

## 代表委托书

请使用本表格指定一名代表, 代表您处理索赔、申诉、投诉或请求事宜。通过签署本表格并指定该代表, 即表示您同意该代表将作为主要联系人, 并有权就您的诉讼案件提出请求、提交证据、获取信息及接收所有相关通讯。该人士可能会看到您的个人医疗信息。**第 1 和第 2 部分的全部字段均为必填字段 (除非已注明选填)。**

### 第 1 部分: 委任代表的个人的信息

本部分必须由患者、服务提供者或其他委任代表的个人填写。

|           |                                                         |                                 |
|-----------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 姓名        | Medicare 编号或国家服务提供者标识符                                  |                                 |
| 邮寄地址      | 电话号码 (附地区编码)<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |                                 |
| 城市        | 州<br>( ) ( )                                            | 邮政编码<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 电子邮件 (选填) | 传真 (选填)<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |                                 |
| 签名        | 签署日期 (月/日/年)<br>( ) ( ) / ( ) ( ) / ( ) ( ) ( ) ( )     |                                 |

### 第 2 部分: 代表的信息

本部分必须由代表本人填写。

|                             |                                                         |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 代表的姓名                       |                                                         |                                 |
| 职业身份或与第 1 部分人员的关系 (如律师、亲属等) |                                                         |                                 |
| 邮寄地址                        | 电话号码 (附地区编码)<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |                                 |
| 城市                          | 州<br>( ) ( )                                            | 邮政编码<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 电子邮件 (选填)                   | 传真 (选填)<br>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |                                 |

通过在下方签名, 即表示您同意担任代表, 并证明您未被 Department of Health and Human Services (HHS, 美国卫生与公众服务部) 取消资格、暂停资格或禁止执业, 亦无其他不得担任代表的情形。作为代表所收取的任何费用可能需要经过部长的审查和批准。如您要收取费用, 请参阅第 2 页上的指示。

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 签名 | 签署日期 (月/日/年)<br>( ) ( ) / ( ) ( ) / ( ) ( ) ( ) ( ) |
|----|-----------------------------------------------------|

如适用, 代表必须填写以下部分 (请转到第 2 页上的指示)

### 第 3 部分: 豁免代表费用

提供相关物品或服务的服务提供者和供应商不得收取代表费用, 且必须在下方签字以豁免其费用。选择豁免代表费用的代表也必须在下方签字。

本人放弃在 HHS 部长面前代表第 1 部分所列人员时收取和索要代理费用的权利。

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 签名 | 签署日期 (月/日/年)<br>( ) ( ) / ( ) ( ) / ( ) ( ) ( ) ( ) |
|----|-----------------------------------------------------|

### 第 4 部分: 豁免所涉物品或服务的付款

如果您是服务提供者或供应商, 且曾向您所代表的患者提供过物品或服务, 若该申诉涉及以下情况: 您或患者事先不知道, 或在合理情况下无法预知 Medicare 不会承保相关物品或服务。

如果根据《法案》第 1879(a)(2) 条作出责任认定, 本人放弃向患者收取本次申诉所涉物品或服务费用的权利。

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 签名 | 签署日期 (月/日/年)<br>( ) ( ) / ( ) ( ) / ( ) ( ) ( ) ( ) |
|----|-----------------------------------------------------|

---

## 指示和监管要求

---

### 指示

第 1 和第 2 部分的全部字段均为必填字段（除非已注明“选填”）。如果指定代表的个人或实体没有 Medicare 编号或国家服务提供者标识符，请填写“不适用”。请参阅 CFR 第 42 编第 405.910 条中的规定：[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)

当代表被要求或已同意豁免/不收取代表服务费时，必须填写“关于代表费用豁免的第 3 部分”。如果为患者提供物品或服务的服务提供者或供应商代表患者，且在申诉中涉及《法案》第 1879(a)(2) 条款下的责任（知晓未承保范围）时，必须填写“豁免所涉物品或服务的付款的第 4 部分”。具体请参阅 CFR 第 42 编第 405.910(f) 条。

代表的委任资格，自本表格由任命代表人和被任命代表人双方签署之日起有效期为一年。在该一年有效期内，填写的表格可用于其他申诉或相关行动。除非被撤销，代表资格在其所涉及的理赔、上诉、申诉或请求的整个期间内均有效。

### 为在 HHS 部长面前代表患者而收取费用

如果律师或患者的其他代表希望就向 HHS 部长（即在 Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Medicare 听证会与申诉办公室) 进行的 Administrative Law Judge (ALJ, 行政法官) 听证或律师裁决员复审、Medicare Appeals Council (Medicare 上诉委员会) 复审，或因联邦地区法院发回而在 OMHA 或 Medicare Appeals Council 进行的程序）提出申诉所提供的服务收取费用，必须按照 CFR 第 42 编第 405.910(f) 条的规定获得费用批准。

该代表应填写表格 OMHA-118（“为代表受益人收取费用的批准申请”），并将其与 ALJ 听证会请求、OMHA 复审请求或 Medicare Appeals Council 复审请求一同提交。如果符合以下情况，则无需费用批准：(1) 所代表的上诉方为服务提供者或供应商；(2) 费用是因以法定监护人、委员会成员或类似法院指定代表等官方身份提供服务而产生，且该费用已获得法院批准；(3) 费用是因在联邦地区法院的诉讼中代表患者而产生；或 (4) 费用是因在重新裁定或复议程序中代表患者而产生。如果代表愿意，他们可以免除其费用。可在此处获取 OMHA-118 表格：[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

向 Medicare 患者提供相关物品或服务的服务提供者或供应商，可以代表该患者提出上诉，但该服务提供者或供应商不得就该代表行为向受益人收取任何相关费用。（CFR 第 42 编第 405.910 (f) (3) 条。）

### 费用批准

费用批准要求确保代表因其服务而获得公平报酬并且患者费用合理。在批准所请求的费用时，OMHA 或 Medicare Appeals Council 会考虑所提供服务的性质和类型、案件的复杂程度、所需的技能和能力水平、在案件上花费的时间、取得的结果、所需的行政审核级别以及所请求的费用金额。

### 利益冲突

《美国法典》第十八章第 203、205 和 207 条规定，特定现任及前任美国官员与雇员在涉及政府利益的事务中提供特定服务，或协助起诉针对美国的索赔行为，将构成刑事犯罪。存在利益冲突的个人不得担任 HHS 的患者代表。

### 本表格的寄送地址

将本表格寄送到您发送索赔、上诉、申诉或请求的同一地点。

### 获取帮助及更多信息

如对本表格有疑问，请联系您的 Medicare 计划或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。

您有权获得无障碍格式的 Medicare 资料，例如大字版、盲文版或音频版。如果您感觉自己受到歧视，也有权提出投诉。请访问 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致电 1-800-MEDICARE 了解更多信息。

---

**Paperwork Reduction Act (PRA, 《减少文书工作法》)**：根据 1995 年 Paperwork Reduction Act，除非信息收集注明有效 Office of Management and Budget (OMB, 行政管理和预算局) 控制编号，否则任何人无需对此作出回应。本次信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-0950。准备和分发这份材料所需的时间为每份通知 15 分钟，包括选择预印表格、填写表格以及交付给受益人的时间。如果您对时间估算的准确性有意见，或对本表格的改进有建议，请写信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。