

## Nomeação de um representante

Utilize este formulário para nomear um representante que possa atuar em seu nome na sua reclamação, recurso, queixa ou pedido. Ao assinar este formulário e nomear um representante, concorda que o representante seja o contacto principal e que o mesmo tenha autoridade para efetuar pedidos, apresentar provas, obter informações e receber todas as comunicações relacionadas com a sua ação. Esta pessoa poderá ver as suas informações médicas pessoais.

**Todos os campos nas Secções 1 e 2 são obrigatórios, exceto se estiverem assinalados como opcionais.**

### Secção 1: Informações sobre a pessoa que está a nomear um representante

**Esta secção deve ser preenchida pelo paciente, prestador ou por outra pessoa que esteja a nomear o representante.**

Nome	Número Medicare ou Identificador Nacional do Prestador	
Endereço	Telefone (com código de área) (     )     -	
Cidade	Estado	Código Postal
E-mail (opcional)	Fax (opcional) (     )     -	
Assinatura	Data da assinatura (mm/dd/aaaa)	

### Secção 2: Informações sobre o representante

**Esta secção deve ser preenchida pelo representante.**

Nome do representante		
Situação profissional, parentesco ou relação com a pessoa na Secção 1 (advogado, familiar, etc.)		
Endereço	Telefone (com código de área) (     )     -	
Cidade	Estado	Código Postal
E-mail (opcional)	Fax (opcional) (     )     -	

Ao assinar abaixo, concorda em atuar como representante e declara que não foi desqualificado, suspenso ou proibido de exercer a sua função perante o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), ou de outra forma desqualificado para atuar como representante. Quaisquer honorários cobrados por atuar como representante podem estar sujeitos à análise e aprovação pelo Secretário. Se estiver a cobrar honorários, consulte as instruções na página 2.

Assinatura	Data da assinatura (mm/dd/aaaa)
------------	---------------------------------

**O representante deve preencher as secções abaixo, se aplicável (consulte as instruções na página 2)**

### Secção 3: Renúncia de honorários por representação

Os prestadores de serviços e fornecedores que forneceram os itens ou serviços em causa não podem cobrar honorários por representação e devem assinar abaixo a renúncia aos seus honorários. Os representantes que optarem por renunciar aos seus honorários por representação também devem assinar abaixo.

**Eu renuncio, perante o Secretário do HHS, ao meu direito de cobrar ou receber honorários por representar a pessoa na Secção 1.**

Assinatura	Data da assinatura (mm/dd/aaaa)
------------	---------------------------------

### Secção 4: Renúncia de pagamento pelos itens ou serviços em causa

Se for um prestador de serviços ou fornecedor e tiver fornecido itens ou serviços ao paciente que está a representar, se o recurso envolver uma questão sobre se você ou o paciente não sabiam, ou não era razoável esperar que soubessem, que a Medicare não cobriria os itens ou serviços.

**Eu renuncio ao meu direito de cobrar ao paciente o pagamento pelos itens ou serviços em causa neste recurso, se for determinada a responsabilidade no âmbito da Secção 1879(a)(2) da Lei.**

Assinatura	Data da assinatura (mm/dd/aaaa)
------------	---------------------------------

## Instruções e requisitos de regulação

### Instruções

Todos os campos nas Secções 1 e 2 são obrigatórios, exceto se estiverem assinalados como “opcionais”. Se a pessoa ou entidade que está a nomear um representante não tiver um número Medicare ou um Identificador Nacional de Prestador, preencha “não aplicável”. Consulte o regulamento em 42 CFR 405.910: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-l/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-l/section-405.910)

A Renúncia de honorários por representação da Secção 3 é necessária quando um representante é obrigado ou concordou em renunciar ou em não cobrar honorários pela sua representação. A Renúncia de pagamento pelos itens ou serviços em causa da Secção 4 é necessária se um prestador de serviços ou fornecedor que forneceu itens ou serviços ao paciente está a representar o paciente e a responsabilidade (conhecimento de não-cobertura) no âmbito da Secção 1879(a)(2) da Lei é o assunto em questão no recurso. Consulte o 42 CFR 405.910(f).

A nomeação de um representante é considerada válida durante um ano a partir da data em que este formulário é assinado pela pessoa que nomear o representante e pelo representante nomeado. Um formulário preenchido pode ser utilizado para outros recursos ou ações durante o período de validade de um ano. A menos que seja revogada, a representação é válida durante toda a duração da reclamação, recurso, queixa ou pedido para o qual foi apresentada.

### Cobrança de honorários pela representação de pacientes perante o Secretário do HHS

Um advogado, ou outro representante de um paciente, 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 - Administrative Law Judge] ou uma análise de um advogado adjudicatário pelo Escritório de Audiências e Recursos da Medicare [OMHA - Office of Medicare Hearings and Appeals], uma análise do Conselho de Recursos da Medicare [Medicare Appeals Council] ou um processo perante o OMHA ou o Conselho de Recursos da Medicare (Medicare Appeals Council), em resultado de um pedido de devolução do tribunal distrital federal), deve obter a aprovação dos honorários, de acordo com a 42 CFR 405.910(f).

O representante deve preencher o formulário OMHA-118, “Petição para obter aprovação de honorários para representar um beneficiário” (Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing a Beneficiary) e apresentá-lo juntamente com o pedido de audiência do ALJ, análise do OMHA ou pedido de análise do Conselho de Recursos da Medicare. A aprovação dos honorários não é necessária se: (1) o recorrente que está a ser representado é um prestar de serviços ou fornecedor; (2) os honorários corresponderem a serviços prestados numa capacidade oficial, como a de tutor legal, comité ou representante similar nomeado por um tribunal, e o tribunal tiver aprovado os honorários; (3) os honorários corresponderem à representação de um paciente num processo no tribunal distrital federal; ou (4) os honorários corresponderem à representação de um paciente numa nova determinação ou reconsideração. Os representantes podem renunciar aos seus honorários, se assim desejarem. Obtenha o formulário OMHA-118 aqui: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Um prestador de serviços ou fornecedor que tenha fornecido os itens ou serviços a um paciente Medicare que sejam objeto do recurso pode representar esse paciente num recurso, mas o prestador de serviços ou fornecedor não pode cobrar ao beneficiário quaisquer honorários associados à representação. (42 CFR 405.910(f)(3).)

### Aprovação de honorários

O requisito de aprovação de honorários garante que um representante seja pago de forma justa pelos seus serviços e que o valor dos honorários dos pacientes seja razoável. Ao aprovar um pedido de honorários, o OMHA ou o Conselho de Recursos da Medicare terá em consideração a natureza e o tipo dos serviços prestados, a complexidade do caso, o nível de aptidão e competência necessário, o tempo despendido no caso, os resultados alcançados, o nível de revisão administrativa necessário e o montante dos honorários solicitados.

### Conflito de interesses

As Secções 203, 205 e 207 do Título XVIII do Código dos Estados Unidos (United States Code) consideram um delito criminal a prestação de determinados serviços por certos atuais ou antigos oficiais e funcionários dos Estados Unidos em assuntos que afetem o governo ou que assistem ou apoiem a ações judiciais promovidas contra os Estados Unidos. Os indivíduos com conflito de interesses não podem atuar como representantes de pacientes perante o HHS.

### Para onde enviar este formulário

Envie este formulário para o mesmo local onde envia a sua reclamação, recurso, queixa ou pedido.

### Obter ajuda e mais informações

Para questões sobre este formulário, contacte o seu plano Medicare ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Tem o direito de obter informações sobre a Medicare num formato acessível, como impressão de grande formato, em braile ou em áudio. Também tem o direito de apresentar uma reclamação, se acreditar que foi discriminado(a). Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) ou ligue para 1-800-MEDICARE para obter mais informações.

---

**Lei de Redução de Burocracia:** de acordo com a Lei de Redução de Burocracia (Paperwork Reduction Act) de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma recolha de informações, a menos que seja apresentado um número de controlo OMB válido (Departamento de Gestão e Orçamento - Office of Management and Budget). O número de controlo OMB válido para esta recolha de informações é 0938-0950. O tempo necessário para preparar e distribuir esta recolha de informações é de 15 minutos por notificação, incluindo o tempo para selecionar o formulário pré-impresso, preenchê-lo e entregá-lo ao beneficiário. Se tiver algum comentário relativamente à exatidão das estimativas de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

---