

委任代表

請使用本表格指定代表，針對您的理賠、上訴、申訴或要求代表您行事。您簽署本表格並指定此代表，即表示同意代表將擔任主要聯絡人，並有權提出請求、提供證據、取得資訊並收到與您的行動有關的所有通訊。該人士可能可查看您的個人醫療資訊。**第 1 和第 2 部分的所有欄位均為必填，除非該欄位註明為選填。**

第 1 部分: 有關代表之指定人的資訊

此部分必須由指定代表的患者、醫療服務提供者或其他人填寫。

姓名	Medicare 編號或全國醫療服務提供者識別號碼	
通訊地址	電話號碼 (含區碼) () - -	
城市	州 	郵遞區號
電子郵件 (選填)	傳真 (選填) () - -	
簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /	

第 2 部分: 有關代表的資訊

此部分必須由代表填寫。

代表姓名		
專業身分或與第 1 部分所列人士的關係 (律師、親戚等)		
通訊地址	電話號碼 (含區碼) () - -	
城市	州 	郵遞區號
電子郵件 (選填)	傳真 (選填) () - -	
您在下方簽名，即表示您同意擔任代表，並證明您尚未被衛生與公眾服務部 (HHS) 取消資格、停權或禁止執業，或以其他方式被取消擔任代表的資格。擔任代表所收取的任何費用可能必須經部長審查及批准。如果您要收取費用，請參閱第 2 頁的說明。		
簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /	

代表必須填寫下列部分 (如適用) (請參閱第 2 頁的說明)

第 3 部分: 放棄收取代表費用

提供本案用品或服務的醫療服務提供者和供應商不得收取代表費用，且必須在下方簽名同意放棄收取費用。選擇放棄收取代表費用的代表也必須在下方簽名。

我放棄對於在 HHS 部長前代表第 1 部分所列人士而收費及追討費用之權利。

簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /
----	---------------------------------

第 4 部分: 放棄對本案用品或服務收取款項

如果您是醫療服務提供者或供應商，且您向您要代表的患者提供用品或服務，若上訴涉及您或患者是否不知道或合理來說不可能知道的問題，則 Medicare 不承保這些用品或服務。

如果根據社安法第 1879(a)(2) 條規定做成責任裁定，我放棄向患者收取本上訴中相關用品或服務款項的權利。

簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /
----	---------------------------------

說明和法規要求

說明

第 1 和第 2 部分的所有欄位均為必填，除非該欄位註明為「選填」。如果指定代表的個人或實體沒有 Medicare 編號或全國醫療服務提供者識別號碼，請填寫「不適用」。請參閱聯辦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910 條：

[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)

當代表必須或已同意放棄或不收取代表費用時，必須填寫第 3 部分「放棄收取代表費用」，表示放棄收取代表費用。如果向患者提供用品或服務的醫療服務提供者或供應商代表患者，且根據社安法第 1879(a)(2) 條規定對患者的責任 (知悉不承保一事) 是上訴爭議事項，則必須填寫第 4 部分「放棄對本案用品或服務收取款項」。請參閱聯辦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 條。

代表委任視為自本表格簽署日期起一年內有效，並由代表指定人及受指定之代表雙方簽署日期起計。填妥的表格可於其一年有效期間內的其他上訴或行動中使用。除非被撤銷，否則代表在提出的理賠、上訴、申訴或要求期間具有效力。

對於在 HHS 部長前代表患者收取費用

對於向 HHS 部長提出的上訴 (即行政法官 (ALJ) 聽審、Medicare 聽證與上訴辦公室 (OMHA) 的律師審裁官審查、Medicare 上訴委員會審查，或 OMHA 審理的訴訟或聯邦地方法院發回 Medicare 上訴委員會更審的訴訟)，患者的律師或其他代表若希望收取相關服務費用，必須根據聯辦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 條規定取得費用批准。

代表應填寫 OMHA-118 表格「聲請批准對代表受益人一事收取費用」並將其與 ALJ 聽審要求、OMHA 審查要求或 Medicare 上訴委員會審查要求一起提交。以下情況時無需費用批准：(1) 要代表的上訴人是醫療服務提供者或供應商；(2) 費用是為了支付以法定監護人、委員會或類似的法院指定代表等正式身分提供的服務，且法院已批准相關費用；(3) 費用是為了支付在聯邦地方法院訴訟中代表患者的費用；或 (4) 費用是為了支付在重新裁決或重新考慮過程中代表患者的費用。若代表選擇即獲准可放棄收取費用。請在此處取得 OMHA-118 表格：[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

向 Medicare 患者提供上訴相關用品或服務的醫療服務提供者或供應商可代表該患者提出上訴，但醫療服務提供者或供應商不得向受益人收取與代表相關的任何費用。(聯辦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f)(3) 條。)

批准費用

費用批准規定可確保代表能對其服務收取公平費用，並確保患者支付合理費用。在批准要求的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮提供的服務性質和類型、案件複雜度、所需的技能和能力級別、案件花費的時間、得到的結果、需要的行政審查級別，以及要求的費用金額。

利益衝突

美國法典第 XVIII 篇第 203、205 和 207 條規定，在涉及影響政府的事務方面，特定美國現任或前任官員和僱員若提供特定服務或幫助或協助對美國政府提出訴訟，將屬於刑事犯罪行為。有利益衝突的個人不得在 HHS 前擔任患者代表。

本表格寄送地點

將本表格寄送到您寄送理賠、上訴、申訴或要求的同一地點。

取得協助及更多資訊

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 資訊，如大字體、盲人點字或語音版本。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。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 取得更多資訊。

文書簡化法：根據 1995 年文書簡化法規定，除非顯示有效的行政管理與預算局 (OMB) 控制編號，否則任何人都不得對資訊收集作出回應。本資訊收集的 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發本資訊收集所需的時間是每份通知 15 分鐘，包括選擇事先列印的表格、填寫和遞送給受益人的時間。如果您有關於時間預估準確性的意見，或改善本表格的建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。