

تعيين ممثل

استخدم هذه الاستمارة لتعيين ممثل ليتصرف نيابة عنك فيما يتعلق بمطالبتك أو طعنك أو تظلمك أو طلبك. من خلال التوقيع على هذه الاستمارة وتعيين هذا الممثل، فإنك توافق على أن الممثل سيكون جهة الاتصال الرئيسية بك وسيكون لديه السلطة لتقديم الطلبات، وتقديم الأدلة، والحصول على المعلومات، وتلقي جميع المراسلات المتعلقة بآجرائك. ويجوز لهذا الشخص الاطلاع على معلوماتك الطبية الشخصية. جميع الحقول في القسم 1 و2 مطلوبة ما لم يتم الإشارة إلى أنها اختيارية.

القسم 1: معلومات عن الشخص الذي يعين الممثل

يجب إكمال هذا القسم بواسطة المريض أو مقدم الخدمة أو أي شخص آخر يعين ممثلاً عنه.

رقم Medicare أو رقم التعريف الوطني لمقدم الخدمة	الاسم
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	عنوان المراسلات
الولاية	المدينة
الرمز البريدي	البريد الإلكتروني (اختياري)
الفاكس (اختياري)	التوقيع
تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	

القسم 2: معلومات عن الممثل

يجب إكمال هذا القسم بواسطة الممثل.

اسم الممثل

الصفة المهنية أو العلاقة بالشخص المذكور في القسم 1 (محم، أحد الأقرباء، ما إلى ذلك)

رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	عنوان المراسلات
الولاية	المدينة
الرمز البريدي	البريد الإلكتروني (اختياري)
الفاكس (اختياري)	التوقيع
تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	

Department of Health and Human Services (HHS)، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية) أو استبعادك بطريقة أخرى من أن تكون ممثلاً قانونياً. يمكن أن تكون أي رسوم يتم تحصيلها مقابل العمل ممثلاً خاضعة للمراجعة والموافقة من قبل الوزير. إذا كنت تتقاضى رسوماً، فانتقل إلى التعليمات الموجودة في الصفحة 2.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	التوقيع
-----------------------------	---------

يجب على الممثل إكمال الأقسام الموضحة أدناه، إذا انطبق الأمر (انتقل إلى التعليمات الموجودة في الصفحة 2)

القسم 3: التنازل عن رسوم التمثيل

مقدمو الخدمات والموردين الذين قدموا السلع أو الخدمات محل النزاع لا يجوز لهم فرض رسوم مقابل التمثيل ويجب عليهم التوقيع أدناه للتنازل عن رسومهم. كما يجب على الممثلين الذين يختارون التنازل عن رسوم التمثيل أن يوقعوا أدناه أيضاً.

أنتنازل عن حقي في تحصيل الرسوم مقابل تمثيل الشخص المذكور في القسم 1 أمام وزير HHS.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	التوقيع
-----------------------------	---------

القسم 4: التنازل عن المدفوعات مقابل السلع أو الخدمات محل النزاع

إذا كنت مقدم خدمة أو مورداً وقمت بتزويد المريض الذي تمثله بسلع أو خدمات، وإذا كان الطعن يتضمن مسألة ما إذا كنت أنت أو المريض لا تعلم -أو تعذر عليكما بدرجة معقولة معرفة- أن برنامج Medicare لن يغطي السلع أو الخدمات.

أنتنازل عن حقي في تحصيل المدفوعات من المريض مقابل السلع أو الخدمات محل النزاع في هذا الطعن إذا تم تحديد المسؤولية بموجب المادة (2)(a) 1879§ من القانون.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	التوقيع
-----------------------------	---------

التعليمات ومتطلبات اللوائح

التعليمات

جميع الحقوق في القسم 1 و 2 مطلوبة ما لم يتم الإشارة إلى أنها "اختيارية". إذا لم يكن لدى الشخص أو الكيان الذي يعين ممثلاً رقم Medicare أو رقم التعريف الوطني لمقدم الخدمة، فاختار "لا ينطبق". انتقل إلى اللائحة في قانون 42 CFR 405.910:

[ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

التنازل عن رسوم التمثيل في القسم 3 مطلوب عندما يُطلب من الممثل، أو إذا وافق الممثل على التنازل عن رسوم أو عدم تحصيلها مقابل التمثيل. التنازل عن المدفوعات مقابل السلع أو الخدمات محل النزاع في القسم 4 مطلوب إذا كان مقدم الخدمة أو المورد الذي قدم السلع أو الخدمات للمريض يمثل المريض وكانت المسؤولية (معرفة عدم التغطية) بموجب المادة (2) §1879(a) من القانون هي محل النزاع في الطعن. انتقل إلى 42 CFR 405.910(f).

يعد تعيين الممثل صالحاً لمدة عام واحد من تاريخ توقيع هذه الاستمارة من قبل الشخص الذي عين الممثل والممثل المعين. يمكن استخدام الاستمارة المكتملة في الطعون أو الإجراءات الأخرى خلال فترة صلاحيتها البالغة عامًا واحدًا. التمثيل نافذ طوال مدة المطالبة أو الطعن أو التظلم أو الطلب الذي تم تقديمه من أجله، ما لم يتم إلغاؤه.

فرض الرسوم لتمثيل المرضى أمام وزير HHS

يجب على المحامي أو الممثل الآخر للمريض الذي يريد تحصيل رسوم مقابل الخدمات المقدمة فيما يتعلق بالطعن أمام وزير HHS (مثل جلسة استماع Administrative Law Judge [ALJ]، قاضي القانون الإداري) أو مراجعة محكم المحامي من قبل [Office of Medicare Hearings and Appeals] OMHA، مكتب جلسات الاستماع والطعن في Medicare، أو مراجعة Medicare Appeals Council [مجلس الطعون في Medicare]، أو إجراء أمام مجلس OMHA أو Medicare Appeals Council نتيجة لإحالة من محكمة المقاطعة الفيدرالية، أن يحصل على موافقة على الرسوم وفقًا لللائحة 42 CFR 405.910(f).

يجب على الممثل استكمال الاستمارة OMHA-118، "التماس الحصول على موافقة على رسوم تمثيل المنتفع" وتقديمه مع طلب جلسة ALJ، أو مراجعة OMHA، أو طلب مراجعة Medicare Appeals Council. لا تلزم الموافقة على الرسوم في الحالات التالية: (1) يكون صاحب الطعن الممثل مقدم للخدمة أو موردًا؛ أو (2) تكون الرسوم مقابل الخدمات المقدمة بصفة رسمية مثل الوصي القانوني أو اللجنة أو ممثل مماثل معين من قبل المحكمة، وقد وافقت المحكمة على الرسوم؛ أو (3) تكون الرسوم مقابل تمثيل مريض في إجراء في محكمة المقاطعة الفيدرالية؛ أو (4) تكون الرسوم مقابل تمثيل مريض في إعادة البت أو إعادة النظر. يُسمح للممثل بالتنازل عن رسومه إذا اختار ذلك. الحصول على استمارة OMHA-118 هنا: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

يمكن لمقدم الخدمة أو المورد، الذي قدم السلع أو الخدمات لمريض Medicare والتي هي موضوع الطعن، أن يمثل هذا المريض في الطعن، ولكن لا يجوز لمقدم الخدمة أو المورد فرض أي رسوم مرتبطة بالتمثيل على المنتفع. (42 CFR 405.910(f)(3)).

الموافقة على الرسوم

يضمن شرط الموافقة على الرسوم أن الممثل يحصل على أجر عادل مقابل خدماته وأن الرسوم المفروضة على المرضى معقولة. عند الموافقة على الرسوم المطلوبة، سوف يأخذ مجلس الطعن التابع لـ OMHA أو Medicare Appeals Council في الاعتبار طبيعة ونوع الخدمات المقدمة، ومدى تعقيد الحالة، ومستوى المهارة والكفاءة المطلوبة، وكمية الوقت المستغرق في الحالة، والنتائج التي تم تحقيقها، ومستوى المراجعة الإدارية المطلوبة، ومبلغ الرسوم المطلوبة.

تضارب المصالح

تجرّم الأقسام 203 و 205 و 207 من المادة الثامنة عشر من قانون الولايات المتحدة من الجرائم الجنائية قيام بعض المسؤولين والموظفين الحاليين والسابقين في الولايات المتحدة بتقديم خدمات معينة في المسائل التي تؤثر على الحكومة أو المساعدة أو المقاضاة المطالبات ضد الولايات المتحدة. ويتم استبعاد الأفراد الذين لديهم تضارب في المصالح من العمل بوصفهم ممثلين للمرضى أمام HHS.

إلى أين ترسل هذه الاستمارة

أرسل هذه الاستمارة إلى نفس العنوان الذي ترسل إليه مطالبتك أو طعنك أو تظلمك أو طلبك.

الحصول على المساعدة والمزيد من المعلومات

للاستفسار عن هذه الاستمارة، اتصل بخطة Medicare الخاصة بك أو اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يسهل الاطلاع عليه، مثل الخط الكبير أو بلغة برايل أو في صيغة الصوتية. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز ضدك. تفضل بزيارة [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)، أو اتصل على 1-800-MEDICARE لمزيد من المعلومات.

Paperwork Reduction Act (PRA)، قانون الحد من التعاملات الورقية): وفقًا لقانون Paperwork Reduction Act لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم يظهر في الطلب رقم ضبط ساريًا من Office of Management and Budget (OMB)، مكتب الإدارة والميزانية). رقم ضبط OMB الساري لهذه المجموعة من المعلومات هو 0938-0950. الوقت المطلوب لإعداد وتوزيع هذه المجموعة هو 15 دقيقة لكل إشعار، بما في ذلك الوقت اللازم لاختيار الاستمارة المطبوعة مسبقًا واستكمالها وتسليمها للمنتفع. إذا كان لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقديرات الوقت أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يرجى المراسلة على CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.