



Instrucciones para el formulario de Nombramiento de un Representante

Si usted desea nombrar a un integrante de su familia, un(a) amigo(a) o una persona de su confianza para que solicite en su nombre una excepción o apelación, o presente quejas ante Partners Health Plan usted y este individuo deben completar y firmar este **formulario de Nombramiento de un Representante**. Por favor, tenga en cuenta que el nombramiento tendrá vigencia por un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que sea anulado.

Sección 1 | Nombramiento de un Representante

- Proporcione el nombre completo de la persona que usted designa como su representante. Firme y coloque la fecha en esta sección, y escriba su dirección, número de teléfono y correo electrónico.
- Por favor, tenga en cuenta que al designar a una persona para que actúe como su representante, usted le otorga a esa persona autorización legal y acceso a su información privada de salud relacionada con esta solicitud.

Sección 2 | Aceptación del Nombramiento

- El individuo que usted autoriza para actuar en su nombre tendrá que completar esta sección si está de acuerdo con el nombramiento. Proporcione su nombre completo y situación profesional (por ejemplo: abogado) o su relación con el miembro/participante. Asegúrese de firmar, colocar la fecha y completar el resto de esta sección.

Sección 3 | Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

- Su representante (excepto su médico o proveedor) puede cobrarle un honorario por actuar en representación de usted, pero si él o ella desea renunciar al cobro de honorarios, tendrá que firmar y colocar la fecha en esta sección.
- Tenga en cuenta que si su médico o proveedor actúa como su representante, él o ella no puede cobrarle un honorario por representarle y DEBE firmar esta sección.

Sección 4 | Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

- Esta sección es necesaria solamente si su médico o proveedor actúa como su representante. Al completar esta sección, su médico o proveedor acepta renunciar al derecho de facturarle servicios que Medicare no cubre, en caso de él o ella envíe la solicitud en su nombre.

Envíe el formulario completo a Partners Health Plan por correo postal o por correo electrónico

Partners Health Plan
2500 Halsey Street
Bronx, NY 10461

operations@phpcares.org

La información de los beneficios en este documento es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicios para el participante de Partners Health Plan o lea el Manual del participante de Partners Health Plan. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

El estado de Nueva York ha creado un Programa de Defensores del Participante denominado Red de Defensoría del Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para brindar a los participantes asistencia gratuita y confidencial sobre todos los servicios ofrecidos por Partners Health Plan. Se puede comunicar con ICAN llamando al teléfono gratuito 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800) o a través de Internet, en icannys.org.

Partners Health Plan es un plan de atención administrada que tiene contratos con Medicare y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) para brindar beneficios a sus Participantes a través de la Demostración del Plan de Dobles Beneficios Completamente Integrados para Personas con Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities, FIDA-IDD).

Nombramiento de un Representante

Nombre de la Parte	Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte)
--------------------	---

Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a _____ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como _____
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a _____ ante el Secretario(a) del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma

Fecha

Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, "Solicitud para Obtener un Honorario por Concepto de Representación" se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al 1-800-MEDICARE para más información.