



## تعيين ممثل

Name of Party Medicare Number (beneficiary as party) or National Provider Identifier (provider or supplier as party)

### القسم 1: تعيين ممثل

ليتم إكماله من قبل الطرف الذي يسعى للتمثيل (أي المستفيد من برنامج Medicare أو المزود أو المورد):

أقوم بتعيين الشخص المذكور في القسم 2 للعمل كممثل لي فيما يتعلق بمطالبي أو الحق المؤكد بموجب الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي ("القانون"، Title XVIII of the Social Security Act) والأحكام ذات الصلة في الباب الحادي عشر من القانون (Title XI of the Act). أفوض هذا الشخص لتقديم أي طلب؛ لتقديم الأدلة أو لانتزاعها؛ للحصول على معلومات الاستئناف؛ وتلقي أي إشعار فيما يتعلق بالمطالبة أو الاستئناف أو التظلم أو الطلب الخاص بي كلياً. أفهم أنه قد يتم الكشف عن المعلومات الطبية الشخصية المتعلقة بطلبي للممثل الموضح أدناه.

التاريخ	توقيع الطرف الذي يسعى للتمثيل		
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	عنوان الشارع:		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
	رقم الفاكس (اختياري)	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	

### القسم 2: قبول التعيين

ليتم إكماله من قبل الممثل:

أنا، \_\_\_\_\_ بموجب هذا، أقبل التعيين أعلاه. أقر بأنني لم أستبعد أو أوقفت أو أحظر من الممارسة أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Department of Health and Human Services، HHS)؛ أنني لست، كموظف حالي أو سابق في الولايات المتحدة، غير مؤهل للعمل كممثل للحزب؛ وأنتي أدرك أن أي رسوم قد تخضع للمراجعة والموافقة من قبل السكرتير "the Secretary".

أنا (الحالة المهنية أو العلاقة بالطرف، مثل المحامي أو الأقارب، إلخ).

التاريخ	توقيع الممثل		
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	عنوان الشارع:		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
	رقم الفاكس (اختياري)	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	

### القسم 3: التنازل عن رسوم التمثيل

التعليمات: جب إكمال هذا القسم إذا طلب من الممثل، أو اختار التنازل عن رسوم التمثيل. (يرجى ملاحظة أن المزودين أو الموردين الذين يمثلون مستفيداً ويقدمون العناصر أو الخدمات لا يجوز لهم فرض رسوم على التمثيل ويجب عليهم إكمال هذا القسم).  
أنا أتنازل عن حقي في تحصيل الرسوم وتحصيلها مقابل تمثيل \_\_\_\_\_ أمام سكرتير HHS.

التاريخ التوقيع

### القسم 4: التنازل عن الدفع مقابل العناصر أو الخدمات محل المشكلة

التعليمات: يجب على المزودين أو الموردين الذين يعملون كممثل للمستفيد الذي قدموا له العناصر أو الخدمات إكمال هذا القسم إذا كان الاستئناف ينطوي على مسألة مسؤولية بموجب القسم 2(1879(a) من القانون. (القسم 1879(a) من القانون. (القسم 2) يعالج بشكل عام ما إذا كان المزود / المورد أو المستفيد لا يعرف، أو لا يتوقع بشكل معقول أن يعرف، أن العناصر أو الخدمات المعنية لن يغطيها Medicare.) أنا أتنازل عن حقي في تحصيل المدفوعات من المستفيد مقابل العناصر أو الخدمات المعنية في هذا الاستئناف إذا كان تحديد المسؤولية بموجب 2(1879(a) من القانون محل خلاف.

التاريخ التوقيع

## التعليمات ومتطلبات اللوائح

### التعليمات:

اسم الطرف (مطلوب): هذا هو اسم الشخص أو الكيان الذي يحق له رفع دعوى أو استئناف (اسم الشخص الذي لديه برنامج Medicare ، أو اسم المزود أو المورد).  
رقم Medicare أو معرف المزود الوطني "National Provider Identifier" (مطلوب): يجب إكماله عندما يكون لدى الشخص أو الكيان الذي يعين ممثلاً رقم Medicare أو معرف المزود الوطني. إذا لم يكن قابلاً للتطبيق ، فقم بملء "لا ينطبق".

جميع الحقول في القسمين 1 و 2 مطلوبة ما لم يُذكر على أنها اختيارية في الحقل. راجع اللائحة على [42 CFR 405.910](#).

### فرض رسوم تمثيل المستفيدين أمام سكرتير HHS

محامي ، أو ممثل آخر عن مستفيد ، يرغب في فرض رسوم على الخدمات المقدمة فيما يتعلق باستئناف أمام سكرتير HHS (أي جلسة استماع لقاضي القانون الإداري Office of Medicare Hearings and Administrative Law Judge ، أو مراجعة قاضي المحامي من قبل مكتب جلسات الرعاية الطبية والاستئنافات (Office of Medicare Appeals ، أو مراجعة مجلس استئناف Medicare ، أو إجراء أمام OMHA أو مجلس استئناف Medicare نتيجة حبس احتياطي من محكمة المقاطعة الفيدرالية) مطلوب للحصول على الموافقة على الرسوم وفقاً لـ [42 CFR 405.910\(f\)](#).

الاستمارة ، OMHA-118 ، "عريضة للحصول على الموافقة على رسوم لتمثيل المستفيد" تستخرج المعلومات المطلوبة لتقديم التماس بالرسوم. يجب إكماله من قبل الممثل وتقديمه مع طلب جلسة ALJ أو مراجعة OMHA أو طلب مراجعة مجلس استئناف Medicare. الموافقة على رسوم الممثل غير مطلوبة إذا: (1) المستأنف الذي يتم تمثيله هو مزود أو مورد ؛ (2) الرسوم مقابل الخدمات المقدمة بصفة رسمية مثل الوصي القانوني أو اللجنة أو ممثل مماثل معين من قبل المحكمة ووافقت المحكمة على الرسوم المعنية ؛ (3) الرسوم مقابل تمثيل المستفيد في دعوى في محكمة المقاطعة الفيدرالية ؛ أو (4) الرسوم مخصصة لتمثيل المستفيد في إعادة القرار أو إعادة النظر. إذا رغب الممثل في التنازل عن الرسوم ، فيجوز له / لها أن يفعل ذلك. يمكن العثور على النموذج OMHA-118 على: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

### الموافقة على الرسوم

يضمن مطلب الموافقة على الرسوم أن الممثل سيحصل على القيمة العادلة للخدمات التي يتم إجراؤها أمام HHS نيابة عن المستفيد ، ويوفر للمستفيد قدرًا من الأمان بأن الرسوم محددة على أنها معقولة. عند الموافقة على الرسوم المطلوبة ، سوف يأخذ OMHA أو مجلس استئناف Medicare في الاعتبار طبيعة ونوع الخدمات المقدمة ، وتعقيد الحالة ، ومستوى المهارة والكفاءة المطلوبة لتقديم الخدمات ، ومقدار الوقت المستغرق في القضية ، و النتائج المحققة ، ومستوى المراجعة الإدارية التي نقل الممثل إليها الاستئناف ومقدار الرسوم التي طلبها الممثل.

### تضارب المصالح

تعتبر الأقسام 203 و 205 و 207 من الباب الثامن عشر من قانون الولايات المتحدة جريمة جنائية لبعض الضباط والموظفين والمسؤولين السابقين والموظفين في الولايات المتحدة لتقديم خدمات معينة في الأمور التي تؤثر على الحكومة أو لدعم أو المساعدة في مقاضاة الدعاوى المرفوعة ضد الولايات المتحدة. يتم استبعاد الأفراد الذين لديهم تضارب في المصالح من أن يكونوا ممثلين عن المستفيدين أمام HHS.

### أين ترسل هذا النموذج

أرسل هذا النموذج إلى نفس المكان الذي ترسل فيه (أو أرسلت بالفعل): الاستئناف الخاص بك إذا كنت تقدم استئنافاً أو شكوى أو شكوى إذا كنت تقدم شكوى أو شكوى أو قرارًا أوليًا أو قرارًا إذا كنت تطلب القرار أو القرار الأولي. إذا كانت هناك حاجة إلى مساعدة إضافية ، فاتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، مستخدم TTY للاتصال على 1-877-486-2048 ، أو خطة Medicare الخاصة بك.

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الوصول إليه ، مثل الطباعة الكبيرة أو تنسيق برايل أو الملفات الصوتية. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. قم بزيارة <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> أو اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

OneCare (HMO D-SNP) ، خطة Medicare Medi-Cal ، هي إحدى مؤسسات Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare. يعتمد التسجيل في OneCare على تجديد العقد. تلتزم OneCare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. تفضل بزيارتنا على [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

### المرفقات:

- نشرة إشعار عدم التمييز [Material ID: <H5433\_23MM003\_C>]
- نشرة متعددة اللغات [Material ID: <IR23\_MM002\_H5433\_H7501>]

وفقًا لقانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 ، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا. رقم تحكم OMB الصالح لجمع المعلومات هذا هو 0938-0950. الوقت اللازم لإعداد وتوزيع هذه المجموعة هو 15 دقيقة لكل إشعار ، بما في ذلك وقت اختيار النموذج المطبوع مسبقًا وإكماله وتسليمه إلى المستفيد. إذا كانت لديك تعليقات بخصوص دقة تقديرات الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج ، فيرجى الكتابة إلى 21244-1850 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850, CMS, PRA Clearance Officer.