

## 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.

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.  
Formulario de CMS-1696 (Rev 08/18) Spanish

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. MCS Advantage, Inc.

遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)

### **Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación**

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

Si considera que MCS Advantage, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente: Centro de Llamadas, MCS Advantage, Inc., Centro de Llamadas, PO BOX 191720, San Juan, PR 00919-1720, 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY), 787-620-1337 (fax).

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro Centro de Llamadas está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querrelas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Aviso de Confidencialidad:** La información contenida en esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información

**H5577\_813S0219\_C**

protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, según enmendada (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esta información es para el uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido y le podría exponer a penalidades civiles o criminales. Si usted recibió esta información por error, por favor notifique inmediatamente al remitente y procure la devolución o destrucción de esta comunicación.