары или услуги, вы должны подписать следующее.

Я отказываюсь от права взыскивать с пациента плату за товары или услуги, являющиеся предметом данной апелляции, если будет вынесено решение о возложении ответственности на меня в соответствии с §1879(a)(2) Закона.

Signature	Date signed (mm/dd/yyyy) [] [] / [] [] / [] [] [] []
-----------	---

Инструкции и требования норм

Инструкции

Все поля в разделах 1 и 2 обязательны для заполнения, если только не указано, что они являются «необязательными». Если у лица или организации, назначающей представителя, отсутствует номер Medicare или Национальный идентификатор поставщика, необходимо указать «не применяется». Подробная информация приведена в нормативном документе 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)

Раздел 3 «Отказ от вознаграждения (гонорара) за представительство» подлежит обязательному заполнению, если представитель должен или согласился отказаться от взимания гонорара за свое представительство. Раздел 4 «Отказ от получения оплаты за товары или услуги, являющиеся предметом рассмотрения» подлежит обязательному заполнению, если поставщик, предоставивший пациенту товары или услуги, выступает его представителем, и в апелляции рассматривается вопрос об ответственности (знании об отсутствии покрытия) в соответствии с §1879(a)(2) Закона. См. 42 CFR 405.910(f).

Назначение представителя действительно в течение одного года с даты подписания формы как лицом, назначающим представителя, так и самим представителем. Заполненная форма может использоваться для подачи других апелляций или запросов в течение этого периода. Пока назначение не отозвано, представитель уполномочен действовать в интересах лица, подавшего требование, апелляцию, жалобу или запрос, на протяжении всего времени их рассмотрения.

Взимание гонорара с пациентов за представительство перед главой Министерства здравоохранения и социальных служб

Адвокат или иной представитель пациента, который намерен взимать гонорар за услуги, оказанные в связи с апелляцией, поданной в Министерство здравоохранения и социальных служб (например, слушанием дела судьей по административным делам (ALJ)) или рассмотрением дела адвокатом-арбитром в Управлении по слушаниям и апелляциям Medicare (OMHA), рассмотрением дела Апелляционным советом Medicare или разбирательством в OMHA или Апелляционном совете Medicare в результате возврата дела из федерального окружного суда) обязан получить одобрение гонорара в соответствии с 42 CFR 405.910(f).

Представитель должен заполнить форму OMHA-118 «Ходатайство о получении одобрения гонорара за представительство интересов бенефициара» и подать её вместе с запросом на слушание дела судьей по административным делам (ALJ), рассмотрение дела в OMHA или рассмотрение дела Апелляционным советом Medicare. Одобрение гонорара не требуется, если: (1) представляемым апеллятом является поставщик услуг или товаров; (2) гонорар взимается за услуги, оказываемые в официальном статусе (например, опекуном, членом комитета или иным представителем, назначенным судом), и суд утвердил размер этого гонорара; (3) гонорар взимается за представительство пациента в разбирательстве в федеральном окружном суде; или (4) гонорар взимается за представительство пациента на стадии пересмотра или повторного рассмотрения дела.

Представитель имеет право отказаться от взимания гонорара по собственному желанию. Форму OMHA-118 можно скачать по ссылке: [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, которые являются предметом апелляции, может представлять его в ходе апелляционного процесса, однако взимание с пациента какого-либо гонорара, связанного с данным представительством, не допускается. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Одобрение гонорара

Требование об одобрении гонорара гарантирует, что представитель получит справедливое вознаграждение за свои услуги, а размер гонорара будет признан разумным. При рассмотрении запроса на одобрение гонорара OMHA или Апелляционный совет Medicare учитывают: характер и вид оказанных услуг; сложность дела; квалификацию и уровень подготовки, необходимые для выполнения работы; время, затраченное на ведение дела; достигнутый результат; необходимый объём административного пересмотра; а также величину запрашиваемого гонорара.

Конфликт интересов

Разделы 203, 205 и 207 Раздела XVIII Кодекса США предусматривают, что для некоторых действующих и бывших должностных лиц и сотрудников правительства Соединённых Штатов является уголовным преступлением оказывать определённые услуги в делах, затрагивающих интересы государства, либо содействовать в предъявлении требований против правительства США. Лица, имеющие конфликт интересов, не могут выступать в качестве представителей пациентов перед Министерством здравоохранения и социальных служб США (HHS).

Куда направлять форму

Отправьте эту форму по тому же адресу, по которому вы направляете требование, апелляцию, жалобу или запрос.

Помощь и дополнительная информация

По вопросам, касающимся данной формы, свяжитесь со своим планом Medicare или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Вы имеете право получать информацию Medicare в доступных форматах, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Вы также имеете право подать жалобу, если считаете, что стали жертвой дискриминации. Для получения дополнительной информации посетите [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan — это организация Medicare Advantage, работающая по договорам с программы Medicare и Medi-Cal. Возможность регистрации в плане CalOptima Health OneCare зависит от продления этих договоров. Звоните на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734 (ТТУ 711)** — 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Посетите наш веб-сайт: www.caloptima.org/OneCare.

Закон о сокращении объёма документации Согласно принятому в 1995 г. закону о сокращении бумажного документооборота, физическое лицо не обязано предоставлять информацию в рамках сбора информации, если в форме для сбора информации не указан действительный контрольный номер административно-бюджетного управления (OMB). Действительный контрольный номер OMB для сбора этой 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 возникли замечания относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, обратитесь в CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.