

代表委任書

請使用本表格指定一名代表，代表您處理索賠、申訴、投訴或請求事宜。透過簽署本表格並指定該代表，即表示您同意該代表將作為主要連絡人，並有權就您的訴訟案件提出請求、提交證據、獲取資訊及接收所有相關通訊。該人士可能會看到您的個人醫療資訊。**第 1 和第 2 部分的全部欄位均為必填欄位（除非已注明選填）。**

第 1 部分：委任代表的人士的資訊

本部分必須由患者、服務提供者或其他委任代表的人士填寫。

姓名	Medicare 編號或國家服務提供者標識符	
郵寄地址	電話號碼（附地區編碼） () - -	
城市	州	郵遞區號
電子郵件（選填）	傳真（選填） () - -	
簽名	簽署日期（月/日/年） / /	

第 2 部分：代表的資訊

本部分必須由代表本人填寫。

代表姓名		
職業身份或與第 1 部分人員的關係（如律師、親屬等）		
郵寄地址	電話號碼（附地區編碼） () - -	
城市	州	郵遞區號
電子郵件（選填）	傳真（選填） () - -	

透過在下方簽名，即表示您同意擔任代表，並證明您未被 Department of Health and Human Services (HHS，美國衛生與公眾服務部) 取消資格、暫停資格或禁止執業，亦無其他不得擔任代表的情形。作為代表所收取的任何費用可能需要經過部長的審查和批准。如您要收取費用，請參閱第 2 頁上的指示。

簽名	簽署日期（月/日/年） / /
----	--------------------

如適用，代表必須填寫以下部分（請轉到第 2 頁上的指示）

第 3 部分：豁免代表費用

提供相關物品或服務的服務提供者和供應商不得收取代表費用，且必須在下方簽字以豁免其費用。選擇豁免代表費用的代表也必須在下方簽字。

本人放棄在 HHS 部長面前代表第 1 部分所列人員時收取和索要代理費用的權利。

簽名	簽署日期（月/日/年） / /
----	--------------------

第 4 部分：豁免所涉物品或服務的付款

如果您是服務提供者或供應商，且曾向您所代表的患者提供過物品或服務，若該申訴涉及以下情況：您或患者事先不知道，或在合理情況下無法預知 Medicare 不會承保相關物品或服務。

如果根據《法案》第 1879(a)(2) 條作出責任認定，本人放棄向患者收取本次申訴所涉物品或服務費用的權利。

簽名	簽署日期（月/日/年） / /
----	--------------------

指示和監管要求

指示

第 1 和第 2 部分的全部欄位均為必填欄位（除非已注明「選填」）。如果指定代表的人士或實體沒有 Medicare 編號或國家服務提供者標識符，請填寫「不適用」。請參閱 CFR 第 42 編第 405.910 條中的規定：[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)

當代表被要求或已同意豁免/不收取代表服務費時，必須填寫「關於代表費用豁免的第 3 部分」。如果為患者提供物品或服務的服務提供者或供應商代表患者，且在申訴中涉及《法案》第 1879(a)(2) 條款下的責任（知曉未承保範圍）時，必須填寫「豁免所涉物品或服務的付款的第 4 部分」。具體請參閱 CFR 第 42 編第 405.910(f) 條。

代表的委任資格，自本表格由任命代表人和被任命代表人雙方簽署之日起有效期為一年。在該一年有效期內，填妥的表格可用於其他申訴或相關行動。除非被撤銷，代表資格在其所涉及的理賠、上訴、申訴或請求的整個期間內均有效。

為在 HHS 部長面前代表患者而收取費用

如果律師或患者的其他代表希望就向 HHS 部長（即在 Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Medicare 聽證會與申訴辦公室) 進行的 Administrative Law Judge (ALJ, 行政法官) 聽證或律師裁決員複審、Medicare Appeals Council (Medicare 上訴委員會) 會複審，或因聯邦地區法院發回而在 OMHA 或 Medicare Appeals Council 進行的程序）提出申訴所提供的服務收取費用，必須按照 CFR 第 42 編第 405.910(f) 條的規定獲得費用批准。

該代表應填寫表格 OMHA-118（「為代表受益人收取費用的批准申請」），並將其與 ALJ 聽證會請求、OMHA 複審請求或 Medicare Appeals Council 複審請求一同提交。如果符合以下情況，則無需費用批准：(1) 所代表的上訴方為服務提供者或供應商；(2) 費用是因以法定監護人、委員會成員或類似法院指定代表等官方身份提供服務而產生，且該費用已獲得法院批准；(3) 費用是因在聯邦地區法院的訴訟中代表患者而產生；或 (4) 費用是因在重新裁定或覆議程序中代表患者而產生。如果代表願意，他們可以免除其費用。可在此處獲取 OMHA-118 表格：[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

向 Medicare 患者提供相關物品或服務的服務提供者或供應商，可以代表該患者提出上訴，但該服務提供者或供應商不得就該代表行為向受益人收取任何相關費用。（CFR 第 42 編第 405.910 (f) (3) 條。）

費用批准

費用批准要求確保代表因其服務而獲得公平報酬並且患者費用合理。在批准所請求的費用時，OMHA 或 Medicare Appeals Council 會考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜程度、所需的技能和能力水準、在案件上花費的時間、取得的結果、所需的行政審核級別以及所請求的費用金額。

利益衝突

《美國法典》第十八章第 203、205 和 207 條規定，特定現任及前任美國官員與雇員在涉及政府利益的事務中提供特定服務，或協助起訴針對美國的索賠行為，將構成刑事犯罪。存在利益衝突的人士不得擔任 HHS 的患者代表。

本表格的寄送地址

將本表格寄送到您發送索賠、上訴、申訴或請求的同一地點。

獲取說明及更多資訊

如對本表格有疑問，請聯絡您的 Medicare 計劃或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

您有權獲得無障礙格式的 Medicare 資料，例如大字版、盲文版或音訊版。如果您感覺自己受到歧視，也有權提出投訴。請造訪 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE 瞭解更多資訊。

Paperwork Reduction Act (PRA, 《減少文書工作法》)：根據 1995 年 Paperwork Reduction Act，除非資訊收集注明有效 Office of Management and Budget (OMB, 行政管理和預算局) 控制編號，否則任何人無需對此作出回應。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發這份材料所需的時間為每份通知 15 分鐘，包括選擇預印表格、填寫表格以及交付給受益人的時間。如果您對時間估算的準確性有意見，或對本表格的改進有建議，請寫信至給 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。