

PAGTATALAGA NG KINATAWAN

Pangalan ng Partido	Numero ng Medicare (benepisyaryo bilang partido) o Pambansang Pantukoy ng Provider (provider o supplier bilang partido)
---------------------	---

Seksyon 1: Pagtatalaga ng Kinatawan

Sasagutan ng partidong humihiling ng representasyon (ibig sabihin, ang benepisyaryo ng Medicare, ang provider o ang supplier):

Itinatalaga ko ang indibidwal na pinangalanan sa Seksyon 2 na kumilos bilang aking kinatawan kaugnay ng aking claim o ipinaglalarang karapatan sa ilalim ng Pamagat XVIII ng Batas sa Social Security (ang "Batas") at mga nauugnay na probisyon ng Pamagat XI ng Batas. Pinahihintulutan ko ang indibidwal na ito na gumawa ng anumang kahilingan; na magpakita o kumuha ng ebidensiya; na kumuha ng impormasyon tungkol sa mga apela; at na tumanggap ng anumang paunawang may kaugnayan sa aking claim, apela, karaingan o kahilingan, nang ganap sa aking ngalan. Nauunawaan ko na ang personal na impormasyong medikal na nauugnay sa aking kahilingan ay maaaring ihayag sa kinatawang nakasaad sa ibaba.

Lagda ng Partidong Humihiling ng Representasyon	Petsa	
Address kasama ang Pangalan ng Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsiyonal)	Numero ng Fax (opsiyonal)	

Seksyon 2: Pagtanggap ng Pagtatalaga

Sasagutan ng kinatawan:

Ako si _____, ay tinatanggap ang pagtatalaga sa itaas. Pinapatunayan ko na hindi ako nadiskwalipika, nasuspende, o pinagbawalan sa pagsasagawa ng tungkulin sa harap ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (Department of Health and Human Services, HHS); na hindi ako nadiskwalipika, bilang kasalukuyan o dating empleyado ng Estados Unidos, mula sa pagkilos bilang kinatawan ng partido; at na nauunawaan kong maaaring sumailalim sa pagsusuri at pag-apruba ng Kalihim ang anumang bayarin.

Ako ay isang _____ (Propesyonal na katayuan o kaugnayan sa partido, hal. abogado, kamag-anak, atbp.)

Lagda ng Kinatawan	Petsa	
Address kasama ang Pangalan ng Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsiyonal)	Numero ng Fax (opsiyonal)	

Seksyon 3: Waiver ng Bayarin sa Representasyon

Mga Tagubilin: Dapat kumpletuhin ang seksyong ito kung kinakailangan, o pinipili ng, kinatawan na hindi tumanggap ng bayarin para sa representasyon. (Tandaan na ang mga provider o supplier na kumakatawan sa isang benepisyaryo at nagbigay ng mga item o serbisyo ay hindi maaaring maningil ng bayarin para sa representasyon at dapat sagutan ang seksyong ito.)

Isinusuko ko ang aking karapatang maningil at mangolekta ng bayarin para sa pagkatawan kay _____ sa harap ng Kalihim ng HHS.

Lagda	Petsa
-------	-------

Seksyon 4: Waiver ng Bayad para sa Mga Item o Serbisyong Pinag-uusapan

Mga Tagubilin: Ang seksyong ito ay dapat sagutan ng mga provider o supplier na nagsisilbing kinatawan para sa isang benepisyaryo na binigyan nila ng mga item o serbisyo kung ang apela ay tungkol sa pagsusuri sa pananagutan sa ilalim ng seksyon 1879(a)(2) ng Batas. (Seksyon 1879(a)

(2) pangkalahatang tinutugunan kung hindi alam ng isang provider/supplier o benepisyaryo, o hindi maaaring makatuwirang asahan na malaman, na ang mga item o serbisyong pinag-uusapan ay hindi babayaran ng Medicare.)

Isinusuko ko ang aking karapatang mangolekta ng bayad mula sa benepisyaryo para sa mga item o serbisyong pinag-uusapan sa apelang ito, kung ang pagtukoy ng pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas ang pinag-uusapan.

Lagda	Petsa
-------	-------

MGA TAGUBILIN AT KINAKAILANGAN SA REGULASYON

Mga Tagubilin

Pangalan ng Partido (kinakailangan): Ito ang pangalan ng tao o entidad na may katayuang maghain ng claim o apela (ang pangalan ng taong may Medicare, o ang pangalan ng provider o supplier).

Numero ng Medicare o Pambansang Pantukoy ng Provider (kinakailangan): Dapait itong kumpletuhin kapag may numero ng Medicare o Pambansang Pantukoy ng Pagkakakilanlan ang tao o entidad na nagtatalaga ng kinatawan. Kung hindi naaangkop, ilagay ang, “hindi naaangkop”.

Kinakailangan ang lahat ng patlang sa Seksyon 1 at 2 maliban kung binanggit bilang opsiyonal sa loob ng patlang. Tingnan ang regulasyon sa [42 CFR 405.910](#).

Paniningil ng Mga Bayarin para sa Pagkatawan sa Mga Benepisyaryo sa harap ng Kalihim ng HHS

Ang isang abogado, o ibang kinatawan para sa isang benepisyaryo, na nagnanais na maningil ng bayarin para sa mga serbisyong ibinigay kaugnay ng isang apela sa Kalihim ng HHS (iyon ay, isang pagdinig ng Hukom sa Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) o pagsusuri ng isang attorney adjudicator ng Tanggapan ng Mga Pagdinig at Apela ng Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), pagsusuri ng Konseho ng Mga Apela sa Medicare (Medicare Appeals Council), o pagdinig sa harap ng OMHA o ng Konseho ng Mga Apela sa Medicare bilang resulta ng isang pagpapabalik mula sa hukuman ng distritong pederal) ay kinakailangang kumuha ng pag-apruba sa bayarin alinsunod sa 42 CFR 405.910(f).

Kinukuha ng form OMHA-118 na “Petisyon para Kumuha ng Pag-apruba para sa Bayarin para sa Kinatawan” ang kinakailangang impormasyon para sa isang petisyon sa bayarin. Kailangan itong kumpletuhin ng kinatawan at ihain kasabay ng kahilingan para sa pagdinig ng ALJ, pagsusuri ng OMHA, o kahilingan para sa pagsusuri ng Konseho ng Mga Apela sa Medicare. Ang pag-apruba sa bayarin ng kinatawan ay hindi kinakailangan kung: (1) ang kinakatawang umaapela ay isang provider o supplier; (2) ang bayarin ay para sa mga serbisyong ibinigay sa opisyal na kakayahan gaya sa isang legal na tagapangalaga, komite, o katulad na kinatawan na itinalaga ng hukuman at inaprubahan ng hukuman ang pinag-uusapang bayarin; (3) ang bayarin ay para sa pagkatawan sa isang benepisyaryo sa isang pagdinig sa hukuman ng distritong pederal; o (4) ang bayarin ay para sa pagkatawan sa isang benepisyaryo sa muling pagpapasya o muling pagsasaalang-alang. Kung gustong isuko ng kinatawan ang isang bayarin, maaari niya itong gawin. Makikita ang form OMHA-118, sa: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Pag-apruba ng Bayarin

Dahil kinakailangan ang pag-apruba ng mga bayarin, matitiyak na makakatanggap ang isang kinatawan ng patas na halaga para sa mga serbisyong isinagawa sa harap ng HHS sa ngalan ng isang benepisyaryo, at nagbibigay ito sa benepisyaryo ng seguridad na makatuwirang tinukoy ang mga bayarin. Sa pag-apruba ng hinihiling na bayarin, isasaalang-alang ng OMHA o ng Konseho ng Mga Apela sa Medicare ang katangian at uri ng mga serbisyong ibinigay, kung gaano kakumplikado ang kaso, ang antas ng kasanayan at kakayahan na kailangan sa pagbibigay ng mga serbisyo, kung gaano kahaba ang oras na ginugol sa kaso, ang mga resultang nakamit, ang antas ng administratibong pagsusuri kung saan dinala ng kinatawan ang apela at ang halaga ng bayarin na hinihiling ng kinatawan.

Salungatan ng Interes

Ayon sa Seksyon 203, 205 at 207 ng Pamagat XVIII ng Kodigo ng Estados Unidos, isang kriminal na paglabag para sa ilang partikular na opisyal, empleyado at dating opisyal at empleyado ng Estados Unidos na magbigay ng ilang partikular na serbisyo sa mga usaping nakakaapekto sa Pamahalaan o tumulong sa pagsasagawa ng mga claim laban sa Estados Unidos. Ang mga indibidwal na may salungatan ng interes ay hindi isinasama sa pagiging mga kinatawan ng mga benepisyaryo sa harap ng HHS.

Saan Ipadala ang Form na Ito

Ipadala ang form na ito sa parehong lugar kung saan mo pinapadala (o ipinadala) ang iyong: apela kung ikaw ay naghahain ng apela, karaingan o reklamo kung ikaw ay naghahain ng karaingan o reklamo, o inisyal pagpapasiya o desisyon kung ikaw ay humihiling ng inisyal pagpapasiya o desisyon. Kung kailangan ng karagdagang tulong, makipag-ugnayan sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048), o sa iyong plano sa Medicare.

Mayroon kang karapatan na makatanggap ng impormasyon ng Medicare sa naa-access na format, tulad ng malaking titik, Braille, o audio. May karapatan ka ring maghain ng reklamo kung sa palagay mo ay nadiskrimina ka. Bumisita sa <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa higit pang impormasyon. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Mga Papeles (Paperwork Reduction Act) ng 1995, hindi kinakailangang tumugon ng mga tao sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lamang kung nagpapakita ito ng may-bisang OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-0950. Ang kinakailangang oras upang maihanda at maipamahagi ang pangongolektang ito ay 15 minuto sa bawat paunawa, kasama na ang oras upang piliin ang na-print nang form, sagutan ito at ihatid ito sa benepisyaryo. Kung mayroon kang mga komento hinggil sa katumpakan ng mga oras o mga mungkahi para sa pagpapahusay sa form na ito, mangyaring sumulat sa CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.