

Nomeação de Representante

Utilize este formulário para nomear um representante que atue em seu nome no âmbito do seu pedido de reembolso, recurso, reclamação ou pedido. Ao assinar este formulário e nomear este representante, concorda que o representante será o principal ponto de contacto e terá autoridade para apresentar pedidos, apresentar provas, obter informações e receber toda a comunicação relativa ao seu processo. Esta pessoa poderá ter acesso às suas informações médicas pessoais. **Todos os campos das Secções 1 e 2 são obrigatórios, a menos que estejam assinalados como opcionais.**

Secção 1: Informações sobre a pessoa que nomeia o representante

Esta secção deve ser preenchida pelo paciente, pelo prestador ou por outra pessoa que nomeie um representante.

Nome	Número do Medicare ou Identificador Nacional do Prestador	
Endereço postal	Número de telefone (com indicativo) () -	
Cidade	Estado ()	Código postal ()
E-mail (opcional)	Fax (opcional) () -	
Assinatura	Data de assinatura (mm/dd/aaaa) / /	

Secção 2: Informações sobre o representante

Esta secção deve ser preenchida pelo representante.

Nome do representante		
Caracterização profissional ou relação com a pessoa referida na Secção 1 (advogado, familiar, etc.)		
Endereço postal	Número de telefone (com indicativo) () -	
Cidade	Estado ()	Código postal ()
E-mail (opcional)	Fax (opcional) () -	
Assinatura	Data de assinatura (mm/dd/aaaa) / /	

O representante deve preencher as secções abaixo, se for o caso (consulte as instruções na página 2)

Secção 3: Renúncia aos honorários de representação

Os prestadores e fornecedores que forneceram os itens ou serviços em causa não podem cobrar honorários pela representação e devem assinar abaixo para renunciar aos seus honorários. Os representantes que optem por renunciar aos seus honorários de representação devem também assinar abaixo.

Renuncio ao meu direito de cobrar e receber honorários pela representação da pessoa referida na Secção 1 perante o Secretário do HHS.

Assinatura	Data de assinatura (mm/dd/aaaa) / /
------------	--

Secção 4: Renúncia ao pagamento dos itens ou serviços em causa

Se for um prestador ou fornecedor e tiver fornecido itens ou serviços ao paciente que representa, caso o recurso envolva a questão de saber se o representante ou o paciente não sabiam, ou não se podia razoavelmente esperar que soubessem, que o Medicare não cobriria esses bens ou serviços.

Renuncio ao meu direito de cobrar ao paciente o pagamento pelos itens ou serviços em causa neste recurso, caso seja tomada uma decisão de responsabilidade nos termos do parágrafo 1879(a)(2) da Lei.

Assinatura	Data de assinatura (mm/dd/aaaa) / /
------------	--

Instruções e Requisitos Regulamentares

Instruções

Todos os campos das Secções 1 e 2 são obrigatórios, a menos que estejam assinalados como "opcional." Se a pessoa ou entidade que nomeia um representante não tiver um número do Medicare ou um Identificador Nacional de Prestador, preencha "não aplicável". Consulte o regulamento em 42 CFR 405.910: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

A renúncia aos honorários de representação prevista na Secção 3 é necessária quando um representante é obrigado, ou concordou, em renunciar ou não cobrar honorários pela sua representação. A renúncia ao pagamento dos itens ou serviços em causa (Secção 4) é necessária se um prestador ou fornecedor que tenha fornecido itens ou serviços ao paciente representar o paciente e se a responsabilidade (conhecimento da não cobertura) nos termos do parágrafo 1879(a)(2) da Lei estiver em causa no recurso. Consulte 42 CFR 405.910(f).

A nomeação de um representante é considerada válida por um ano a contar da data em que este formulário for assinado tanto pela pessoa que nomeia o representante como pelo representante nomeado. Um formulário preenchido pode ser utilizado para outros recursos ou ações durante o período de um ano em que é válido. A menos que seja revogada, a representação é válida enquanto durar a reclamação, o recurso, a reclamação ou o pedido para o qual foi apresentada.

Cobrança de honorários pela representação de pacientes perante o Secretário do HHS

Um advogado, ou outro representante de um paciente, que pretenda cobrar honorários pelos serviços prestados no âmbito de um recurso interposto perante o Secretário do HHS (ou seja, uma audiência perante um Juiz de Direito Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) ou uma revisão por um advogado-adjudicador do Gabinete de Audiências e Recursos do Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), revisão pelo Conselho de Recursos do Medicare, ou um processo perante o OMHA ou o Conselho de Recursos do Medicare na sequência de um reenvio por um tribunal distrital federal), deve obter a aprovação dos honorários em conformidade com o parágrafo 42 CFR 405.910(f).

O representante deve preencher o formulário OMHA-118, "Pedido de aprovação de honorários pela representação de um beneficiário", e apresentá-lo juntamente com o pedido de audiência perante o ALJ, de revisão pela OMHA ou de revisão pelo Conselho de Recursos do Medicare. Não é necessária a aprovação dos honorários se: (1) o recorrente representado seja um prestador ou fornecedor; (2) os honorários se refiram a serviços prestados a título oficial, tais como os de tutor legal, comissão ou representante semelhante nomeado pelo tribunal, e o tribunal tenha aprovado os honorários; (3) os honorários se refiram à representação de um paciente num processo no tribunal distrital federal; ou (4) os honorários se refiram à representação de um paciente num processo de redeterminação ou reconsideração. Os representantes podem, se assim o desejarem, renunciar aos seus honorários. Obtenha aqui o formulário OMHA-118: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Um prestador ou fornecedor que tenha prestado os serviços ou fornecido os itens a um paciente do Medicare, que sejam objeto do recurso, pode representar esse paciente num recurso, mas não pode cobrar ao beneficiário quaisquer honorários associados a essa representação. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Aprovação dos honorários

O requisito de aprovação dos honorários garante que um representante seja remunerado de forma justa pelos seus serviços e que os honorários cobrados aos pacientes sejam razoáveis. Ao aprovar os honorários solicitados, a OMHA ou o Conselho de Recursos do Medicare terão em conta a natureza e o tipo de serviços prestados, a complexidade do caso, o nível de qualificação e competência exigido, o tempo dedicado ao caso, os resultados alcançados, o nível de revisão administrativa necessário e o montante dos honorários solicitados.

Conflito de interesses

As Secções 203.^a, 205.^a e 207.^a do Título XVIII do Código dos Estados Unidos tipificam como crime o facto de determinados funcionários e colaboradores, atuais ou antigos, dos Estados Unidos prestarem determinados serviços em assuntos que afetem o governo ou prestarem auxílio ou assistência na instauração de ações judiciais contra os Estados Unidos. As pessoas que se encontrem em situação de conflito de interesses estão impedidas de exercer funções como representantes dos pacientes perante o HHS.

Para onde enviar este formulário

Envie este formulário para o mesmo endereço para onde envia o seu pedido de reembolso, recurso, reclamação ou pedido.

Obter ajuda e mais informações

Se tiver dúvidas sobre este formulário, contacte o seu plano Medicare ou ligue para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

Tem o direito de obter informações sobre o Medicare num formato acessível, como letras grandes, braille ou áudio. Tem também o direito de apresentar uma queixa se considerar que foi vítima de discriminação. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), ou ligue para o número 1-800-MEDICARE para obter mais informações.

Lei de Redução da Burocracia: De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, ninguém é obrigado a responder a um pedido de recolha de informações, a menos que este apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para este pedido de recolha de informações é 0938-0950. O tempo necessário para preparar e distribuir esta recolha é de 15 minutos por aviso, incluindo o tempo para seleccionar o formulário pré-impresso, preenchê-lo e entregá-lo ao beneficiário. Se tiver comentários sobre a exatidão das estimativas de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.