

**SEÑALAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA SEGURO DE SILVERSCRIPT**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DE MEDICARE
-------------------------	--------------------

**SECCIÓN I: SEÑALAMIENTO DE REPRESENTANTE**

**El beneficiario debe llenar esta parte:**

Yo señalo a esta persona: \_\_\_\_\_ para que actúe como mi representante en relación con mi reclamación o derecho afirmado bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la "Ley") y disposiciones relacionadas del Título XI de esa ley. Autorizo a esta persona para que haga cualquier solicitud, presente o busque evidencia, obtenga información de apelaciones, y reciba cualquier aviso relacionado con mi apelación; representándome completamente. Entiendo que, por mi apelación, la divulgación de información personal relacionada con mi salud al representante indicado a continuación sería posible.

FIRMA DEL BENEFICIARIO		FECHA
DIRECCIÓN		TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

**SECCIÓN II: ACEPTACIÓN DEL SEÑALAMIENTO**

**El representante asignado debe llenar esta parte:**

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por el presente el señalamiento arriba indicado. Certifico que no he sido descalificado, suspendido, ni prohibido de la práctica ante el Departamento de Servicios Humanos y de Salud; que como empleado pasado o presente de los Estados Unidos, no estoy descalificado de actuar como representante del beneficiario; y reconozco que cualquier cuota por representación estará sujeta a la revisión y aprobación del Secretario.

Yo soy \_\_\_\_\_  
(ESTADO PROFESIONAL O PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO, EJ. ABOGADO, FAMILIAR, ETC.)

FIRMA		FECHA
DIRECCIÓN		TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

**SECCIÓN III: RENUNCIA A CUOTA POR REPRESENTACIÓN**

**Instrucciones: Esta parte se llena si el representante renuncia a cualquier cuota/pago por tal representación.**

(Observe que las personas que son proveedores o suplidores posiblemente no cobren una cuota por la representación y por lo tanto, todos los proveedores o suplidores que hayan provisto o prestado los servicios en cuestión deberán llenar esta sección.)

Renuncio a mi derecho de cobrar y recaudar una cuota por representar a \_\_\_\_\_  
ante el Departamento de Salud y Recursos Humanos

FIRMA	FECHA
-------	-------

**SECCIÓN: RENUNCIA AL PAGO POR ARTÍCULOS Y SERVICIOS EN CONTROVERSIAS**

**Instrucciones: Los proveedores o suplidores que proporcionen artículos que estén en controversia, deben llenar esta sección si la apelación incluye algún asunto de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.** (Sección 879(a)(2) generalmente se dirige a si un proveedor/suplidor o beneficiario no tenía conocimiento, y no se podía esperar razonablemente que tuviera conocimiento, que los artículos o servicios en controversia no estarían cubiertos por Medicare.)

Renuncio a mi derecho de obtener pago del beneficiario por los artículos o servicios proporcionados relacionados con 1879 (a)(2) de la Ley.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Favor de llenar completamente y enviar a la dirección correspondiente.

DEPARTAMENTO DE  
APELACIONES

DEPARTAMENTO DE  
QUERELLAS

APPEALS DEPARTMENT  
MC 109 PO Box 52000  
Phoenix, AZ 85072-2000  
O por Fax al 866-884-9475

GRIEVANCE DEPARTMENT  
PO Box 280500  
Nashville, TN 37228  
O por Fax al 866-788-5143

## **CARGO DE CUOTAS POR LA REPRESENTACIÓN DE BENEFICIARIOS ANTE EL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS**

Un Abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar una cuota por servicios rendidos en relación con una apelación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) al nivel de Juez de Leyes Administrativas (ALJ) o del Concilio de Apelaciones de Medicare (MAC), por ley necesita conseguir APROBACIÓN DE CUOTA DE ACUERDO CON 42 CFR §405.910(f). Una reclamación que ha sido remitida por la corte al Secretario para más procesos administrativos se considera como una que está en presencia del Secretario a partir del momento que la remite la corte.

El formulario “Solicitud para obtener una cuota por representación” expone la información necesaria para la recaudación de una cuota. El representante debe llenarlo y entregarlo al DHHS. Cuando un representante haya prestado servicios en una reclamación frente al DDHS, las reglas requieren que la cantidad de la cuota, si hay alguna, por los servicios prestados frente al Secretario del DDHS, sea especificada. Si alguna cuota fuese cobrada por tales servicios, se tiene que presentar una petición para la aprobación de la cantidad de la cuota.

La aprobación de la cantidad no es un requisito cuando el que apela es un proveedor/suplidor o cuando la cuota sea por servicios (1) rendidos en una capacidad oficial como aquella de guardián legal, comité, o algún otro cargo señalado por ley y la corte haya aprobado dicha cuota; (2) prestados en representación de un beneficiario ante la corte del distrito federal mencionada anteriormente; o (3) en la representación de un beneficiario que esté en apelaciones a un nivel más bajo del Juez de Leyes Administrativas (ALJ). Si el representante desea renunciar a su cuota, puede hacerlo. La Sección III al frente de este formulario se puede usar con ese propósito. En algunos casos, según se indica en el formulario, hay que renunciar a la cuota por representación.

### **AUTORIZACIÓN DE CUOTA**

El requisito de aprobación para las cuotas por representación asegura que el representado recibirá un valor justo por los servicios prestados ante el DHHS en nombre del reclamante, y al mismo tiempo provee un sentido de seguridad a los beneficiarios. Al aprobar la cuota por representación solicitada, el ALJ o MAC considera la naturaleza y tipo de los servicios realizados, la complejidad del caso, el nivel de destreza y competencia requerida al rendir los servicios, la cantidad de tiempo invertida en el caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa en el cual el representante condujo la apelación y la cantidad de cuota solicitada por el representante.

### **CONFLICTO DE INTERESES**

Las Secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del código de los Estados Unidos convierte en una ofensa criminal para ciertos funcionarios, empleados, y pasados funcionarios y empleados de los Estados Unidos el que rindan ciertos servicios en asuntos de afectar el gobierno o prestar ayuda en la persecución de reclamaciones contra los Estados Unidos. Las personas que tengan un conflicto de intereses están excusadas de actuar como representantes de beneficiarios ante el DHHS.