



تعيين ممثل

اسم الطرف	رقم Medicare (المستفيد كطرف) أو معرف المزود الوطني (المزود أو المورد كطرف)
-----------	---

القسم 1: تعيين ممثل

ليتم إكماله من قبل الطرف الذي يسعى للتمثيل (أي المستفيد من برنامج Medicare أو المزود أو المورد):
أعين هذا الشخص، _____، 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 استخلاصها ؛ للحصول على معلومات الاستئناف ؛ وتلقي أي إشعار فيما يتعلق بالمطالبة أو الاستئناف أو التظلم أو الطلب الخاص بي كلياً. أفهم أن المعلومات الطبية الشخصية المتعلقة بطلبي قد يتم الكشف عنها للممثل الموضح أدناه.

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

القسم 2: الموافقة على التعيين

ليتم إكماله بواسطة الممثل:

أنا، _____، ههنا أقبل التعيين أعلاه. أشهد أنني لم أستبعد أو أوقفت أو مُنع من الممارسة أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) ؛ أنني لست ، كموظف حالي أو سابق في الولايات المتحدة ، غير مؤهل للعمل كممثل للطرف ؛ وأنني أدرك أن أي رسوم قد تخضع للمراجعة والموافقة من قبل السكرتير.
أنا _____ (الحالة المهنية أو العلاقة بالطرف ، على سبيل المثال: محامي ، قريب ، إلخ).

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

القسم 3: التنازل عن رسوم التمثيل

التعليمات: يجب إكمال هذا القسم إذا طُلب من الممثل، أو اختار، التنازل عن رسوم التمثيل. (لاحظ أن الموردين أو الموردين الذين يمثلون مستفيدًا ويقدمون العناصر أو الخدمات لا يجوز لهم فرض رسوم على التمثيل و يجب عليهم إكمال هذا القسم.) أنا أتنازل عن حقي في فرض الرسوم وتحصيلها مقابل تمثيل _____ أمام سكرتير HHS.

التاريخ	التوقيع
---------	---------

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

التعليمات: يجب على الموردين 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)(a)(1879) من القانون. (القسم (2)(a)(1879) 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)(a)(1879) من القانون محل خلاف.

التاريخ	التوقيع
---------	---------

فرض رسوم تمثيل المستفيدين أمام سكرتير HHS

محام ، أو ممثل آخر عن مستفيد ، والذي يرغب في فرض رسوم على الخدمات المقدمة فيما يتعلق باستئناف أمام سكرتير HHS (على سبيل المثال ، جلسة استماع لقاضي القانون الإداري (ALJ) أو مراجعة قاضي المحامي من قبل مكتب جلسات الرعاية الطبية والاستئنافات (OMHA) ، 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 وفقًا لـ 42 CFR 405.910 (f).

النموذج ، "التماس للحصول على رسوم تمثيلية" يستخرج المعلومات المطلوبة للحصول على التماس الرسوم. 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 مخصصة لتمثيل المستفيد في دعوى أمام 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 استخدام القسم الثالث (Section III) في مقدمة هذا النموذج لهذا الغرض. في بعض الحالات ، كما هو مبين في النموذج ، يجب التنازل عن رسوم التمثيل الموافقة على الرسوم

يضمن شرط الموافقة على الرسوم أن الممثل سيحصل على القيمة العادلة للخدمات التي يتم أدائها أمام HHS نيابة عن المستفيد ، ويوفر للمستفيد قدرًا من الضمان بأن الرسوم محددة على أنها معقولة. عند الموافقة على الرسوم المطلوبة ، سينظر OMHA أو مجلس استئناف Medicare في طبيعة ونوع الخدمات المقدمة ، ومدى تعقيد 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

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

إن خطة OneCare Connect Cal MediConnect (خطة Medicare-Medicaid) هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمسجلين. تتمثل OneCare Connect لقوانين 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 Connect على الرقم المجاني **8823-705-855-1 (TTY 711)** ، 24 ساعة في اليوم ، 7 أيام في الأسبوع.