

Nombramiento de Representante

Utilice este formulario para nombrar a un representante para actuar en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición. Al firmar este formulario y nombrar a este representante, usted acepta que el representante será el contacto principal y tendrá autoridad para hacer peticiones, presentar pruebas, obtener información y recibir toda comunicación sobre su acción. Esta persona puede ver su información médica personal. **Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son opcionales.**

Sección 1: Información sobre la persona que nombra al representante  
El paciente, proveedor u otra persona que nombra al representante debe completar esta sección.

|                               |            |                                                          |  |
|-------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|--|
| Nombre                        |            | Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional |  |
| Dirección                     |            | Teléfono (con código de área)<br>(    )    -             |  |
| Ciudad                        | Estado<br> | Código postal<br>                                        |  |
| Correo electrónico (opcional) |            | Fax (opcional)<br>(    )    -                            |  |
| Firma                         |            | Fecha (mm/dd/yyyy)<br>/   /                              |  |

Sección 2: Información sobre el representante  
El representante debe completar esta sección.

|                                                                                        |                                              |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| Nombre del Representante                                                               |                                              |                   |
| Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.) |                                              |                   |
| Dirección                                                                              | Teléfono (con código de área)<br>(    )    - |                   |
| Ciudad                                                                                 | Estado<br>                                   | Código postal<br> |
| Correo electrónico (opcional)                                                          | Fax (opcional)<br>(    )    -                |                   |

Al firmar abajo, usted acepta actuar como representante y certifica que no se le ha descalificado, suspendido o prohibido la práctica ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), ni se le ha descalificado para actuar como representante. Toda tarifa a ser cobrada por actuar como representante podría ser sujeta a la revisión y aprobación del Secretario. Si usted cobrará una tarifa, consulte las instrucciones en la página 2.

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| Firma | Fecha (mm/dd/yyyy)<br>/   / |
|-------|-----------------------------|

Llenar las secciones siguientes, si aplican (vaya a las instrucciones en página 2)

Sección 3: Renuncia de Tarifa por Representación

Proveedores y suplidores que proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben firmar abajo para renunciar a la tarifa. Representantes que optan por renunciar a su tarifa por representación deben firmar abajo, también. **Renuncio a mi derecho a cobrar y recibir una tarifa por representar a la persona en la Sección 1 ante el Secretario de HHS.**

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| Firma del representante | Fecha (mm/dd/yyyy)<br>/   / |
|-------------------------|-----------------------------|

Sección 4: Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Si usted es un proveedor o suministrador y proporcionó artículos o servicios al paciente al cual representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar supiera de forma razonable, que Medicare no cubriría los artículos o servicios. **Renuncio mi derecho a recibir el pago del paciente por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se tomara una determinación de responsabilidad en el marco del §1879(a)(2) de la Ley.**

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| Firma del representante | Fecha (mm/dd/yyyy)<br>/   / |
|-------------------------|-----------------------------|

---

## Instrucciones y Requisitos de las Regulaciones

---

### Instrucciones

Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son “opcionales”. Si la persona o entidad que nombra a un representante no tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional, escriba “no corresponde”. Véase la regulación en 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) (en inglés).

Renuncia de Tarifa por Representación Sección 3 es obligatoria cuando el representante tiene la obligación, o ha aceptado, renunciar o no cobrar ninguna tarifa por su representación. Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión Sección 4 es obligatoria si el proveedor o suministrador que proporcionó artículos o servicios al paciente representa al paciente y la responsabilidad (conocimiento de la no cobertura) en el marco de §1879(a)(2) de la Ley es una cuestión en la apelación. Véase 42 CFR 405.910(f).

Se considera que el nombramiento de representante es válido por un año a partir de la fecha en que la persona que nombra al representante y el representante nombrado firman este formulario. Se puede usar el formulario cumplimentado en otras apelaciones o acciones durante el período de un año en el cual sigue válido. A menos que se revoque, la representación es válido por la duración de la reclamación, apelación, queja o petición por la cual se presentó.

### Cobro de tarifas por representar a pacientes ante el Secretario de HHS

Un abogado u otro representante de un paciente que desea cobrar una tarifa por los servicios brindados en conexión con una apelación ante el Secretario de HHS (es decir, una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o revisión por abogado árbitro de la Oficina de Audiencia y Apelaciones (OMHA, por sus siglas en inglés) de Medicare, revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare a causa de una disposición de la corte federal de distrito) está obligado a obtener la aprobación de la tarifa, de acuerdo con 42 CFR 405.910(f).

El representante debe completar el formulario OMHA-118, “Petición para Obtener Aprobación de una Tarifa por Representar a un Beneficiario” y presentarlo con la solicitud de audiencia ALJ, revisión de OMHA o solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de tarifas en las siguientes situaciones: (1) el apelante está representado por un proveedor o suministrador; (2) la tarifa es por servicios brindados en una capacidad oficial, tal como un tutor legal, comité u otro representante similar que fuera nombrado por un juez, y el juez ha aprobado la tarifa; (3) la tarifa es por representar al paciente en un procedimiento en la corte federal de distrito o (4) la tarifa es por representar al paciente en una redeterminación o reconsideración. Se permite a los representantes renunciar su tarifa, si así desean. Obtenga el formulario OMHA-118 aquí: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Un proveedor o suministrador que brindó los artículos o servicios a un paciente con Medicare que son objeto de la apelación pueden representar al paciente en la apelación, pero el proveedor o suministrador no puede cobrar al beneficiario ninguna tarifa por la representación. (42 CFR 405.910(f)(3).)

### Aprobación de tarifa

El requisito de aprobación de tarifa asegura que el representante reciba un pago justo por sus servicios y que las tarifas sean razonables para los pacientes. Antes de aprobar una tarifa solicitada, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerará la naturaleza y el tipo de los servicios brindados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad o competencia que se necesita, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados logrados, el nivel de revisión administrativa que se necesita y la cantidad de la tarifa solicitada.

### Conflicto de interés

Las Secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos indican que será un delito para ciertos agentes y empleados actuales y anteriores de los Estados Unidos brindar ciertos servicios en asuntos que afectan al gobierno o ayudar o asistir en proseguir reclamaciones contra los Estados Unidos. Individuos con un conflicto de interés quedan excluidos de servir como representantes de pacientes ante HHS.

### A dónde debe enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar donde envía su reclamación, apelación, queja o solicitud.

### Obtenga ayuda y más información

Para preguntas sobre este formulario, comuníquese con su plan de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Para obtener más información, visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

---

**Divulgación de acuerdo con PRA:** De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación es 15 minutos por aviso, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario impreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# Formulario de Autorización del Miembro

Yo, \_\_\_\_\_, nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante autorizado, para que actúe en mi nombre en relación con los servicios de Inland Empire Health Plan (IEHP) que se describen a continuación.

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Nombre del miembro      No. de identificación del miembro o No. del Seguro Social (SSN)      Fecha de nacimiento del miembro

## INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

**OBLIGATORIO**

Nombre del representante autorizado      Parentesco con el miembro

Domicilio del Representante autorizado      No. de teléfono del representante autorizado para llamar durante el día

## SERVICIOS AUTORIZADOS (seleccione uno o todos los siguientes):

**OBLIGATORIO**

Este nombramiento permite que mi representante autorizado actúe en mi nombre en relación con los siguientes servicios para miembros de IEHP:

- ☐ Solicitar mi información médica protegida
- ☐ Cambiar mi Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP)
- ☐ Cambiar mi Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA) o grupo médico asignados
- ☐ Presentar una queja formal o una apelación (solo para Medi-Cal)
- ☐ Cambiar mi información demográfica de miembro (domicilio, número telefónico, etc.)
- ☐ Completar las Evaluaciones de Riesgos para la Salud u otras Evaluaciones para ayudar en mi plan de atención.
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

## PROPÓSITO Y DERECHOS DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Al completar este nombramiento, acepto que mi representante autorizado actúe en mi nombre en relación con los servicios para miembros de IEHP arriba seleccionados.

IEHP y mi representante autorizado únicamente pueden compartir la mínima información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que sea necesaria y otros datos privados para prestar los servicios de IEHP.

Entiendo que no tengo que firmar este nombramiento y es completamente voluntario. El hecho de que me niegue a firmarlo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, un pago o la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta autorización se divulga (se da) a otra persona o agencia, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba la información de salud por medio de esta autorización la divulgue, a menos que yo otorgue una nueva autorización para tal divulgación o a menos que la ley exija o permita específicamente tal divulgación.

# Formulario de Autorización del Miembro

**OBLIGATORIO**

Estoy consciente de que puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a IEHP a:

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

Fax: 909-890-5877 | Correo electrónico: MemberServices@iehp.org

Este nombramiento es efectivo inmediatamente y permanecerá en vigor por el transcurso de un año a partir de la fecha de la firma o en la que se indica aquí: \_\_\_\_\_ (fecha de finalización).

**ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:****OBLIGATORIO**

Leí este formulario y entiendo lo siguiente:

- el miembro de IEHP puede revocar este nombramiento en cualquier momento y nombrar a otra(s) persona(s) para que actúe(n) como su(s) representante(s) autorizado(s);
- no tengo ninguna otra facultad para actuar en nombre del miembro, excepto para los servicios de IEHP arriba mencionados;
- no puedo transferir o reasignar mi nombramiento.

Certifico que:

- nunca se me ha descalificado, suspendido o prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*).
- no estoy, en calidad de empleado actual o anterior de los EE. UU., descalificado para actuar como representante autorizado del miembro.

Al firmar a continuación, acepto, por medio del presente documento, este nombramiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FIRMA DEL MIEMBRO:****OBLIGATORIO**

Al firmar a continuación, autorizo por medio del presente documento, este nombramiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FIRME Y ENVÍE ESTE FORMULARIO A:**

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

Fax: 909-890-5877

Correo electrónico: MemberServices@iehp.org

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

La autorización contiene información privilegiada y confidencial.

©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados. MS\_25\_6779440\_SP

Modif. 07-2025

Página 2 de 2