

تعيين ممثل

اسم الطرف	رقم Medicare (المستفيد بوصفه طرفاً في التعاقد) أو المعرف الوطني لمقدمة الخدمة (مقدم الخدمة أو المورد بوصفه طرفاً في التعاقد)
-----------	--

القسم 1: تعيين ممثل

يتم إكماله من قبل الطرف الذي يسعى للتمثيل (أي المنتفع من برنامج Medicare أو مقدم الخدمة أو المورد):

أعين الشخص المذكور في القسم 2 ليكون ممثلاً لي فيما يتعلق بمطالبتي أو حقي المؤكد بموجب الباب الثامن عشر من Social Security Act (قانون الضمان الاجتماعي) (يشار إليه فيما يلي بـ "القانون") والأحكام ذات الصلة في الباب الحادي عشر من القانون. أفض هذا الشخص بتقديم أي طلب؛ ولتقديم الأدلة أو جمعها؛ وللحصول على معلومات بشأن الطعون؛ وتلقي أي إشعار فيما يتعلق بمطالبتي أو طعني أو تظلمي أو طلبي بالنيابة عني بالكامل. أدرك أنه قد يتم الكشف عن المعلومات الطبية الشخصية المتعلقة بطلبي للممثل المشار إليه أدناه.

توقيع الطرف الذي يسعى للتمثيل	التاريخ
عنوان الشارع	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)
المدينة	الرمز البريدي
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	رقم الفاكس (اختياري)

القسم 2: قبول التعيين

يتم استكماله من قبل الممثل:

أنا،
المهنة أمام HHS) Department of Health and Human Services، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية؛ وأقر أنني، بوصفي موظفًا حاليًا أو سابقًا في الولايات المتحدة، لست مستبعدًا من العمل بوصفي ممثل للطرف المتعاقد؛ وأقر أنني أدرك أن أي رسوم قد تخضع للمراجعة والموافقة من قبل الوزير.
أنا

(الوضع المهني أو العلاقة بالطرف المتعاقد، مثل محام أو أحد الأقرباء، وما إلى ذلك)

توقيع الممثل	التاريخ
عنوان الشارع	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)
المدينة	الرمز البريدي
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	رقم الفاكس (اختياري)

القسم 3: الإعفاء من رسوم التمثيل

تعليمات: يجب إكمال هذا القسم إذا كان الممثل مطالبًا بالتنازل عن رسوم التمثيل أو اختار ذلك. (لاحظ أن مقدمي الخدمات أو الموردين الذين يمثلون المنتفعين ويقدمون العناصر أو الخدمات قد لا يتقاضون رسومًا مقابل التمثيل ويجب عليهم أكمل هذا القسم.)

أتنازل عن حقي في تحصيل وجمع رسوم التمثيل _____ أمام وزير HHS.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

القسم 4: التنازل عن الدفع مقابل العناصر أو الخدمات محل الخلاف

تعليمات: يجب على مقدمي الخدمة أو الموردين الذين يعملون بوصفهم ممثلين للمنتفع، الذي قدموا له العناصر أو الخدمات، إكمال هذا القسم إذا كان الطعن يتضمن مسألة المسؤولية بموجب المادة (2)(a) 1879 من القانون. (القسم (2)(a) 1879 تنازل عمومًا ما إذا كان مقدم الخدمة/المورد أو المنتفع لم يعرف، أو ليس من المتوقع له بدرجة معقولة أن يعرف، أن العناصر أو الخدمات المعنية لن يغطيها برنامج Medicare).

أتنازل عن حقي في تحصيل المبالغ من المنتفع مقابل العناصر أو الخدمات المعنية في هذا الطعن إذا كان تحديد المسؤولية بموجب (2)(a) 1879 § من القانون محل خلاف.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

التعليمات والمتطلبات التنظيمية

تعليمات

اسم الطرف المتعاقد (مطلوب): هذا اسم الفرد أو الكيان الذي يحق له تقديم مطالبة أو طعن (اسم الفرد الذي لديه تغطية من برنامج Medicare، أو اسم مقدم الخدمة أو المورد).
رقم Medicare أو المعرف الوطني لمقدم الخدمة (مطلوب): يجب إكمال ذلك عندما يكون لدى الفرد أو الكيان الذي يقوم بتعيين ممثل رقم Medicare أو معرف وطني لمقدم الخدمة. إذا كان ذلك لا ينطبق عليك، أكمل بالخيار "لا ينطبق".
جميع الحقول في القسمين 1 و 2 مطلوبة ما لم تتم الإشارة إليها على أنها اختيارية داخل الحقل. انظر اللائحة في [42 CFR 405.910](#).

فرض رسوم تمثيل المنتفعين أمام وزير HHS

المحامي، أو أي ممثل آخر للمنتفع، الذي يرغب في فرض رسوم مقابل الخدمات المقدمة فيما يتعلق بالطعن أمام وزير HHS (على سبيل المثال، جلسة استماع لـ Administrative Law Judge (ALJ)، قاضي القانون الإداري) أو مراجعة محامي التحكيم من قبل (Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA)، مكتب جلسات الاستماع للرعاية الطبية والاستئنافات)، أو مراجعة Medicare Appeals Council (مجلس طعون Medicare)، أو دعوى أمام OMHA، أو Medicare Appeals Council نتيجة لاحتجاز من محكمة المقاطعة الفيدرالية للحصول على موافقة على الرسوم وفقاً لـ 42 CFR 405.910(f).
الاستمارة، OMHA-118، "التماس للحصول على الموافقة على رسوم تمثيل المنتفع"، تجمع المعلومات المطلوبة لطلب الرسوم. يجب أن يكملها الممثل ويقدمها مع طلب جلسة استماع ALJ، أو مراجعة OMHA، أو طلب مراجعة Medicare Appeals Council. الموافقة على أتعاب الممثل غير مطلوبة إذا: (1) كان مقدم الطعن الممثل مقدم خدمة أو مورداً؛ (2) كانت الرسوم مخصصة للخدمات المقدمة بصفة رسمية مثل الوصي القانوني أو اللجنة أو ممثل مماثل معين من قبل المحكمة وقد وافقت المحكمة على الرسوم المعنية؛ (3) كانت الرسوم مخصصة لتمثيل المنتفع في دعوى أمام محكمة المقاطعة الفيدرالية؛ أو (4) كانت الرسوم مخصصة لتمثيل المنتفع في إعادة التقرير أو إعادة النظر. إذا رغب الممثل في التنازل عن الرسوم، فيجوز له ذلك. يمكن العثور على استمارة OMHA-118 على: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

الموافقة على الرسوم

ويضمن شرط الموافقة على الرسوم حصول الممثل على القيمة العادلة للخدمات المقدمة أمام HHS نيابة عن المنتفع، ويوفر للمنتفع قدرًا من الضمان بأن الرسوم تعتبر معقولة. عند الموافقة على الرسوم المطلوبة، سوف يأخذ OMHA أو Medicare Appeals Council في الاعتبار طبيعة ونوعية الخدمات المقدمة، ومدى تعقيد الحالة، ومستوى المهارة والكفاءة المطلوبة في تقديم الخدمات، ومقدار الوقت المستغرق في الحالة، النتائج التي تم تحقيقها، ومستوى المراجعة الإدارية التي قام الممثل بتقديم الطعن إليها ومبلغ الرسم الذي طلبه الممثل.

تضارب المصالح

تجرم الأقسام 203 و 205 و 207 من الباب الثامن عشر من قانون الولايات المتحدة قيام بعض المسؤولين والموظفين، والمسؤولين والموظفين السابقين، في الولايات المتحدة بتقديم خدمات معينة في المسائل التي تمس الحكومة أو المساعدة أو العون في المقاضاة فيما يخص المطالبات ضد الولايات المتحدة. يتم استبعاد الأفراد الذين لديهم تضارب في المصالح من أن يكونوا ممثلين للمنتفعين أمام HHS.

أين يرسل هذه الاستمارة

أرسل هذه الاستمارة إلى نفس الموقع الذي ترسل (أو أرسلت بالفعل) إليه الطعن الخاص بك إذا كنت تقدم طعنًا، أو التظلم أو الشكوى إذا كنت تقدم تظلمًا أو شكوى، أو حكمًا أو قرارًا مبدئيًا إذا كنت تطلب حكمًا أو قرارًا مبدئيًا. إذا كانت هناك حاجة إلى مساعدة إضافية، فاتصل بالهاتف 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ويتصل مستخدمو TTY بالهاتف 1-877-486-2048، أو بخطة Medicare الخاصة بك.

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الاطلاع عليه، مثل المطبوعات بخط كبير أو بلغة برايل أو بصيغة صوتية. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. فضل زيارة <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> أو اتصل بالهاتف 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمزيد من المعلومات. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.