

NOMEAÇÃO DE REPRESENTANTE

Nome da Parte	Número Medicare (beneficiário como parte) ou Identificador Nacional de Prestador (prestador ou fornecedor como parte)
---------------	---

Secção 1: Nomeação de Representante

A preencher pela parte que pretende ser representada (ou seja, o beneficiário Medicare, o prestador de cuidados de saúde ou o fornecedor):

Nomeio a pessoa indicada na Secção 2 para agir como meu representante em relação ao meu pedido de indemnização ou direito reivindicado ao abrigo do Título XVIII da Lei da Segurança Social (a "Lei") e das disposições relacionadas do Título XI da Lei. Autorizo esta pessoa a fazer qualquer pedido; a apresentar ou obter elementos de prova; a obter informações sobre recursos; e a receber qualquer notificação relacionada com o meu pedido de indemnização, recurso, queixa ou pedido em meu nome. Tomei conhecimento de que as informações médicas pessoais relacionadas com o meu pedido podem ser divulgadas ao representante abaixo indicado.

Assinatura da Parte que Solicita a Representação	Data	
Endereço	Número de telefone (com indicativo de área)	
Cidade	Estado	Código Postal
Endereço de correio eletrónico (opcional)	Número de fax (opcional)	

Secção 2: Aceitação de Nomeação

A preencher pelo representante:

Eu, _____, aceito a nomeação acima referida. Certifico que não fui desqualificado, suspenso ou proibido de exercer a minha atividade perante o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS); que não sou, na qualidade de atual ou antigo funcionário dos Estados Unidos, desqualificado para agir como representante da parte; e que reconheço que qualquer honorário pode estar sujeito a revisão e aprovação pelo Secretário.

Sou _____
(Estatuto profissional ou relação com a parte, por exemplo, advogado, familiar, etc.)

Assinatura do Representante	Data	
Endereço	Número de telefone (com indicativo de área)	
Cidade	Estado	Código Postal
Endereço de correio eletrónico (opcional)	Número de fax (opcional)	

Secção 3: Renúncia a Honorários de Representação

Instruções: Esta secção deve ser preenchida se o representante for obrigado ou optar por renunciar aos seus honorários de representação. (Note-se que os prestadores de cuidados de saúde ou fornecedores que representam um beneficiário e forneceram os artigos ou serviços não podem cobrar honorários de representação e **devem** preencher esta secção).

Renuncio ao meu direito de cobrar e receber honorários pela representação de _____ perante o Secretário do HHS.

Assinatura	Data
------------	------

Secção 4: Renúncia ao Pagamento de Artigos ou Serviços em Causa

Instruções: Os prestadores de cuidados de saúde ou fornecedores que atuem como representantes de um beneficiário a quem forneceram artigos ou serviços devem preencher esta secção se o recurso envolver uma questão de responsabilidade nos termos da secção 1879(a)(2) da lei. (Secção 1879(a)

(2) geralmente aborda o facto de um prestador de cuidados de saúde/fornecedor ou beneficiário não saber, ou não ser razoável esperar que soubesse, que os artigos ou serviços em questão não seriam cobertos pelo Medicare).

Renuncio ao meu direito de cobrar ao beneficiário o pagamento dos artigos ou serviços em causa neste recurso se estiver em causa uma determinação de responsabilidade ao abrigo da secção 1879(a)(2) da Lei.

Assinatura	Data
------------	------

INSTRUÇÕES E REQUISITOS REGULAMENTARES

Instruções

Nome da Parte (obrigatório): Este é o nome da pessoa ou entidade que tem legitimidade para apresentar um pedido de indenização ou recurso (o nome da pessoa que tem o Medicare, ou o nome do prestador de cuidados de saúde ou fornecedor).

Número Medicare ou Identificador Nacional de Prestador (obrigatório): Deve ser preenchido quando a pessoa ou entidade que nomeia um representante tem um número Medicare ou um Identificador Nacional de Prestador. Se não for aplicável, preencher com "não aplicável".

Todos os campos das Secções 1 e 2 são obrigatórios, a menos que sejam indicados como opcionais no campo. Ver o regulamento [42 CFR 405.910](#).

Cobrança de Honorários pela Representação de Beneficiários perante o Secretário do HHS

Um advogado, ou outro representante de um beneficiário, que pretenda cobrar honorários por serviços prestados no âmbito de um recurso perante o Secretário do HHS (ou seja, uma audiência com um Juiz de Direito Administrativo (ALJ) ou uma análise de um advogado adjudicatário pelo Gabinete de Audiências e Recursos da Medicare (OMHA), uma análise do Conselho de Recursos do Medicare ou um processo perante o OMHA ou o Conselho de Recursos do Medicare em resultado de uma devolução do tribunal distrital federal) é obrigado a obter a aprovação dos honorários em conformidade com a secção 42 CFR 405.910(f).

O formulário OMHA-118, "Petição para Obter a Aprovação de Honorários para Representar um Beneficiário", contém as informações necessárias para uma petição de honorários. Deve ser preenchido pelo representante e apresentado juntamente com o pedido de audiência do ALJ, revisão da OMHA ou pedido de revisão do Conselho de Recursos do Medicare. A aprovação dos honorários de um representante não é necessária se: (1) o recorrente representado é um prestador de cuidados de saúde ou fornecedor; (2) os honorários correspondem a serviços prestados numa capacidade oficial, como a de tutor legal, comissão ou representante similar nomeado pelo tribunal, e o tribunal aprovou os honorários em questão; (3) os honorários correspondem à representação de um beneficiário num processo no tribunal distrital federal; ou (4) os honorários correspondem à representação de um beneficiário numa nova determinação ou reconsideração. Se o representante desejar renunciar aos honorários, pode fazê-lo. O formulário, OMHA-118, pode ser consultado em: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Aprovação de Honorários

O requisito de aprovação dos honorários garante que um representante receberá um valor justo pelos serviços prestados perante o HHS em nome de um beneficiário e proporciona ao beneficiário uma medida de segurança de que os honorários são considerados razoáveis. Ao aprovar um honorário solicitado, a OMHA ou o Conselho de Recursos do Medicare terá em consideração a natureza e o tipo de serviços prestados, a complexidade do caso, o nível de aptidão e competência exigido na prestação dos serviços, o tempo despendido no caso, os resultados alcançados, o nível de revisão administrativa a que o representante apresentou o recurso e o montante dos honorários solicitados pelo representante.

Conflito de Interesses

As Secções 203, 205 e 207 do Título XVIII do Código dos Estados Unidos consideram crime certos funcionários, empregados e antigos funcionários e empregados dos Estados Unidos prestarem determinados serviços em assuntos que afetem o Governo ou ajudarem ou assistirem no processo de pedidos de indenização contra os Estados Unidos. As pessoas com um conflito de interesses estão excluídas da representação dos beneficiários perante o HHS.

Para onde Enviar este Formulário

Envie este formulário para o mesmo local para onde está a enviar (ou já enviou) o seu: recurso se estiver a apresentar um recurso, queixa ou reclamação se estiver a apresentar uma queixa ou reclamação, ou uma determinação ou decisão inicial se estiver a solicitar uma determinação ou decisão inicial. Se necessitar de ajuda adicional, contacte 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, os utilizadores TDD ligam para 1-877-486-2048) ou o seu plano Medicare.

Tem o direito de obter informações sobre o Medicare num formato acessível, como letras grandes, Braille ou áudio Também tem o direito de apresentar uma queixa se considerar que foi discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obter mais informações. Os utilizadores de TTY/TDD podem ligar para 1-877-486-2048.

De acordo com a Lei de redução da Burocracia de 1995, ninguém é obrigado a responder a uma recolha de informações, a menos que esta apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha de informações é 0938-0950. O tempo necessário para preparar e distribuir esta recolha é de 15 minutos por aviso, incluindo o tempo para seleccionar o formulário pré-impresso, preenchê-lo e entregá-lo ao beneficiário. Se tiver comentários sobre a exatidão das estimativas de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, queira escrever para CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.