

대리인 지명

이 양식을 사용하여 귀하의 청구, 이의 제기, 불만 또는 요청과 관련하여 귀하를 대신하여 행동할 대리인을 지명하십시오. 이 양식에 서명하고 이 대리인을 임명함으로써 귀하는 해당 대리인이 주요 연락 담당자가 되고 요청을 하고, 증거를 제시하고, 정보를 얻고, 귀하의 조치에 대한 모든 연락을 받을 권한을 가진다는 데 동의합니다. 해당 대리인은 귀하의 개인 의료 정보를 볼 수 있습니다. **섹션 1 및 2의 모든 필드는 필수 항목입니다(선택 사항으로 표시된 항목 제외).**

섹션 1: 대리인을 지명한 사람에 대한 정보

이 섹션은 환자, 의료 서비스 제공자 또는 대리인을 지명한 다른 사람이 작성해야 합니다.

이름	Medicare 번호 또는 국내 의료 서비스 제공자 식별 정보		
우편 발송 주소	전화번호(지역 번호 포함) () -		
도시	주	우편번호	
이메일(선택 사항)	팩스(선택 사항) () -		
서명	서명한 날짜(월/일/년) / /		

섹션 2: 대리인에 대한 정보

이 섹션은 대리인이 작성해야 합니다.

대리인 이름			
섹션 1에 언급된 사람(변호사, 친척 등)과의 전문적 지위 또는 관계			
우편 발송 주소	전화번호(지역 번호 포함) () -		
도시	주	우편번호	
이메일(선택 사항)	팩스(선택 사항) () -		

아래에 서명함으로써 귀하는 대리인으로서 행동하는 데 동의하고 Department of Health and Human Services(HHS, 보건복지부)에서 직무 수행 자격이 박탈, 정지 또는 금지되거나 대리인으로서 행동하는 자격이 박탈되지 않았음을 증명합니다. 대리인으로서 행동하는 데 부과되는 모든 수수료는 장관의 검토 및 승인을 받아야 할 수 있습니다. 수수료를 청구하는 경우 3페이지의 지침을 참조하십시오.

서명	서명한 날짜(월/일/년) / /
----	----------------------

해당되는 경우 대리인은 아래 섹션을 작성해야 합니다(3페이지의 지침을 참조하십시오)

섹션 3: 대리 수수료 면제

문제가 있는 물품이나 서비스를 제공한 의료 서비스 제공자와 공급업체는 대리 수수료를 청구할 수 없으며, 수수료를 면제받으려면 아래에 서명해야 합니다. 대리 수수료를 면제받기로 선택한 대리인은 아래에 서명해야 합니다.

본인은 HHS 장관 앞에서 섹션 1에 명시된 사람을 대신하여 수수료를 청구하고 징수할 권리를 포기합니다.

서명

서명한 날짜(월/일/년)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

섹션 4: 문제가 있는 물품이나 서비스에 대한 대금 지불 포기

귀하가 의료 서비스 제공자 또는 공급업체이고 귀하가 대리하는 환자에게 물품이나 서비스를 제공한 경우, 이의 제기에 귀하 또는 환자가 해당 물품이나 서비스를 Medicare에서 보장하지 않는다는 사실을 몰랐는지 또는 합리적으로 알 수 있는 가능성이 있었는지 여부에 대한 질문이 포함된 경우.

본인은 법률 §1879(a)(2)에 따라 책임이 결정된 경우, 이 이의 제기 시 문제가 있는 물품 또는 서비스에 대해 환자로부터 대금을 지불받을 권리를 포기합니다.

서명

서명한 날짜(월/일/년)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

지침

섹션 1 및 2의 모든 필드는 필수 항목입니다(“선택 사항”으로 표시된 항목 제외). 대리인을 지명하는 개인이나 단체에서 Medicare 번호나 국내 의료 서비스 제공자 식별 정보를 보유하지 않은 경우, “해당 없음”을 기재하십시오. 42 CFR 405.910 규정을 참조하십시오. [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)

대리인이 대리 수수료를 면제하거나 청구하지 않아야 하거나 이렇게 하기로 동의한 경우, 섹션 3 대리 수수료 면제가 필요합니다. 환자에게 물품 또는 서비스를 제공한 의료 서비스 제공자 또는 공급업체가 환자를 대리하고 법률 §1879(a)(2)에 따른 책임 (비보장 지식)이 이의 제기 시 문제가 되는 경우, 섹션 4 문제가 있는 물품이나 서비스에 대한 대금 지불 포기가 필요합니다. 42 CFR 405.910(f)를 참조하십시오.

대리인 지명은 대리인을 지명하는 사람과 지명된 대리인이 이 양식에 서명한 날로부터 1년 동안 유효한 것으로 간주됩니다. 작성된 양식은 유효 기간인 1년 동안 다른 이의 제기나 조치에 사용될 수 있습니다. 철회하지 않는 한 해당 진술은 제기된 청구, 이의 제기, 불만 또는 요청 기간에 유효합니다.

HHS 장관 앞에서 환자를 대리하는 데 대한 수수료 청구

HHS 장관 앞에서 이루어지는 이의 제기와 관련하여 제공된 서비스에 대한 수수료를 청구하려는 변호사 또는 환자를 대신하는 다른 대리인(예: Office of Medicare Hearings and Appeals(OMHA, Medicare 심리 및 이의 제기 사무소)의 Administrative Law Judge(ALJ, 행정법 판사) 심리나 변호사 심판관 검토 또는 Medicare Appeals Council(Medicare 이의 제기 위원회) 또는 연방 지방 법원의 환송에 따른 OMHA 또는 Medicare Appeals Council의 절차)은 42 CFR 405.910(f)에 따라 수수료에 대한 승인을 받아야 합니다.

대리인은 “수혜자 대리 수수료 승인 청원서”인 OMHA-118 양식을 작성하여 ALJ 심리 요청, OMHA 검토 또는 Medicare Appeals Council 검토 요청과 함께 제출해야 합니다. 다음과 같은 경우 수수료 승인이 필요하지 않습니다. (1) 대리받는 이의 제기자가 의료 서비스 제공자 또는 공급업체인 경우, (2) 수수료가 법적 보호자, 위원회 또는 유사한 법원 지명 대리인과 같은 공식적인 자격으로 제공된 서비스에 대한 것이고 법원이 수수료를 승인한 경우, (3) 수수료가 연방 지방 법원에서 환자를 대리하는 소송에 대한 것인 경우 또는 (4) 수수료가 재결정 또는 재심사 시 환자를 대리하기 위한 것인 경우. 대리인은 원하는 경우 수수료를 면제받을 수 있습니다. OMHA-118 양식은 여기에서 확인하십시오. [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

이의 제기 대상인 Medicare 환자에게 물품이나 서비스를 제공한 의료 서비스 제공자 또는 공급업체는 이의 제기 시 해당 환자를 대리할 수 있지만, 의료 서비스 제공자 또는 공급업체는 수혜자에게 대리와 관련된 수수료를 청구할 수 없습니다. (42 CFR 405.910(f)(3).)

수수료 승인

수수료 승인 요건은 대리인이 서비스에 대한 공정한 대가를 받고 환자 수수료가 합리적이도록 하는 것입니다. OMHA 또는 Medicare Appeals Council은 요청된 수수료를 승인할 때 제공된 서비스의 성격과 유형, 사건의 복잡성, 필요한 기술 및 역량 수준, 사건에 소요된 시간, 달성한 결과, 필요한 행정 검토 수준, 요청된 수수료 금액을 고려합니다.

이해 상충

미국법전 제XVIII편 제203조, 제205조, 제207조는 미국의 특정 현직 및 전직 공무원과 직원이 정부에 영향을 미치는 사안에 대해 특정 서비스를 제공하거나 미국을 상대로 기소 제기하는 데 도움을 주는 것을 범죄로 규정합니다. 이해 상충 관계에 해당하는 개인은 HHS 앞에서 환자 대리인으로 활동하는 일에서 제외됩니다.

이 양식을 보낼 곳

이 양식은 청구, 이의 제기, 불만 또는 요청 사항을 보내는 곳과 같은 곳으로 보내주십시오.

지원 및 추가 정보

이 양식에 대한 질문이 있으면 Medicare 플랜에 연락하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

귀하는 큰 활자, 점자 또는 음성과 같은 접근 가능한 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한, 귀하는 차별을 당했다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 정보를 원하시면 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)에 방문하거나 1-800-MEDICARE번으로 전화해 주십시오.

Paperwork Reduction Act(PRA, 문서업무감축법): 1995년 Paperwork Reduction Act 따라 누구도 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산실) 관리 번호가 표시되지 않는 정보의 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0950입니다. 이 자료를 준비하고 배포하는 데 필요한 시간은 통지서당 15분이며, 여기에는 사전에 인쇄된 양식을 선택하고, 작성하며, 수혜자에게 전달하는 시간이 포함됩니다. 시간 추정치의 정확성에 대한 의견이 있거나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우, CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 서신을 보내주십시오.