

## انتصاب نماینده

از این فرم برای تعیین نماینده‌ای جهت اقدام از طرف شما برای طرح ادعا، تجدیدنظر، شکایت یا درخواست خود استفاده کنید. با امضای این فرم و تعیین این نماینده، موافقت می‌کنید که نماینده، رابط اصلی خواهد بود و اختیار دارد درخواست‌ها را مطرح کند، شواهد را ارائه دهد، اطلاعات را دریافت کند و تمام ارتباطات مربوط به اقدام شما را دریافت کند. این شخص ممکن است اطلاعات پزشکی شخصی شما را مشاهده کند. تمام فیلدهای بخش 1 و 2 الزامی است (مگر اینکه به صورت اختیاری علامت‌گذاری شده باشند).

**بخش 1: اطلاعات مربوط به شخصی که نماینده را تعیین می‌کند**  
این بخش باید توسط بیمار، ارائه‌دهنده خدمات یا شخص دیگری که نماینده را تعیین می‌کند، تکمیل شود.

نام	شماره Medicare یا شناسه ملی ارائه‌دهنده
نشانی پستی	شماره تلفن (با کد منطقه)
شهر	ایالت
ایمیل (اختیاری)	دورنگار (اختیاری)
امضا	تاریخ امضا (سال/روز/ماه)

**بخش 2: اطلاعات مربوط به نماینده**  
این قسمت باید توسط نماینده تکمیل شود.

نام نماینده	وضعیت حرفه‌ای یا نسبت با شخص مذکور در بخش 1 (وکیل، خویشاوند و غیره)
نشانی پستی	شماره تلفن (با کد منطقه)
شهر	ایالت
ایمیل (اختیاری)	دورنگار (اختیاری)

با امضای قسمت زیر، موافقت می‌کنید که به‌عنوان نماینده عمل کنید و گواهی می‌دهید که توسط (HHS) Department of Health and Human Services، وزارت بهداشت و خدمات درمانی (رد صلاحیت، تعلیق یا از فعالیت منع نشده‌اید یا به هر نحو دیگری از نمایندگی محروم نشده‌اید. هرگونه هزینه‌ای که برای نمایندگی دریافت می‌شود، می‌تواند توسط وزیر بررسی و تأیید شود. اگر در حال دریافت هزینه هستید، به دستورالعمل‌های صفحه 2 مراجعه کنید.

امضا	تاریخ امضا (سال/روز/ماه)
------	--------------------------

**نماینده باید در صورت لزوم بخش‌های زیر را تکمیل کند (به دستورالعمل‌های روی صفحه 2 بروید)**

### بخش 3: صرف‌نظر از هزینه نمایندگی

ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگانی که اقلام یا خدمات مورد بحث را ارائه داده‌اند، نمی‌توانند برای نمایندگی هزینه‌ای دریافت کنند و باید برای انصراف از هزینه خود، فرم زیر را امضا کنند. نمایندگانی که تصمیم می‌گیرند از هزینه نمایندگی خود صرف‌نظر کنند، باید قسمت زیر را نیز امضا کنند.  
من از حق خود برای دریافت و پرداخت هزینه برای نمایندگی از شخص مذکور در بخش 1 نزد وزیر HHS صرف‌نظر می‌کنم.

امضا	تاریخ امضا (سال/روز/ماه)
------	--------------------------

### بخش 4: صرف‌نظر از پرداخت هزینه اقلام یا خدمات مورد بحث

اگر شما ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده هستید و اقلام یا خدماتی را به بیماری که نماینده او هستید ارائه داده‌اید، اگر درخواست تجدیدنظر شامل این پرسش باشد که آیا شما یا بیمار نمی‌دانستید یا منطقی انتظار نمی‌رفت که بدانید، که Medicare اقلام یا خدمات را پوشش نمی‌دهد.  
در صورت تعیین مسئولیت طبق ماده (2)(a) 1879 § قانون، از حق خود برای دریافت وجه از بیمار بابت اقلام یا خدمات مورد بحث در این تجدیدنظرخواهی صرف‌نظر می‌کنم.

امضا	تاریخ امضا (سال/روز/ماه)
------	--------------------------

## دستورالعمل‌ها و الزامات مقررات

### دستورالعمل‌ها

تمام فیلدهای بخش 1 و 2 الزامی است (مگر اینکه به صورت «اختیاری» علامت‌گذاری شده باشند). اگر شخص یا نهادی که نماینده را تعیین می‌کند شماره Medicare یا شناسه ملی ارائه‌دهنده خدمات درمانی ندارد، عبارت «عدم اطلاق» را وارد کنید. به آیین‌نامه در 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)**

بخش 3 معافیت از هزینه نمایندگی زمانی لازم است که نماینده ملزم باشد، یا موافقت کرده باشد که از هزینه نمایندگی خود صرف‌نظر کند یا آن را دریافت نکند. در صورتی که ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده‌ای که ارقام یا خدمات را به بیمار ارائه داده است، نماینده بیمار باشد و مسئولیت (آگاهی از عدم پوشش) طبق ماده (2)(a) 1879\$ قانون در تجدیدنظرخواهی مطرح باشد، معافیت از پرداخت برای ارقام یا خدمات در بخش 4 الزامی است. به 42 CFR 405.910(f) مراجعه کنید.

انتصاب نماینده از تاریخ امضای این فرم توسط فردی که نماینده را منصوب می‌کند و نماینده منصوب شده، به مدت یک سال معتبر تلقی می‌شود. فرم تکمیل شده می‌تواند برای سایر درخواست‌های تجدیدنظر یا اقدامات در طول دوره یک‌ساله اعتبار آن مورد استفاده قرار گیرد. در صورت عدم ابطال، این نمایندگی برای مدت زمان طرح ادعا، تجدیدنظرخواهی، شکایت یا درخواستی که برای آن ثبت شده است، معتبر خواهد بود.

### دریافت هزینه برای نمایندگی بیماران در برابر HHS

وکیل یا نماینده دیگری برای بیمار که می‌خواهد برای خدمات ارائه‌شده در رابطه با درخواست تجدیدنظر نزد وزیر HHS (یعنی جلسه دادرسی Administrative Law Judge (ALJ)، قاضی قوانین اجرایی) یا بررسی توسط وکیل توسط Medicare Appeals Council (شورای تجدید نظر Medicare)، یا رسیدگی نزد OMHA یا Medicare Appeals Council به دلیل اعاده دادرسی از دادگاه ناحیه فدرال) هزینه دریافت کند، ملزم به تأیید هزینه مطابق با 42 CFR 405.910(f) است.

نماینده باید فرم OMHA-118، «درخواست دریافت تأیید هزینه نمایندگی از یک ذینفع» را تکمیل کند و آن را به همراه درخواست جلسه دادرسی ALJ، بررسی OMHA یا درخواست بررسی Medicare Appeals Council ارائه دهد. تأیید هزینه لازم نیست اگر: (1) تجدیدنظرخواهی که نماینده او است، یک ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده است؛ (2) هزینه برای خدماتی است که در سمتی رسمی مانند قیم قانونی، نماینده معتمد یا نماینده منصوب دادگاه مشابه ارائه شده و دادگاه هزینه را تأیید کرده است؛ (3) هزینه برای نمایندگی از بیمار در یک دادرسی در دادگاه منطقه‌ای فدرال است؛ یا (4) هزینه برای نمایندگی از بیمار در تصمیم مجدد یا تجدیدنظر است. نمایندگان مجاز هستند در صورت تمایل از پرداخت هزینه خود صرف‌نظر کنند. فرم OMHA-118 را از اینجا دریافت کنید: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

### OMHA-118.pdf

ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده‌ای که ارقام یا خدماتی را که موضوع تجدیدنظرخواهی هستند به بیمار Medicare ارائه داده است، می‌تواند نماینده آن بیمار در تجدیدنظرخواهی باشد، اما ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده نمی‌تواند هیچ هزینه‌ای مرتبط با نمایندگی از ذینفع دریافت کند. (42 CFR 405.910(f)(3)).

### تصویب هزینه

الزام تأیید هزینه تضمین می‌کند که به نماینده، دستمزد منصفانه‌ای برای خدماتش پرداخت می‌شود و هزینه‌های بیمار نیز معقول است. در تأیید هزینه درخواستی، OMHA یا Medicare Appeals Council ماهیت و نوع خدمات ارائه‌شده، پیچیدگی پرونده، سطح مهارت و شایستگی مورد نیاز، میزان زمان صرف‌شده برای پرونده، نتایج حاصل، سطح بررسی اداری مورد نیاز و میزان هزینه درخواستی را در نظر می‌گیرند.

### تضاد منافع

بخش‌های 203، 205 و 207 از عنوان هجدهم قانون ایالات متحده، ارائه خدمات خاص در امور مربوط به دولت یا کمک یا مساعدت در پیگرد قانونی دعاوی علیه ایالات متحده را برای برخی از افسران و کارمندان فعلی و سابق ایالات متحده جرم کیفری تلقی می‌کند. افرادی که تضاد منافع دارند، از خدمت به‌عنوان نماینده بیماران در برابر HHS محروم می‌شوند.

### این فرم را به کجا ارسال کنیم

این فرم را به همان محلی که ادعا، تجدیدنظر، شکایت یا درخواست خود را ارسال می‌کنید، ارسال کنید.

### دریافت راهنمایی و اطلاعات بیشتر

برای پرسش‌های مربوط به این فرم، با طرح Medicare خود تماس بگیرید یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید.

شما از این حق برخوردارید که اطلاعات Medicare را در قالبی دسترس‌پذیر، مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت کنید. همچنین، اگر احساس می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، از حق شکایت برخوردارید. از نشانی [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) بازدید کنید بازدید کنید یا برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

**Paperwork Reduction Act (PRA)**، قانون کاهش تشریفات اداری: مطابق با Paperwork Reduction Act مصوب 1995، هیچ شخصی ملزم به پاس‌گویی 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 لازم برای تهیه و توزیع این مجموعه به ازای هر اطلاع‌رسانی 15 دقیقه است که شامل زمان انتخاب فرم از پیش‌چاپ‌شده، تکمیل آن و تحویل به ذینفع است. اگر هرگونه نظری راجع به دقت برآورد(های) زمانی دارید یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً نظر خود را به این نشانی ارسال کنید: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.