



Servicio al Cliente Correo electrónico: [memberservices@sfhp.org](mailto:memberservices@sfhp.org) Teléfono: **1(833) 530-7327**; TTY: **711** Fax: **1(415) 547-7825**

## Nombramiento de representante

Nombre de la parte	N.º de identificación de SFHP (beneficiario como parte) o identificador de proveedor nacional (proveedor o proveedor como parte)
--------------------	--

### Sección 1: Nombramiento de representante

**A completar por la parte que solicita la representación (es decir, el beneficiario de Medicare, el proveedor o el vendedor):**

Designo a esta persona, \_\_\_\_\_, para que actúe como mi representante en relación con mi reclamo o derecho reivindicado en virtud del Title XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas del Title XI de la Ley. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud; para presentar u obtener pruebas; para obtener información sobre apelaciones; y a recibir cualquier notificación en relación con mi reclamo, apelación, queja o solicitud en mi nombre. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede ser divulgada al representante indicado a continuación.

Firma de la persona que solicita representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

### Sección 2: Aceptación del nombramiento A cumplimentar por el representante:

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente, acepto el nombramiento mencionado. Certifico que no he sido descalificado, suspendido ni inhabilitado para ejercer ante el Department of Health and Human Services (HHS); que no estoy, como empleado actual o anterior de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante de la parte; y que reconozco que cualquier honorario puede estar sujeto a revisión y aprobación por parte del Secretario.

Soy un/a \_\_\_\_\_  
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo, abogado, familiar, etc.)

Firma de la persona que solicita representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		

### Sección 3: Exención de honorarios por representación

**Instrucciones: Esta sección debe completarse si el representante debe o decide renunciar a los honorarios de representación.** (Tenga en cuenta que los proveedores que representan a un beneficiario y proporcionan los artículos o servicios no pueden cobrar un honorario por la representación y deben completar esta sección). Renuncio a mi derecho de cobrar y cobrar un honorario por representación ante el Secretario del HHS.

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

#### **Sección 4: Exención de pago por los productos o servicios en cuestión**

**Instrucciones:** Los proveedores que actúen como representantes de un beneficiario al que proporcionaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra una cuestión de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La Sección 1879(a)(2) generalmente aborda si un proveedor/proveedor o beneficiario no sabía, o no podía esperarse razonablemente que supiera, que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho a cobrar el pago del beneficiario por los productos o servicios en cuestión en esta apelación si se trata de una determinación de responsabilidad conforme a la §1879(a)(2) de la Ley.

Firma

Fecha

#### **Cobro de honorarios por representar a los beneficiarios ante el Secretario 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 del HHS (es decir, una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ) o una revisión de un abogado litigante por la Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA), la revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare, como resultado de una devolución de un tribunal federal de distrito, debe obtener la aprobación del honorario de acuerdo con 42 CFR 405.910(f).

El formulario, “Petición para obtener un honorario de representante” solicita la información requerida para una petición de honorarios. El representante debe completarlo y presentarlo con la solicitud de audiencia ante el ALJ, la revisión de la OMHA o la solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de los honorarios de un representante si: (1) elapelante representado es un proveedor o vendedor; (2) los honorarios son por servicios prestados en una capacidad oficial, como la de tutor legal, comité o representante similar designado por un tribunal y el tribunal ha aprobado los honorarios en cuestión; (3) el honorario es para la representación de un beneficiario en un procedimiento en un tribunal federal de distrito; o (4) el honorario es para la representación de un beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea eximir de un honorario, puede hacerlo. La Sección III, en el anverso de este formulario, se puede usar para tal fin. En algunos casos, como se indica en el formulario, se debe eximir del honorario para la representación.

#### **Aprobación del honorario**

El requisito para la aprobación de los honorarios garantiza que un representante recibirá un valor justo por los servicios prestados ante el HHS en nombre de un beneficiario y proporciona al beneficiario una medida de seguridad de que se determina que los honorarios son razonables. Al aprobar los honorarios solicitados, la OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare tendrán en cuenta la naturaleza y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad y competencia requerido en la prestación de los servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados obtenidos, el nivel de revisión administrativa al que el representante llevó la apelación y el monto de los honorarios solicitados por el representante.

#### **Conflicto de intereses**

Las secciones 203, 205 y 207 del Title XVIII del Código de los Estados Unidos tipifican como delito penal que determinados funcionarios, empleados y exfuncionarios y empleados de los Estados Unidos presten determinados servicios en asuntos que afecten al Gobierno o que ayuden o presten asistencia en la tramitación de reclamos contra los Estados Unidos. Las personas con un conflicto de intereses están excluidas de ser representantes de los beneficiarios ante el HHS.

#### **Dónde enviar este formulario**

Envíe este formulario a la misma ubicación donde está enviando (o donde ya ha enviado) su: apelación si está presentando una apelación, queja o reclamación si está presentando una queja o reclamación, o una determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda adicional, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información a menos que esta cuente con un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0950. El tiempo requerido para preparar y distribuir esta recolección es de 15 minutos por aviso, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Form CMS-1696 (Rev 08/18)