

## Carta de solicitud de documentación de la autorización

Como lo exigen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), puede tener un representante designado por usted o autorizado por el estado u otra ley vigente para que actúe en su nombre para presentar una queja, solicitar una determinación de cobertura u ocuparse de cualquiera de las etapas del proceso de apelación.

Su solicitud no se puede considerar hasta que Blue MedicareRx<sup>SM</sup> (PDP) reciba la documentación de la autorización que permite que otra persona actúe en su nombre.

Si tiene una designación de un representante o quisiera designar a uno, envíe la documentación de la autorización por fax o correo con la siguiente información:

Quejas	Determinaciones y redeterminaciones de cobertura
Blue MedicareRx Departamento de quejas 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131 Teléfono: 1-877-403-6038 Fax: 858-790-6060	Blue MedicareRx Departamento de determinaciones de cobertura 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131 Teléfono: 1-877-403-6038 Fax: 858-790-6060

### Formas aceptadas de documentación de la autorización

1. Poder legal (POA)
2. Documento que designa a una persona autorizada por un tribunal o por el estado, u otra ley vigente.
  - **Nota:** Una persona autorizada podría incluir, entre otras, un tutor designado por un tribunal, una persona con un poder legal duradero, un apoderado para la asistencia médica, una persona designada conforme a un estatuto de consentimiento de atención médica o un albacea de patrimonio.
  - **Nota:** La documentación de autorización legal es válida hasta la fecha de caducidad indicada en el documento, excepto si se revoca.
3. El formulario CMS-1696 de Designación de un representante (AOR) – Adjunto
  - **Nota:** Un formulario AOR completo tiene validez durante un año a partir de la fecha de las firmas tanto para usted como para la persona designada, excepto si se revoca.
4. Un aviso por escrito equivalente, que incluye lo siguiente:
  - Su nombre, dirección y número de teléfono
  - El nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona designada
  - Su número de reclamación del seguro de salud (HICN) o identificador de beneficiario de Medicare, o el número de identificación del plan

- La profesión de la persona designada o su relación con usted
- Una explicación por escrito del propósito y el alcance de la representación
- Una declaración que informa que autoriza a la persona designada a actuar en su nombre y una declaración que autoriza la divulgación de información que lo identifica individualmente a la persona designada
- Una declaración de la persona designada que indica que acepta la designación
- La firma y fecha escritas por usted y la persona designada
  - **Nota:** Un aviso por escrito equivalente tiene validez durante un año a partir de la fecha de las firmas tanto para usted como para la persona designada, excepto si se revoca.

Es importante conservar la documentación de autorización firmada original para sus registros.

Si tiene más preguntas, llame al departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local de Arizona. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Atentamente,

Blue MedicareRx

## 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.