

委任代表人

使用此表格可以指定一名代表來代表您處理您的索賠、上訴、申訴或請求。透過簽署此表格並任命該代表，您同意該代表將作為主要聯絡人並有權提出請求、提供證據、獲取資訊並接收有關您的行動的所有通信。此人可能會看到您的個人醫療資訊。第 1 部分和第 2 部分中的所有欄位均為必填項，除非標記為可選。

第 1 部分：代表人委任人資訊

此部分必須由患者、提供者或其他指定代表的人員填寫。

姓名	醫療保險號碼或國家醫療服務提供者識別碼	
郵寄地址	電話號碼（含區號） () -	
城市	州	郵遞區號
電子郵件（可選）	傳真（可選） () -	
簽名	簽署日期（月/日/年）	

第 2 部分：代表人訊息

此部分必須由代表人填寫。

代表人姓名

職業地位或與第 1 部分中人員的關係（律師、親屬等）

郵寄地址	電話號碼（含區號） () -	
城市	州	郵遞區號
電子郵件（可選）	傳真（可選） () -	

透過在下方簽名，您同意作為代表人，並證明您沒有被美國衛生與公眾服務部 (HHS) 取消、暫停或禁止執業，或因其他原因被取消作為代表人的資格。作為代表人而收取的任何費用均須經部長審查和批准。如果您要收取費用，請參閱第 2 頁的說明。

簽名	簽署日期（月/日/年）
----	-------------

如適用，代表人必須填寫以下部分（轉至第 2 頁的說明）

第 3 部分：代理費的減免

提供有問題的物品或服務的提供者和供應商不能收取代理費用，並且必須在下方簽名以免除其費用。選擇免除代理費的代表還必須在下方簽名。

我放棄代表第 1 部分的人員向衛生和公共服務部部長收取和收取費用的權利。

簽名	簽署日期（月/日/年）
----	-------------

第 4 部分：放棄對有關物品或服務的付款

如果您是提供者或供應商，並且您向所代表的患者提供了物品或服務，如果申訴涉及您或患者是否不知道或無法合理地期望他們知道醫療保險不涵蓋這些物品或服務的問題。

如果根據本法第 1879(a)(2) 款作出責任裁定，我放棄向病人收取本申訴中涉及的物品或服務費用的權利。

簽名	簽署日期（月/日/年）
----	-------------

說明和監管要求

說明

第 1 部分和第 2 部分中的所有欄位均為必填項，除非標記為「可選」。如果指定代表的個人或實體沒有醫療保險號碼或國家醫療服務提供者識別符，請填寫「不適用」。請參閱 42 CFR 405.910 中的規定：[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)

當代表人需要或已同意免除或不收取代表費用時，需要免除代表費用第 3 部分。如果向患者提供物品或服務的提供者或供應商代表患者，且申訴中存在《法案》第 1879(a)(2) 條規定下的責任（知曉不予承保）問題，則需要根據第 4 部分放棄對有爭議的物品或服務的付款。請查看 42 CFR 405.910(f)。

代表人的任命自任命代表人和被任命代表人簽署本表格之日起有效期為一年。填妥的表格可以在其有效期限一年內用於其他申訴或行動。除非撤銷，否則該陳述在提出索賠、上訴、申訴或請求期間有效。

向衛生和公共服務部部長代表患者收取費用

律師或患者的其他代表如果想要對向衛生和公共服務部部長提出申訴（即，醫療保險聽證和申訴辦公室 (OMHA) 的行政法官 (ALJ) 聽證會或律師裁決審查、醫療保險申訴委員會審查，或聯邦地區法院發回重審後在 OMHA 或醫療保險申訴委員會進行的訴訟程序）所提供的服務費用，則必須根據 42 CFR 405.910(f) 收取費用。

代表人應填寫 OMHA-118 表格“代表受益人的費用批准申請”，並將其與 ALJ 聽證會申請、OMHA 審查申請或醫療保險申訴委員會審查申請一起提交。在下列情況下無需獲得費用批准：（1）所代表的申訴人是提供者或供應商；（2）該費用是以法定監護人、委員會或類似的法院指定代表人等官方身份提供的服務，且法院批准了該費用；（3）該費用用於在聯邦地區法院的訴訟程序中代表患者；（4）此費用用於代表患者進行重新裁定或重新考慮。如果代表人願意，他們可以免除費用。在此處取得 OMHA-118 表格：[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

向醫療保險患者提供上訴所需的物品或服務的提供者或供應商可以代表該患者提出上訴，但提供者或供應商不得向受益人收取與代理相關的任何費用。（42 CFR 405.910(f)(3)）。

費用批准

費用批准要求確保代表人獲得公平的服務報酬並且患者費用合理。在批准所要求的費用時，OMHA 或醫療保險申訴委員會將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜性、所需的技能和能力水平、案件所花費的時間、取得的成果、所需的行政審查級別以及所要求的費用金額。

利益衝突

美國法典第十八篇第 203、205 和 207 條規定，某些現任和前任美國官員和僱員在影響政府的事務中提供某些服務或者幫助或協助起訴針對美國的索賠，屬於刑事犯罪。有利益衝突的個人不得擔任 HHS 的病人代表。

表格發送地址

將此表格寄送至您發送索賠、上訴、申訴或請求的同一地點。

獲取幫助和更多信息

如果對此表格有疑問，請聯絡您的聯邦醫療保險計劃或致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 用戶請撥 1-877-486-2048。

您有權以可訪問的格式獲取醫療保險信息，例如大字印刷本、點字或音訊。如果您覺得自己受到了歧視，您也有權利提出申訴。請訪問 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或撥打 1-800-MEDICARE 以了解更多資訊。

文書工作減少法案：根據 1995 年文書工作減少法案，除非顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無需對資訊收集作出回應。此次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發此收款所需的時間為每份通知 15 分鐘，其中包括選擇預印表格、填寫並交給受益人的時間。如果您對時間估算的準確性有任何意見或關於改進此表格的建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。