

## PAGTATALAGA NG KINATAWAN

Pangalan ng Partido	Numero sa Medicare (benepisyaryo bilang partido) o Pambansang Numero para sa Identipikasyon ng Tagabigay ng Serbisyo (National Provider Identifier) (tagabigay ng serbisyo o supplier bilang partido)
---------------------	---

### Seksyon 1: Pagtatalaga ng Kinatawan

Sasagutan ng partidong humihingi ng representasyon (hal., benepisyaryo ng Medicare, tagapagbigay ng serbisyo, o supplier):

Itinatalaga ko ang indibidwal na pinangalanan sa Seksyon 2 para kumilos bilang kinatawan ko kaugnay ng aking claim (paghahabol ng kabayaran) o iginigiit na karapatan sa ilalim ng Title XVIII ng Social Security Act (ang "Act") at mga nauugnay na kondisyon ng Title XI ng Act. Pinahihintulutan ko ang indibidwal na ito na magsagawa ng anumang kahilingan; magpresenta o humingi ng ebidensya; makakuha ng impormasyon sa mga apela; at makatanggap ng anumang abiso kaugnay ng aking claim, apela, karaingan, o kahilingan sa aking ngalan. Nauunawaan ko na puwedeng isiwalat sa kinatawang nakasaad sa ibaba ang personal na impormasyong medikal na may kaugnayan sa aking kahilingan.

Lagda ng Partidong Humihingi ng Representasyon	Petsa	
Address ng Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsyonal)	Numero ng Fax (opsyonal)	

### Seksyon 2: Pagtanggap sa Pagtatalaga

Sasagutan ng kinatawan:

Ako, si \_\_\_\_\_, ay tinatanggap ang nasabing pagtatalaga sa itaas. Pinatutunayan ko na hindi pa ako nadiskwalipika, nasuspende, o pinagbawalan sa practice ng Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (HHS); na bilang kasalukuyan o dating empleyado ng Estados Unidos ay hindi ako diskwalipikadong kumilos bilang kinatawan ng partido; at kinikilala ko na posibleng napapailalim sa pagsusuri at pag-apruba ng Kalihim ang anumang singil.

Isa akong \_\_\_\_\_  
(Katayuang propesyonal o ugnayan sa partido, hal. abogado, kamag-anak, atbp.)

Lagda ng Kinatawan	Petsa	
Address ng Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsyonal)	Numero ng Fax (opsyonal)	

### Seksyon 3: Pagpapaubaya ng Singil (Waiver of Fee) para sa Representasyon

Mga Tagubilin: Dapat sagutan ang seksyong ito kung kailangan o kung gusto ng kinatawan na ipaubaya (i-waive) ang kanyang singil para sa representasyon. (Tandaan na para sa mga tagabigay ng serbisyo o supplier na kumakatawan sa isang benepisyaryo at nagkaloob ng mga item o serbisyo, hindi sila maaaring maningil ng bayad para sa representasyon at kailangan nilang sagutan ang seksyong ito.)

Ipinaubaya ko ang karapatan kong maningil o mangolekta ng bayarin para katawanin si \_\_\_\_\_ sa harap ng Kalihim ng HHS.

Lagda	Petsa
-------	-------

### Seksyon 4: Pagpapaubaya ng Bayad (Waiver of Payment) para sa Mga Pinag-uusapang Item o Serbisyo

Mga Tagubilin: Para sa mga tagabigay ng serbisyo o supplier na nagsisilbing kinatawan ng isang benepisyaryo na binigyan nila ng mga item o serbisyo, dapat nilang sagutan ang seksyong ito kung ang apela ay may kinalaman sa tanong sa pananagutan sa ilalim ng seksyon 1879(a)(2) ng Act. (Sa pangkalahatan, tinatalakay sa seksyon 1879(a)(2) kung hindi alam o kung imposibleng malaman ng isang tagabigay ng serbisyo/supplier o benepisyaryo na hindi sasakupin ng Medicare ang mga pinag-uusapang item o serbisyo.)

Ipinaubaya (wine-waive) ko ang karapatan kong maningil ng bayad sa benepisyaryo para sa mga pinag-uusapang item o serbisyo sa apelang ito kung may ikinokonsiderang desisyon tungkol sa pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Act.

Lagda	Petsa
-------	-------

# MGA TAGUBILIN AT MGA ITINATAKDA NG REGULASYON

## Mga Tagubilin

Pangalan ng Partido (kinakailangan): Ito ang pangalan ng tao o entity na kuwalipikadong maghain ng claim (paghahabol ng kabayaran) o apela (pangalan ng taong may Medicare, o pangalan ng tagabigay ng serbisyo o supplier).

Numero sa Medicare o Pambansang Numero para sa Identipikasyon ng Tagabigay ng Serbisyo (National Provider Identifier) (kinakailangan): Dapat itong sagutan kung ang tao o entity na magtatalaga ng kinatawan ay mayroong Numero sa Medicare o Pambansang Numero para sa Identipikasyon ng Tagabigay ng Serbisyo (National Provider Identifier). Kung hindi naaangkop, lagyan ng “hindi naaangkop”.

Kailangang sagutan ang lahat ng field sa Seksyon 1 at 2 maliban kung may nakalagay na opsyonal sa field. Basahin ang regulasyon sa [42 CFR 405.910](#).

## Paniningil ng Mga Bayarin sa Pagkatawan sa Mga Benepisyaryo sa Harap ng Kalihim ng HHS

Kung ang isang abogado, o iba pang kinatawan ng benepisyaryo, ay gustong maningil ng bayarin para sa mga serbisyong ibibigay niya kaugnay ng apela sa harap ng Kalihim ng HHS (hal., pagdinig ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) pagdinig o attorney adjudicator review ng Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA), pagsusuri ng Medicare Appeals Council, o pagdinig sa harap ng OMHA o Medicare Appeals Council bilang resulta ng remand mula sa pederal na district court), kailangan niyang makakuha ng pag-apruba sa singil alinsunod sa 42 CFR 405.910(f).

Kinokolekta ng form na OMHA-118, “Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing a Beneficiary” (Petisyon para Humingi ng Pag-apruba ng Singil para sa Pagkatawan sa Isang Benepisyaryo) ang mga kinakailangang impormasyon para magpetisyon ng singil. Dapat itong sagutan ng kinatawan at dapat itong ihain kasabay ng kahilingan sa pagdinig ng ALJ, pagsusuri ng OMHA, o kahilingan para sa pagsusuri ng Medicare Appeals Council. Hindi kinakailangang aprubahan ang singil sa kinatawan kung: (1) tagabigay ng serbisyo o supplier ang kinakatawag umaapela; (2) ang singil ay para sa mga serbisyong ibinibigay sa isang opisyal na kapasidad gaya ng sa legal na tagapatnubay, komite, o katulad na kinatawag itinalaga ng korte at inaprubahan na ng korte ang pinag-uusapang singil; (3) ang singil ay para sa pagrepresenta sa isang benepisyaryo sa isang pagdinig sa pederal na district court; o (4) ang singil ay para sa pagrepresenta sa isang benepisyaryo para sa isang proseso ng muling pagpapasya o muling pagsasaalang-alang. Kung gustong ipaubaya ng kinatawan ang singil, puwede niya itong gawin. Makikita ang form na OMHA-118 sa: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

## Pag-apruba sa Singil

Sa pamamagitan ng pagtatakda ng pag-apruba sa mga singil, matitiyak na makakatanggap ang kinatawan ng patas na halaga para sa mga serbisyong isasagawa sa harap ng HHS sa ngalan ng benepisyaryo, at nagbibigay ito ng kasiguraduhan sa benepisyaryo na makatuwiran ang mga singil. Sa pag-apruba sa hinihinging singil, ikokonsidera ng OMHA o ng Medicare Appeals Council ang katangian at uri ng mga ibibigay na serbisyo, ang pagiging kumplikado ng kaso, ang antas ng kakayahan at husay na kailangan para maibigay ang mga serbisyo, ang haba ng panahong ilalaan sa kaso, ang mga resultang maaabot, ang antas ng pang-administratibong pagsusuring isinagawa ng kinatawan para sa apela, at ang halaga ng singil na hinihiling ng kinatawan.

## Salungatan sa Interes

Ayon sa mga seksyon 203, 205, at 207 ng Title XVIII ng United States Code, kriminal na paglabag para sa ilang partikular na opisyal, empleyado, at mga dating opisyal at empleyado ng Estados Unidos ang pagbibigay ng ilang partikular na serbisyo sa mga usaping makakaapekto sa Pamahalaan, o pagbibigay ng suporta o tulong na usigin ang Estados Unidos sa pamamagitan ng mga claim (paghahabol ng kabayaran). Hindi puwedeng maging kinatawan ng mga benepisyaryo sa harap ng HHS ang mga indibidwal na may kasalungat na interes.

## Saan Ipadala ang Form na Ito

Ipadala ang form na ito sa parehong lugar kung saan ninyo ipapadala (o naipadala na) ang inyong: apela kung maghahain kayo ng apela, karaingan o reklamo kung maghahain kayo ng karaingan o reklamo, o inisyal na pasya o desisyon kung humihiling kayo ng inisyal na pasya o desisyon. Kung kailangan ninyo ng karagdagang tulong, tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, para sa mga user ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048), o ang inyong plano sa Medicare.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyon ng Medicare sa isang accessible na format, gaya ng malalaking print, Braille, o audio. May karapatan din kayong maghain ng reklamo kapag nakaranas kayo ng diskriminasyon. Bisitahin ang <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa higit pang impormasyon. Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 1-877-486-2048.

---

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, hindi kinakailangan ng sinuman na tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung may ipinapakita itong valid na OMB control number. Ang valid na OMB control number para sa pangongolektang ito ng impormasyon ay 0938-0950. Ang kinakailangang oras para ihanda at ipamahagi ang pangongolektang ito ay 15 minuto bawat abiso, kabilang ang panahon para piliin ang paunang na-print na form, sagutan ito, at ihatid ito sa benepisyaryo. Kung mayroon kayong mga komento tungkol sa katumpakan ng tinatayang oras o mga mungkahi para mapahusay ang form na ito, sumulat sa CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.