

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 Healthfirst, 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.

**Escriba su nombre completo  
(nombre y apellido)**

**Escriba su número de identificación  
de Healthfirst**

## 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 Healthfirst por correo postal o fax al:

**Determinaciones, apelaciones y  
quejas sobre el cuidado médico**

Medical Management Healthfirst  
 P.O. Box 5163  
 New York, NY 10275-0304  
 Fax: 1-212-801-3250

**Excepción de medicamento recetado,  
determinación y redeterminación**

CVS Caremark Part D Services  
 P.O. Box 52000, MC109  
 Phoenix, AZ 85072-2000  
 Fax: 1-855-633-7673

También puede tener acceso al formulario en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si aún no lo ha hecho, visite **MyHFNY.org** para crear una cuenta segura de Healthfirst y aprovechar al máximo sus beneficios. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al número de teléfono de Servicios a los Miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de miembro. Para obtener ayuda en persona, visite la oficina local de Healthfirst más cercana.

## 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 mencionado en la Sección 2 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)	Número de Fax (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)	Número de Fax (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
-------	-------

# INSTRUCCIONES Y REQUISITOS REGLAMENTARIOS

## Instrucciones

Nombre de la Parte: Este es el nombre de la persona o entidad que tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o proveedor).

Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional: Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional. Si no aplica, complete "no aplica".

Todos los demás campos rellenables de las Secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indiquen como opcionales dentro del campo. Consulte el reglamento en [42 CFR 405.910](#).

## 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).

El formulario, OMHA-118, "Petición para Obtener la Aprobación de un Honorario por Concepto de Representación de un Beneficiario," 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. El formulario, OMHA-118, se encuentra en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

## 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), usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o con su plan de Medicare.

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 siente que ha sido discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o llame al 1-800-MEDICARE para más información. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048

---

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.