Formulario aprobado
OMB No. 0938-0950
Expira: 08/31/2025

Nombramiento de Representante

Utilice este formulario para nombrar a un representante para actuar en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición. Al firmar este formulario y nombrar a este representante, usted acepta que el representante será el contacto principal y tendrá autoridad para hacer peticiones, presentar pruebas, obtener información y recibir toda comunicación sobre su acción. Esta persona puede ver su información médica personal. **Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son opcionales.**

Sección 1: Información sobre la persona que nombra al representante

El paciente, proveedor u otra persona que nombra al representante debe completar esta sección.

Nombre	Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional

Dirección	Teléfono (con código de área)
	( ) -

Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional)
	( ) -

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Sección 2: Información sobre el representante

El representante debe completar esta sección.

Nombre del Representante

Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.)

Dirección	Teléfono (con código de área)
	( ) -

Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional)
	( ) -

Al firmar abajo, usted acepta actuar como representante y certifica que no se le ha descalificado, suspendido o prohibido la práctica ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), ni se le ha descalificado para actuar como representante. Toda tarifa a ser cobrada por actuar como representante podría ser sujeta a la revisión y aprobación del Secretario. Si usted cobrará una tarifa, consulte las instrucciones en la página 2.

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Llenar las secciones siguientes, si aplican (vaya a las instrucciones en página 2)

Sección 3: Renuncia de Tarifa por Representación

Proveedores y suplidores que proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben firmar abajo para renunciar a la tarifa. Representantes que optan por renunciar a su tarifa por representación deben firmar abajo, también. **Renuncio a mi derecho a cobrar y recibir una tarifa por representar a la persona en la Sección 1 ante el Secretario de HHS.**

Firma del representante	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Sección 4: Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Si usted es un proveedor o suministrador y proporcionó artículos o servicios al paciente al cual representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar supiera de forma razonable, que Medicare no cubriría los artículos o servicios. **Renuncio mi derecho a recibir el pago del paciente por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se tomara una determinación de responsabilidad en el marco del §1879(a)(2) de la Ley.**

Firma del representante	Fecha (mm/dd/yyyy)
	/ /

Instructions and Regulation Requirements

Instructions

All fields in Sections 1 and 2 are required unless marked "optional." If the person or entity appointing a representative doesn't have a Medicare number or National Provider Identifier, fill in "not applicable." Go to the regulation at 42 CFR 405.910: **ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910**

Waiver of Fee for Representation Section 3 is required when a representative is required, or has agreed, to waive or not charge a fee for their representation. Waiver of Payment for Items or Services at Issue Section 4 is required if a provider or supplier who furnished items or services to the patient represents the patient and liability (knowledge of non-coverage) under §1879(a)(2) of the Act is at issue in the appeal. Go to 42 CFR 405.910(f).

An appointment of a representative is considered valid for one year from the date this form is signed by both the person appointing a representative and the appointed representative. A completed form can be used for other appeals or actions during the one-year period it's valid. Unless revoked, the representation is valid for the duration of the claim, appeal, grievance, or request for which it was filed.

Charging fees for representing patients before the Secretary of HHS

An attorney, or other representative for a patient, who wants to charge a fee for services rendered in connection with an appeal before the Secretary of HHS (i.e., an Administrative Law Judge (ALJ) hearing or attorney adjudicator review by the Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA), Medicare Appeals Council review, or a proceeding before OMHA or the Medicare Appeals Council as a result of a remand from federal district court), is required to have the fee approved in accordance with 42 CFR 405.910(f).

The representative should complete the form OMHA-118, "Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing a Beneficiary" and file it with the request for ALJ hearing, OMHA review, or request for Medicare Appeals Council review. Fee approval is not required if: (1) the appellant being represented is a provider or supplier; (2) the fee is for services rendered in an official capacity such as that of legal guardian, committee, or similar court-appointed representative, and the court approved the fee; (3) the fee is for representing a patient in a proceeding in federal district court; or (4) the fee is for representing a patient in a redetermination or reconsideration. Representatives are permitted to waive their fee if they choose. Get form OMHA-118 here: **HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf**

A provider or supplier who furnished the items or services to a Medicare patient that are the subject of the appeal may represent that patient in an appeal, but the provider or supplier may not charge the beneficiary any fee associated with the representation. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Approval of fee

The fee approval requirement ensures that a representative is paid fairly for their services and that patient fees are reasonable. In approving a requested fee, OMHA or Medicare Appeals Council will consider the nature and type of services rendered, the complexity of the case, the level of skill and competence required, the amount of time spent on the case, the results achieved, the level of administrative review needed, and the amount of the fee requested.

Conflict of interest

Sections 203, 205 and 207 of Title XVIII of the United States Code make it a criminal offense for certain current and former officers and employees of the United States to render certain services in matters affecting the government or to aid or assist in prosecuting claims against the United States. Individuals with a conflict of interest are excluded from serving as representatives of patients before HHS.

Where to send this form

Send this form to the same location you send your claim, appeal, grievance, or request.

Get help & more information

For questions about this form, contact your Medicare plan or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048.

You have the right to get Medicare information in an accessible format, like large print, braille, or audio. You also have the right to file a complaint if you feel you've been discriminated against. Visit **Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice**, or call 1-800-MEDICARE for more information.