

## Pagtatalaga ng Kinatawan

Gamitin ang form na ito upang humirang ng isang kinatawan upang kumilos sa ngalan mo para sa iyong paghahabol, apela, karaingan o kahilingan. Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito at pagtatalaga sa kinatawan na ito, sumasang-ayon ka na ang kinatawan ang magiging pangunahing contact at may awtoridad na gumawa ng mga kahilingan, magharap ng katibayan, kumuha ng impormasyon, at matanggap ang lahat ng komunikasyon tungkol sa iyong aksyon. Maaaring makita ng taong ito ang iyong personal na impormasyong medikal. **Lahat ng patlang sa Seksyon 1 at 2 ay kinakailangan maliban kung minarkahang opsyonal.**

### Seksyon 1: Impormasyon tungkol sa taong nagtatalaga ng kinatawan

Ang seksyong ito ay dapat makumpleto ng pasyente, provider o iba pang taong nagtatalaga ng kinatawan.

Pangalan	Numero ng Medicare o Pambansang Pantukoy ng Provider	
Address sa koreo	Numero ng telepono (may area code) ( ) - -	
Lungsod	Estado 	ZIP code 
Email (opsyonal)	Fax (opsyonal) ( ) - -	
Lagda	Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)     /     /	

### Seksyon 2: Impormasyon tungkol sa kinatawan

Ang seksyon na ito ay dapat makumpleto ng kinatawan.

Pangalan ng kinatawan		
Propesyonal na katayuan o relasyon sa tao sa Seksyon 1 (abogado, kamag-anak, atbp.)		
Address sa koreo	Numero ng telepono (may area code) ( ) - -	
Lungsod	Estado 	ZIP code 
Email (opsyonal)	Fax (opsyonal) ( ) - -	
Lagda	Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)     /     /	

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, sumasang-ayon kang kumilos bilang kinatawan at patunayan na hindi ka na-disqualify, nasuspinde, o ipinagbabawal sa pagsasanay sa harap ng Department of Health and Human Services (HHS, Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao) o kung hindi man ay na-disqualify sa pagkilos bilang kinatawan. Ang anumang bayarin na sisingilin para sa kumikilos bilang kinatawan ay maaaring mapailalim sa pagsusuri at pag-apruba ng Kalihim. Kung naniningil ka ng bayad, pumunta sa mga tagubilin sa pahina 2.

**Dapat kumpletuhin ng kinatawan ang mga seksyon sa ibaba, kung naaangkop** (pumunta sa mga tagubilin sa pahina 2)

### Seksyon 3: Lagda para sa waiver ng bayarin para sa representasyon

Ang mga provider at supplier na nagbigay ng mga item o serbisyo na pinag-uusapan ay hindi maaaring maningil ng bayad para sa representasyon at dapat pumirma sa ibaba upang ma-waive ang kanilang bayad. Ang mga kinatawan na pumipili na i-waive ang kanilang bayad para sa representasyon ay dapat ding lumagda sa ibaba.

**Pinawalang-bisa ko ang aking karapatang maningil at mangolekta ng bayad para sa kumakatawan sa tao sa Seksyon 1 sa harap ng Kalihim ng HHS.**

Lagda	Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)     /     /
-------	-----------------------------------------------

### Seksyon 4: Waiver ng pagbabayad para sa mga item o serbisyo na pinag-uusapan

Kung ikaw ay isang provider o supplier at nagbigay ka ng mga item o serbisyo sa pasyente na iyong kinakatawan, kung ang apela ay nagsasangkot ng isang katanungan kung hindi mo alam, o hindi makatuwirang inaasahan na malaman, na hindi saklaw ng Medicare ang mga item o serbisyo.

**Pinawalang-bisa ko ang aking karapatang mangolekta ng bayad mula sa pasyente para sa mga item o serbisyong pinag-uusapan sa apela na ito kung ang isang pagpapasiya ng pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas ay ginawa.**

Lagda	Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)     /     /
-------	-----------------------------------------------

---

## Mga Tagubilin at Mga Kinakailangan sa Regulasyon

---

### Mga Tagubilin

Lahat ng patlang sa Seksyon 1 at 2 ay kinakailangan maliban kung minarkahang “opsyonal.” Kung ang tao o entidad na nagtatalaga ng kinatawan ay walang numero ng Medicare o National Provider Identifier, punan ang “hindi naaangkop.” Pumunta sa regulasyon sa 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)

Kinakailangan ang Waiver ng Bayarin para sa Representasyon Seksyon 3 kapag ang isang kinatawan ay kinakailangan, o sumangayon, na ma-waive o hindi maningil ng bayad para sa kanilang representasyon. Kinakailangan ang Waiver ng Pagbabayad para sa Mga Item o Serbisyo na Pinag-uusapan sa Seksyon 4 kung ang isang provider o supplier na nagbigay ng mga item o serbisyo sa pasyente ay kumakatawan sa pasyente at pananagutan (kaalaman sa noncoverage) sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas ay pinag-uusapan sa apela. Pumunta sa 42 CFR 405.910(f).

Ang pagtatalaga ng kinatawan ay itinuturing na may bisa para sa isang taon mula sa petsa na ang form na ito ay nilagdaan ng parehong taong nagtatalaga ng isang kinatawan at ang itinalagang kinatawan. Maaaring gamitin ang nakumpletong form para sa iba pang apela o aksyon sa loob ng isang taon na may bisa ito. Maliban kung bawiin, ang representasyon ay may bisa sa tagal ng paghahabol, apela, karaingan, o kahilingan kung saan ito isinampa.

### Pagsingil ng mga bayarin para sa kumakatawan sa mga pasyente sa harap ng Kalihim ng HHS

Ang isang abogado, o iba pang kinatawan para sa isang pasyente, na gustong maningil ng bayad para sa mga serbisyong ibinigay na may kaugnayan sa isang apela sa harap ng Kalihim ng HHS (ibig sabihin, isang Administrative Law Judge (ALJ), Hukom ng Administratibong Batas) na pagdinig o pagsusuri ng abogado ng hukom ng Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Opisina ng mga Pagdinig at Apela ng Medicare), pagsusuri ng Medicare Appeals Council (Konseho sa mga Apela ng Medicare), o isang paglilitis sa harap ng OMHA o sa Medicare Appeals Council bilang resulta ng isang remand mula sa pederal na korte ng distrito), ay kinakailangang maaprubahan ang bayad alinsunod sa 42 CFR 405.910(f).

Dapat kumpletuhin ng kinatawan ang form na OMHA-118, “Petisyon upang Kumuha ng Pag-apruba ng isang Bayad para sa Kumakatawan sa isang Benepisyaryo” at ihain ito sa kahilingan para sa pagdinig ng ALJ, pagsusuri ng OMHA, o kahilingan para sa pagsusuri ng Medicare Appeals Council. Hindi kinakailangan ang pag-apruba ng bayad kung: (1) ang aplikante na kinakatawan ay isang provider o supplier; (2) ang bayad ay para sa mga serbisyong ibinigay sa isang opisyal na kapasidad tulad ng legal na tagapag-alaga, komite, o katulad na kinatawan na hinirang ng korte, at inaprubahan ng korte ang bayad; (3) ang bayad ay para sa kumakatawan sa isang pasyente sa isang paglilitis sa pederal na korte ng distrito; o (4) ang bayad ay para sa kumakatawan sa isang pasyente sa isang muling pagpapasya o muling pagsasaalang-alang. Pinahihintulutan ang mga kinatawan na i-waive ang kanilang bayad kung pipiliin nila. Kumuha ng form OMHA-118 dito: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Ang isang provider o supplier na nagbigay ng mga item o serbisyo sa isang pasyente ng Medicare na ang paksa ng apela ay maaaring kumatawan sa pasyente na iyon sa isang apela, ngunit ang provider o supplier ay hindi maaaring singilin ang benepisyaryo ng anumang bayad na nauugnay sa representasyon. (42 CFR 405.910(f)(3).)

### Pag-apruba ng bayarin

Tinitiyak ng kinakailangan sa pag-apruba ng bayarin na ang isang kinatawan ay binabayaran nang patas para sa kanilang mga serbisyo at ang mga bayarin sa pasyente ay makatwiran. Sa pag-apruba ng isang hiniling na bayad, isasaalang-alang ng OMHA o Medicare Appeals Council ang likas na katangian at uri ng mga serbisyong ibinigay, ang pagiging kumplikado ng kaso, ang antas ng kasanayan at kakayahan na kinakailangan, ang dami ng oras na ginugol sa kaso, ang mga resulta na nakamit, ang antas ng administratibong pagsusuri na kinakailangan, at ang halaga ng hiniling na bayad.

### Salungatan ng interes

Ang Seksyon 203, 205 at 207 ng Titulo XVIII ng Kodigo ng Estados Unidos ay ginagawang isang kriminal na pagkakasala para sa ilang mga kasalukuyan at dating opisyal at empleyado ng Estados Unidos na magbigay ng ilang mga serbisyo sa mga bagay na nakakaapekto sa pamahalaan o upang makatulong o tumulong sa pag-uusig ng mga paghahabol laban sa Estados Unidos. Ang mga indibidwal na may salungatan ng interes ay hindi kasama sa paglilingkod bilang mga kinatawan ng mga pasyente bago ang HHS.

### Saan ipapadala ang form na ito

Ipadala ang form na ito sa parehong lokasyon kung saan mo ipinapadala ang iyong paghahabol, apela, karaingan, o kahilingan.

### Kumuha ng tulong at karagdagang impormasyon

Para sa mga katanungan tungkol sa form na ito, makipag-ugnayan sa iyong Medicare plan o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga user ng TTY.

May karapatan kang makakuha ng impormasyon sa Medicare sa isang naa-access na format, tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Mayroon ka ring karapatang magsumite ng reklamo kung sa pakiramdam mo ay nadiskrimina ka. Bisitahin ang [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o tumawag sa 1-800-MEDICARE para sa higit pang impormasyon.

---

**Paperwork Reduction Act (PRA, Batas ng Pagbabawas ng Dokumentasyon sa Papel):** Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng tamang control number ng Office of Management and Budget (OMB, Opisina ng Pamamahala at Badyet). Ang tamang OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-0950. Ang oras na kinakailangan upang maghanda at ipamahagi ang koleksiyong ito ay 15 minuto bawat abiso, kabilang ang oras upang piliin ang preprinted form, kumpletuhin ito at ihatid ito sa benepisyaryo. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng pagtatantya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, mangyaring sumulat sa CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.