

تعیین نماینده

نام طرف	شماره Medicare (ذی‌نفع به‌عنوان طرف) یا «شناسه ملی ارائه‌دهنده» (ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده به‌عنوان طرف)
---------	---

بخش 1: تعیین نماینده

باید طرف متقاضی نمایندگی (مثلاً، ذی‌نفع Medicare، ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده) تکمیل کند:

من فردی را که نامش در بخش 2 ذکر شده است به‌عنوان نماینده خود تعیین می‌کنم تا در مورد دعوی من یا حقوق تصریح‌شده ذیل «عنوان هجدهم Social Security Act (قانون تأمین اجتماعی)» (قانون) و مقررات مربوط به عنوان یازدهم این «قانون» عمل کند. من به این فرد اجازه می‌دهم هرگونه درخواستی را ارائه دهد؛ مدارک را ارائه دهد یا دریافت کند؛ اطلاعات درخواست تجدیدنظر را دریافت کند؛ و هرگونه اطلاعیه‌ای در رابطه با دعوی، درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست من را کاملاً از جانب من دریافت کند. آگاه هستم که اطلاعات پزشکی شخصی مربوط به درخواست من ممکن است نزد نماینده‌ای که در زیر مشخص شده است افشا شود.

امضای طرفی که متقاضی نمایندگی است	تاریخ	
نشانی خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)	
شهر	ایالت	کد پستی
نشانی ایمیل (اختیاری)	شماره نمابر (اختیاری)	

بخش 2: پذیرش تعیین

توسط نماینده تکمیل شود:

اینجانب، **HHS) Services** (وزارت بهداشت و خدمات انسانی) سلب صلاحیت، تعلیق یا منع از فعالیت نشده‌ام؛ به‌عنوان کارمند فعلی یا سابق ایالات متحده، از اقدام به‌عنوان نماینده طرف مقابل سلب صلاحیت نشده‌ام؛ و تصدیق می‌کنم که هرگونه حق‌الزحمه ممکن است منوط به بازبینی و تأیید از سوی «وزارت» باشد. وضعیت من به این شرح است (وضعیت شغلی یا ارتباط با طرف متقاضی نمایندگی، مثلاً وکیل، خویشاوند و غیره)

امضای نماینده	تاریخ	
نشانی خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)	
شهر	ایالت	کد پستی
نشانی ایمیل (اختیاری)	شماره نمابر (اختیاری)	

بخش 3: چشم‌پوشی از حق‌الزحمه نمایندگی

دستورالعمل‌ها: اگر نماینده ملزم باشد یا بخواهد از حق‌الزحمه نمایندگی خود چشم‌پوشی کند، این بخش باید تکمیل شود. (توجه داشته باشید که ارائه‌دهندگان یا تأمین‌کنندگانی که نماینده یک ذی‌نفع هستند و اقلام یا خدمات را ارائه می‌دهند نباید حق‌الزحمه‌ای برای نمایندگی دریافت کنند و باید این بخش را تکمیل کنند.)

من از حق خود برای دریافت و وصول حق‌الزحمه بابت نمایندگی نزد وزارت HHS چشم‌پوشی می‌کنم.

امضا	تاریخ
------	-------

بخش 4: چشم‌پوشی از پرداخت برای اقلام یا خدمات مورد بحث

دستورالعمل‌ها: اگر درخواست تجدیدنظر مستلزم تعیین مسئولیت طبق بخش 1879(a)(2) «قانون» باشد، ارائه‌دهندگان یا تأمین‌کنندگانی که نقش نماینده ذینفعی را دارند که اقلام یا خدمات به او ارائه می‌کنند، باید این بخش را تکمیل کنند. (بخش 1879(a)(2) به‌طور کلی به این موضوع می‌پردازد که آیا ارائه‌دهنده/تأمین‌کننده یا ذی‌نفع آگاه نبوده است یا به‌طور منطقی انتظار می‌رفت که آگاه نبوده باشد که اقلام یا خدمات مورد بحث تحت پوشش Medicare نیستند.)

اگر تعیین مسئولیت طبق بخش 1879(a)(2) «قانون» مورد بحث باشد، از حق خود برای دریافت وجوه از ذی‌نفع برای اقلام یا خدمات مورد بحث در این درخواست تجدیدنظر چشم‌پوشی می‌کنم.

امضا	تاریخ
------	-------

دستورالعمل‌ها و الزامات مقررات

دستورالعمل‌ها

نام طرف (الزامی): نام شخص یا نهادی است که در جایگاه ارائه مطالبه یا درخواست تجدیدنظر است (نام شخصی که بیمه Medicare دارد، یا نام ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده).

شماره Medicare یا شناسه ملی ارائه‌دهنده (الزامی): این قسمت باید زمانی تکمیل شود که شخص یا نهادی که نماینده‌ای را تعیین می‌کند دارای شماره Medicare یا «شناسه ملی ارائه‌دهنده» باشد. اگر مرتبط نیست، عبارت «مرتبط نیست» را وارد کنید.

تمام فیلدهای بخش‌های 1 و 2 الزامی هستند، مگر اینکه در فیلد عبارت «اختیاری» نوشته شده باشد. برای مشاهده مقررات، به [42 CFR 405.910](#) مراجعه کنید.

درخواست هزینه بابت نمایندگی ذی‌نفعان نزد وزارت HHS

وکیل یا نماینده دیگر ذینفع، که می‌خواهد بابت خدمات ارائه‌شده در رابطه با درخواست تجدیدنظر نزد وزارت HHS حق‌الزحمه‌ای درخواست کند (یعنی جلسه رسیدگی نزد Administrative Law Judge (ALJ)، قاضی حقوق اداری) یا بازرینی قاضی وکالت از سوی Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA)، دفتر رسیدگی‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر (Medicare Appeals Council) یا دادرسی نزد OMHA یا Medicare Appeals Council (شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare) در نتیجه اعاده از دادگاه منطقه‌ای فدرال)، موظف به کسب تأییدیه حق‌الزحمه مطابق با [42 CFR 405.910\(f\)](#) است.

در فرم OMHA-118، با عنوان «دادخواست دریافت تأییدیه حق‌الزحمه نمایندگی ذی‌نفع» اطلاعات لازم برای درخواست حق‌الزحمه جمع‌آوری می‌شود. آن را باید نماینده تکمیل کند و همراه با درخواست رسیدگی ALJ، بازرینی OMHA، یا درخواست بازرینی Medicare Appeals Council ارائه کند. در شرایط زیر تأییدیه حق‌الزحمه نماینده الزامی نیست: (1) تجدیدنظرخواه ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده باشد. (2) حق‌الزحمه مربوط به خدماتی باشد که در مقام رسمی مانند قیم قانونی، کمیته یا نماینده مشابه تعیین‌شده از سوی دادگاه انجام می‌شود و دادگاه حق‌الزحمه موردنظر را تأیید کرده باشد. (3) حق‌الزحمه بابت نمایندگی ذی‌نفع در دادرسی در دادگاه منطقه‌ای فدرال باشد؛ یا (4) حق‌الزحمه بابت نمایندگی ذی‌نفع در تعیین مجدد یا بازنگری باشد. اگر نماینده بخواهد از حق‌الزحمه‌ای چشم‌پوشی کند، می‌تواند این کار را انجام دهد. فرم OMHA-118 را می‌توان در این نشانی یافت: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

تأیید حق‌الزحمه

شرط الزامی تأیید حق‌الزحمه‌ها تضمین می‌کند که نماینده ارزش عادلانه خدماتی را که نزد HHS به نمایندگی از ذی‌نفع انجام می‌دهد دریافت می‌کند و این اطمینان را برای ذی‌نفع فراهم می‌کند که هزینه‌های تعیین‌شده معقول باشد. در تأیید حق‌الزحمه درخواستی، OMHA یا Medicare Appeals Council ماهیت و نوع خدمات ارائه‌شده، پیچیدگی پرونده، سطح مهارت و صلاحیت موردنیاز در ارائه خدمات، مدت زمان صرف‌شده برای پرونده، نتایج به‌دست‌آمده، سطح بررسی اداری که نماینده درخواست تجدیدنظر را به آن رسانده است و میزان حق‌الزحمه درخواست‌شده از سوی نماینده را در نظر خواهد گرفت.

تضاد منافع

به موجب بخش‌های 205، 203 و 207 از «عنوان هجدهم مجموعه قوانین ایالات متحده»، اگر برخی مأموران، کارکنان و مأموران سابق ایالات متحده در اموری که بر دولت تأثیرگذار است یا اموری که برای حمایت یا کمک در تعقیب قانونی دعاوی علیه ایالات متحده است برخی خدمات را ارائه کنند، مرتکب جرم کیفری شده‌اند. نمایندگی ذی‌نفعان نزد HHS برای افرادی که تضاد منافع دارند ممنوع است.

این فرم را باید به کجا ارسال کرد

این فرم را به همان مکانی ارسال کنید که این موارد را ارسال می‌کنید (یا قبلاً ارسال کرده‌اید): همان مکان ارسال درخواست تجدیدنظر، اگر درخواست تجدیدنظر، شکواییه یا شکایت ارسال می‌کنید، یا همان مکان ارسال تعیین یا تصمیم اولیه، اگر درخواست تعیین یا تصمیم اولیه می‌کنید. در صورت نیاز به کمک اضافی، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند، یا با طرح Medicare خود تماس بگیرید.

شما از این حق برخوردارید که اطلاعات Medicare را در قالبی دسترس‌پذیر، مانند چاپ درشت، خط بریل یا صوتی دریافت کنید. همچنین، اگر احساس می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، از حق شکایت برخوردارید. به این نشانی مراجعه کنید: <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>، یا با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا اطلاعات بیشتری کسب کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

مطابق با Paperwork Reduction Act of 1995 (قانون سال 1995 کاهش تشریفات اداری)، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از Office of Management and Budget (OMB)، اداره مدیریت و بودجه) باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این درخواست جمع‌آوری اطلاعات 0938-0950 است. زمان موردنیاز برای تهیه و توزیع این مجموعه - با احتساب زمان انتخاب فرم از پیش چاپ‌شده، تکمیل و تحویل آن به ذی‌نفع - به ازای هر اطلاعیه 15 دقیقه است. اگر هرگونه نظری راجعه به دقت برآوردهای زمانی دارید یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً نظر خود را به نشانی CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850 ارسال کنید.