

Chỉ định Người đại diện

Sử dụng biểu mẫu này để chỉ định người đại diện thay mặt quý vị giải quyết yêu cầu bồi thường, kháng nghị, khiếu nại hoặc yêu cầu của quý vị. Bằng việc ký vào biểu mẫu này và chỉ định người đại diện này, quý vị đồng ý rằng người đại diện sẽ là người liên hệ chính và có thẩm quyền đưa ra yêu cầu, trình bày bằng chứng, thu thập thông tin và tiếp nhận mọi thư từ liên lạc về hành động của quý vị. Người này có thể xem thông tin y tế cá nhân của quý vị. **Tất cả các trường trong Phần 1 và Phần 2 đều là bắt buộc, trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc.**

Phần 1: Thông tin về người chỉ định người đại diện

Phần này phải được hoàn thành bởi bệnh nhân, nhà cung cấp hoặc người khác thực hiện việc chỉ định người đại diện.

Tên	Số Medicare hoặc Mã định danh Nhà cung cấp Quốc gia
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (có mã vùng) () - -
Thành phố	Tiểu bang Mã ZIP - - - - -
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () - - - - -
Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm) / / - - - -

Phần 2: Thông tin về người đại diện

Phần này phải do người đại diện hoàn thành.

Tên của Người đại diện	
Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người trong Phần 1 (luật sư, người thân, v.v.)	
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (có mã vùng) () - - - - -
Thành phố	Tiểu bang Mã ZIP - - - - -
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () - - - - -

Bằng cách ký tên bên dưới, quý vị đồng ý hành động với tư cách là người đại diện và xác nhận rằng quý vị không bị Department of Health and Human Services (HHS, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh) tước tư cách, đình chỉ hoặc cấm hành nghề hoặc bị tước tư cách làm người đại diện. Bất kỳ khoản phí nào được tính cho việc hành động với tư cách là người đại diện đều có thể được Bộ trưởng xem xét và chấp thuận. Nếu quý vị đang tính phí, hãy xem hướng dẫn ở trang 3.

Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm) / / - - - -
--------	---

Người đại diện phải hoàn thành các phần dưới đây, nếu thích hợp (đi đến hướng dẫn trên trang 3)

Phần 3: Từ bỏ phí đại diện

Các nhà cung cấp và nhà cung ứng đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ đang được đề cập không được phép tính phí đại diện và phải ký tên bên dưới để từ bỏ khoản phí của họ. Những người

đại diện chọn từ bỏ khoản phí đại diện cũng phải ký tên bên dưới.

Tôi từ bỏ quyền tính phí và thu phí khi đại diện cho người trong Phần 1 trước Bộ trưởng của HHS.

Chữ ký

Ngày ký (tháng/ngày/năm)

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

Phần 4: Từ bỏ khoản thanh toán cho các mặt hàng hoặc dịch vụ đang được đề cập

Nếu quý vị là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng và quý vị đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đang đại diện, nếu việc kháng nghị liên quan đến câu hỏi liệu quý vị hoặc bệnh nhân không biết, hoặc không thể được kỳ vọng một cách hợp lý là có biết, rằng Medicare sẽ không chi trả cho các mặt hàng hoặc dịch vụ đó.

Tôi từ bỏ quyền thu tiền từ bệnh nhân đối với các mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan trong kháng nghị này nếu có quyết định về trách nhiệm theo điều §1879(a)(2) của Đạo luật.

Chữ ký

Ngày ký (tháng/ngày/năm)

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

Hướng dẫn và Yêu cầu Quy định

Hướng dẫn

Tất cả các trường trong Phần 1 và Phần 2 đều là bắt buộc, trừ khi được đánh dấu là “không bắt buộc”. Nếu cá nhân hoặc tổ chức chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc Mã định danh Nhà cung cấp Quốc gia, hãy ghi “không áp dụng”. Đi đến quy định tại 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)

Phải có Phần 3 Từ Bỏ Phí Đại Diện khi người đại diện được yêu cầu hoặc đã đồng ý từ bỏ hoặc không tính phí cho việc đại diện của họ. Phải có Phần 4 Từ Bỏ Khoản Thanh Toán Cho Các Mặt Hàng Hoặc Dịch Vụ Đang Được Đề Cập nếu nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân đại diện cho bệnh nhân và trách nhiệm pháp lý (biết về việc không được bảo hiểm chi trả) theo điều §1879(a)(2) của Đạo luật đang được đề cập trong kháng nghị. Đi tới 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được coi là có hiệu lực trong một năm kể từ ngày biểu mẫu này được ký bởi cả người chỉ định người đại diện và người đại diện được chỉ định. Biểu mẫu đã hoàn thành có thể được sử dụng cho các kháng nghị hoặc hành động khác trong thời hạn một năm có hiệu lực. Trừ khi bị hủy bỏ, sự đại diện này có giá trị trong suốt quá trình giải quyết yêu cầu bồi thường, kháng nghị, khiếu nại hoặc yêu cầu mà sự đại diện đó đã được nộp.

Tính phí khi đại diện cho bệnh nhân trước Bộ trưởng của HHS

Luật sư, hoặc người đại diện khác cho bệnh nhân, muốn tính phí cho các dịch vụ đã cung cấp liên quan đến việc kháng nghị trước Bộ trưởng của HHS (tức là phiên điều trần của Administrative Law Judge (ALJ, Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc xem xét của người phân xử là luật sư của Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Văn phòng Điều trần và Kháng nghị Medicare), xem xét của Medicare Appeals Council (Hội đồng Kháng nghị Medicare), hoặc một thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Medicare Appeals Council do bị trả lại từ tòa án quận liên bang), bắt buộc phải được phê duyệt mức phí theo quy định tại 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện nên hoàn thành mẫu OMHA-118, "Đơn Yêu Cầu Phê Duyệt Phí Đại Diện Cho Người Thụ Hưởng" và nộp kèm theo yêu cầu điều trần của ALJ, xem xét của OMHA, hoặc yêu cầu xem xét của Medicare Appeals Council. Không phải phê duyệt phí nếu: (1) bên kháng nghị được đại diện là nhà cung cấp hoặc người bán; (2) phí dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện do tòa án chỉ định tương tự, và tòa án đã chấp thuận khoản phí này; (3) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình tố tụng tại tòa án quận liên bang; hoặc (4) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình xác định lại hoặc xem xét lại. Người đại diện được phép từ bỏ phí của họ nếu họ muốn. Lấy mẫu OMHA-118 tại đây: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Nhà cung cấp hoặc nhà phân phối đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân Medicare – những thứ đang là đối tượng của kháng nghị – có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong vụ kháng nghị, nhưng nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đó không được phép tính bất kỳ khoản phí nào liên quan đến sự đại diện này từ người thụ hưởng. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Phê duyệt phí

Yêu cầu phê duyệt phí đảm bảo rằng người đại diện được trả công xứng đáng cho các dịch vụ của họ và mức phí của bệnh nhân là hợp lý. Khi phê duyệt mức phí được yêu cầu, OMHA hoặc Medicare Appeals Council sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, trình độ kỹ năng và năng lực cần thiết, lượng thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ kiểm tra hành chính cần thiết và số tiền phí được yêu cầu.

Xung đột lợi ích

Các Mục 203, 205 và 207 của Tiêu đề XVIII Bộ luật Hợp chủng quốc Hoa Kỳ quy định đó là hành vi phạm tội hình sự đối với một số cán bộ và nhân viên hiện tại và đã nghỉ hưu của Hoa Kỳ khi cung cấp một số dịch vụ trong các vấn đề ảnh hưởng đến chính phủ hoặc hỗ trợ hoặc giúp đỡ trong việc theo đuổi các yêu cầu bồi thường chống lại Hoa Kỳ. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm người đại diện cho bệnh nhân trước HHS.

Gửi biểu mẫu này đến đâu

Hãy gửi biểu mẫu này đến cùng địa điểm quý vị gửi yêu cầu bồi thường, kháng nghị, khiếu nại hoặc yêu cầu.

Nhận trợ giúp & thêm thông tin

Nếu có thắc mắc về biểu mẫu này, hãy liên hệ với chương trình Medicare của quý vị hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng dễ tiếp cận, như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi 1-800-MEDICARE để biết thêm thông tin.

Paperwork Reduction Act (PRA, Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ): Theo Paperwork Reduction Act năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát Office of Management and Budget (OMB, Văn phòng Quản lý và Ngân sách) hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phần thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phát bộ tài liệu này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm thời gian chọn mẫu in sẵn, hoàn thành và gửi đến người thụ hưởng. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về độ chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất cải tiến biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.