

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Nombre de la parte	Número de Medicare (si la parte es el beneficiario) o identificador nacional de proveedor (si la parte es el proveedor o suministrador)
--------------------	---

Sección 1: Designación de representante

Debe ser completada por la parte que solicita la representación (es decir, el beneficiario de Medicare, el proveedor o el suministrador):

Designo a la persona mencionada en la Sección 2 para que actúe como mi representante en relación con mi reclamación o derecho invocado en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la "Ley") y las disposiciones relacionadas del Título XI en la misma Ley. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; a presentar o solicitar evidencia; a obtener información sobre apelaciones; y a recibir cualquier aviso en relación con mi reclamación, apelación, queja formal o solicitud completamente en mi nombre. Entiendo que mi información médica personal relacionada con mi solicitud puede divulgarse al representante que se indica a continuación.

Firma de la parte que solicita la representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con el código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)	Número de fax (opcional)	

Sección 2: Aceptación de la designación

Completado por el representante:

Yo, _____, por el presente acepto la designación anterior. Certifico que no he sido descalificado, suspendido ni prohibido para ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS); que no estoy, en calidad de empleado actual o anterior del Gobierno de los Estados Unidos, impedido de actuar como representante de la parte; y que acepto que cualquier tarifa podrá ser objeto de revisión y aprobación por el secretario.

Soy un/una _____
(Condición profesional o relación con la parte, p. ej., abogado, familiar, etc.)

Firma del representante	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con el código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)	Número de fax (opcional)	

Sección 3: Renuncia a honorarios por representación

Instrucciones: Esta sección debe completarse si el representante debe, o elige, renunciar a sus honorarios por representación. (Tenga en cuenta que los proveedores o suministradores que representan a un beneficiario y proporcionaron los artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho a cobrar honorarios por actuar como representante _____ ante el secretario del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al pago de artículos o servicios en cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suministradores que actúan como representantes de un beneficiario a quien le proporcionaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra una cuestión de responsabilidad conforme a la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a) (2) generalmente aborda si un proveedor/suministrador o beneficiario no sabía, o no se podía esperar razonablemente que supiera, que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho a cobrarle al beneficiario el pago por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si existe una determinación de responsabilidad conforme a la sección §1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS NORMATIVOS

Instrucciones

Nombre de la parte (obligatorio): Este es el nombre de la persona o entidad que está en condiciones de presentar una reclamación o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o suministrador).

Número de Medicare o identificador nacional de proveedor (obligatorio): Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o un identificador nacional de proveedor. Si no corresponde, complete "no corresponde".

Todos los campos de las secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indique que son opcionales dentro del campo. Consulte la reglamentación en [la sección 405.910 Título 42 del Código de Reglamentos Federales \(Code of Federal Regulations, CFR\)](#).

Cobro de honorarios por representar a los beneficiarios ante el secretario del HHS

Un abogado, u otro representante de un beneficiario, que desea cobrar honorarios por los servicios prestados en relación con una apelación ante el secretario del HHS (es decir, una audiencia de un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o una revisión de un abogado litigador por parte de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, o un procedimiento ante la OMHA o dicho Consejo derivado de una remisión de un tribunal federal de distrito) debe obtener la aprobación de los honorarios conforme a la sección 405.910(f) del Título 42 del CFR.

El formulario, OMHA-118, "Petición para obtener la aprobación de honorarios por representar a un beneficiario" solicita la información requerida para dicha solicitud. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud de audiencia de un ALJ, revisión de la OMHA o solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de los honorarios de un representante si: (1) el apelante representado es un proveedor o suministrador; (2) los honorarios corresponden a servicios prestados en calidad oficial, como la de un tutor legal, comité o representante designado por un tribunal similar, y el tribunal ha aprobado los honorarios en cuestión; (3) los honorarios son por la representación de un beneficiario en un procedimiento en un tribunal de distrito federal; o (4) los honorarios corresponden a la representación de un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de honorarios, puede hacerlo. El formulario, OMHA-118, se puede encontrar en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>.

Aprobación de los honorarios

El requisito para la aprobación de los honorarios garantiza que un representante reciba una retribución justa por los servicios prestados ante el HHS en nombre de un beneficiario, y le proporciona al beneficiario una garantía de que las tarifas se determinan razonables. Al aprobar los honorarios solicitados, la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerarán la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad y competencia requeridos en la prestación de los servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados logrados, el nivel de revisión administrativa al que el representante llevó la apelación y el monto solicitado por el representante como honorarios.

Conflicto de interés

Las secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos establecen que prestar ciertos servicios en asuntos que afectan al gobierno o ayudar en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos es un delito penal para ciertos funcionarios, empleados y exfuncionarios o exempleados de los Estados Unidos. Las personas con conflictos de interés no pueden actuar como representantes de beneficiarios ante el HHS.

Dónde enviar este formulario

Envíe este formulario a la siguiente dirección:

**Mass General Brigham Health Plan
399 Revolution Drive
Suite 875
Somerville, MA 02145**

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente de Mass General Brigham Health Plan al **888-816-6000** (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Si necesita ayuda adicional, comuníquese al **800-MEDICARE (800-633-4227, TTY: 877-486-2048)**.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> o llame al **800-MEDICARE (800-633-4227)** para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al **877-486-2048**.

Mass General Brigham One Care es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Mass General Brigham SCO (Senior Care Options) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación es de 15 minutos por aviso, incluido el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

H0777_0501_PDT_C
H1611_0501_PDT_C