

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 naghahanap ng representasyon (ibig sabihin, ang benepisyaryo ng Medicare, ang provider o ang supplier):

Itinatalaga ko ang indibidwal na pinangalanan sa Seksyon 2 para kumilos bilang aking kinatawan kaugnay ng aking habol o o isinaad na karapatan sa ilalim ng Pamagat XVIII ng Social Security Act (Batas sa Segurong Panlipunan) (ang "Batas") at mga kaugnay na probisyon ng Pamagat XI ng Batas. Pinapahintulutan ko ang indibidwal na ito na gumawa ng anumang kahilingan; magpakita o magbigay ng katibayan; kumuha ng impormasyon sa mga apela; at tumanggap ng anumang abiso na may kaugnayan sa aking habol, apela, karaingan o kahilingan bilang kahalili ko. Naiintindihan kong ang personal na medikal na impormasyong nauugnay sa aking kahilingan ay maaaring ibunyag sa kinatawan na nakasaad sa ibaba.

Lagda ng Partidong Naghahanap ng Representasyon	Petsa	
Street Address	Numero ng Telepono (may Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsyonal)	Numero ng Fax (opsyonal)	

Seksyon 2: Pagtanggap ng Pagtatalaga

Sasagutan ng kinatawan:

Tinatanggap _____ ko dito ang pagtatalaga sa itaas. Pinatutunayan kong hindi ako nadiskwalipika, nasuspinde, o pinagbawalang isagawa ang aking propesyon sa Department of Health and Human Services (HHS, Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao); na hindi ako, bilang kasalukuyan o dating empleyado ng Estados Unidos, nadiskwalipikang kumilos bilang kinatawan ng partido; at kinikilala kong ang anumang bayad ay maaaring sumailalim sa pagsusuri at pag-apruba ng Kalihim.

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

Lagda ng Kinatawan	Petsa	
Street Address	Numero ng Telepono (may Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsyonal)	Numero ng Fax (opsyonal)	

Seksyon 3: Pagsusuko ng Bayad para sa Representasyon

Mga Tagubilin: Dapag sagutan ang seksyong ito kung kinakailangan ng kinatawan na, o pinipili niyang isuko ang kaniyang bayad para sa representasyon. (Tandaang ang mga provider o supplier na kumakatawan sa isang benepisyaryo at nagbigay ng mga item o serbisyo ay hindi maaaring maningil ng bayad para sa representasyon at **dapat** sagutan ang seksyong ito.)

Isinusuko ko ang aking karapatang maningil at mangolekta ng bayad para sa pagkatawan _____ sa harapan ng Kalihim ng HHS.

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

Seksyon 4: Pagsusuko ng Pagbabayad para sa Mga Tinatalakay na Item o Serbisyo

Mga Tagubilin: Ang mga provider o supplier na naglilingkod bilang isang kinatawan para sa isang benepisyaryo na binigyan nila ng mga item o serbisyo ay dapat sagutan ang seksyong ito kung ang apela ay kinasasangkutan ng tanong ng pananagutan sa ilalim ng seksyon 1879(a)(2) ng Batas. (Sa pangkalahatan, tintalakay ng Seksyon 1879(a)(2) kung hindi alam ng provider/supplier o benepisyaryo, o hindi makatwirang asahang malaman nila, na hindi sinasaklaw ng Medicare ang mga item o serbisyong pinag-uusapan.)

Isinusuko ko ang aking karapatang mangolekta ng bayad mula sa benepisyaryo para sa mga item o serbisyong tinatalakay sa apela na ito kung isinasaalang-alang ang isang pagpapasiya ng pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas.

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

MGA TAGUBILIN AT MGA KINAKAILANGAN SA REGULASYON

Mga Tagubilin

Pangalan ng Partido (kinakailangan): Ito ang pangalan ng tao o entidad na may katayuan para maghain ng habol o apela (ang pangalan ng taong mayroong Medicare, o pangalan ng provider o supplier).

Numero ng Medicare o Pambansang Pantukoy ng Provider (kinakailangan): Dapat sagutan ito kapag ang tao o entidad na nagtatalaga ng kinatawan ay may numero ng Medicare o National Provider Identifier. Kung hindi naaangkop, ilagay ang, “hindi naaangkop”.

Ang lahat ng patlang sa Seksyon 1 at 2 ay kinakailangan maliban kung nakalagay na opsyonal ito sa loob ng patlang. Tingnan ang regulasyon sa [42 CFR 405.910](#).

Pagsingil ng Mga Bayad para sa Pagkatawan sa Mga Benepisyaryo sa Kalihim ng HHS

Ang isang abogado, o iba pang kinatawan para sa isang benepisyaryo, na gustong maningil ng bayad para sa mga serbisyong ibinigay kaugnay ng pagdinig ng apela sa Kalihim ng HHS (ibig sabihin, isang Administrative Law Judge (ALJ), Hukom sa Batas Administratibo) o pagsusuri ng attorney adjudicator ng Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Opisina ng Mga Pagdinig at Apela ng Medicare), pagsusuri sa Medicare Appeals Council (Lupon ng Mga Apela ng Medicare), o isang proseso sa OMHA o Medicare Appeals Council bilang resulta ng remand (pagpapabalik) mula sa pederal na hukuman ng distrito) ay kinakailangang makakuha ng pag-apruba ng bayad alinsunod sa 42 CFR 405.910 (f).

Ang form, OMHA-118, na “Petisyon para Makakuha ng Pag-apruba ng Bayad para sa Pagkatawan sa isang Benepisyaryo,” ay nagpapakita ng impormasyong kinakailangan para sa isang petisyon sa bayad. Dapat itong sagutan ng kinatawan at ihain kasama kasama ang kahilingan para sa pagdinig ng ALJ, pagsusuri ng OMHA, o kahilingan para sa pagsusuri ng Medicare Appeals Council. Hindi kinakailangan ang pag-apruba ng bayad ng isang kinatawan kung: (1) ang apelanteng kinatawan ay isang provider o supplier; (2) ang bayad ay para sa mga serbisyong ibinigay sa opisyal na kapasidad tulad ng legal na tagapag-alaga, komite, o katulad na kinatawang itinalaga ng korte at inaprubahan ng korte ang bayad na pinag-uusapan; (3) ang bayad ay para sa representasyon ng isang benepisyaryo sa isang proseso sa pederal na korte ng distrito; o (4) ang bayad ay para sa representasyon ng benepisyaryo sa muling pagpapasiya o muling pagsasaalang-alang. Kung gusto ng kinatawang magsuko ng bayad, maaari niyang gawin ito. Ang form, OMHA-118, ay maaaring makita sa: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Pag-apruba ng Bayad

Ang pangangailangan para sa pag-apruba ng mga bayarin ay tumitiyak na ang isang kinatawan ay makakatanggap ng patas na halaga para sa mga serbisyong isinagawa sa HHS sa ngalan ng isang benepisyaryo, at nagbibigay sa benepisyaryo ng sukat ng seguridad na natutukoy na makatuwiran ang mga bayarin. Sa pag-apruba ng hiniling na bayad, isasaalang-alang ng OMHA o Medicare Appeals Council ang likas at uri ng mga serbisyong ibinigay, ang pagiging kumplikado ng kaso, ang antas ng kasanayan at kakayahang kinakailangan sa paghahatid ng mga serbisyo, ang dami ng 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 bayad na hiniling ng kinatawan.

Salungatan ng Interes

Ayon sa mga seksyon 203, 205, at 207 ng Pamagat XVIII ng Kodigo ng Estados Unidos, isang kriminal na pagkakasala para sa ilang partikular na opisyal, empleyado at dating opisyal, at empleyado ng Estados Unidos ang magbigay ng ilang partikular na serbisyo sa mga usaping nakakaapekto sa Pamahalaan o ang tumulong o umalalay sa pag-uusig ng mga habol laban sa Estados Unidos. Ang mga indibidwal na may salungatan ng interes ay hindi kasama sa pagiging kinatawan ng mga benepisyaryo sa HHS.

Saan Ipadala ang Form na Ito

Ipadala ang form na ito sa mismong lokasyon kung saan mo ipinapadala (o ipinadala mo na) ang iyong: apela kung naghahain ka ng apela, karaingan o reklamo kung naghahain ka ng karaingan o reklamo, o paunang pagpapasiya o desisyon kung humihiling ka ng paunang pagpapasiya o desisyon. Kung kailangan ng karagdagang tulong, makipag-ugnayan sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048), o sa iyong plano sa Medicare.

May karapatan kang makakuha ng impormasyon ng Medicare sa isang naa-access na format, tulad ng malalaking print, Braille, o audio. May karapatan ka ring maghain ng reklamo kung sa palagay mo ay diniskrimina ka. Bisitahin ang <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa karagdagang impormasyon. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995 (Batas ng Pagbabawas ng Dokumentasyon sa Papel ng 1995), walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng tamang control number ng Office of Management and Budget (OMB, Tanggapan ng Pamamahala at Badyet). Ang tamang OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-0950. Ang oras na kinakailangan para ihanda at ipamahagi ang pagkolektang ito ay 15 minuto sa bawat abiso, kabilang ang oras para piliin ang naka-preprint na form, sagutan ito, at ihatid ito sa benepisyaryo. Kung mayroon kang mga komento tungkol sa kawastuhan ng (mga) pagtatantya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapabuti ng form ito, mangyaring sumulat sa CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.