

Chỉ Định Người Đại Diện

Sử dụng mẫu đơn này để chỉ định người đại diện hành động thay mặt quý vị cho việc đòi quyền lợi, khiếu nại, phàn nàn hoặc yêu cầu. Bằng cách ký vào mẫu đơn 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, lấy thông tin và tiếp nhận mọi thông tin 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 Mục 1 và Mục 2 đều là bắt buộc trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc.**

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

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

Tên	Số Medicare hoặc Mã Số Nhà Cung Cấp Quốc Gia	
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Chính
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () -	
Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm)	

Mục 2: Thông tin về người đại diện

Mục này phải do người đại diện hoàn thành.

Tên người đại diện		
Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người trong Mục 1 (luật sư, người thân, v.v.)		
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Chính
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 chứng nhận trước Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) rằng quý vị chưa bị 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 có thể phải được Bộ Trưởng xem xét và phê duyệt. Nếu quý vị tính phí, hãy đi đến hướng dẫn ở trang 2.

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

Người đại diện phải hoàn thành các phần dưới đây, nếu áp dụng (đi tới hướng dẫn ở trang 2)

Mục 3: Miễn phí đại diện

Nhà cung cấp và nhà cung ứng đã cung cấp mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan không thể tính phí đại diện và phải ký bên dưới để miễn phí. Những người đại diện chọn miễn phí đại diện cũng phải ký tên bên dưới.

Tôi từ bỏ quyền tính phí và thu phí khi đại diện cho người trong Mục 1 trước Bộ Trưởng HHS.

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

Mục 4: Miễn trừ thanh toán cho mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan

Nếu quý vị là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng và quý vị đã cung cấp mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đại diện, nếu khiếu nại liên quan đến câu hỏi liệu quý vị hoặc bệnh nhân có biết hay không hoặc không thể biết một cách hợp lý rằng Medicare sẽ không đài thọ cho mặt hàng hoặc dịch vụ đó.

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

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

Hướng Dẫn và Yêu Cầu về Quy Định

Hướng dẫn

Tất cả các trường trong Mục 1 và Mục 2 đều là bắt buộc trừ khi được đánh dấu là “không bắt buộc”. Nếu người hoặc tổ chức chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc Mã Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia, hãy điền vào “không áp dụng”. Truy cập 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)

Miễn Phí Đại Diện ở Mục 3 là bắt buộc khi người đại diện được yêu cầu hoặc đã đồng ý miễn hoặc không tính phí đại diện. Miễn Phí Thanh Toán cho Mặt Hàng hoặc Dịch Vụ Liên Quan ở Mục 4 là bắt buộc nếu nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp 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) theo §1879(a)(2) của Đạo Luật đang được đề cập trong khiếu nại này. Đi đến 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được xem là có hiệu lực trong một năm kể từ ngày mẫu đơn này được ký bởi cả người chỉ định người đại diện và người đại diện được chỉ định. Có thể sử dụng mẫu đơn đã hoàn tất cho khiếu nại hoặc hành động khác trong giai đoạn một năm mà mẫu đơn có hiệu lực. Trừ khi bị thu hồi, việc đại diện có hiệu lực trong thời hạn đòi quyền lợi, khiếu nại, phàn nàn hoặc yêu cầu mà đã được đệ trình.

Thu phí đại diện cho bệnh nhân trước Bộ Trưởng HHS

Luật sư hoặc người đại diện khác của bệnh nhân muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan đến đơn khiếu nại trước Bộ Trưởng HHS [ví dụ: phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc quy trình xem xét của luật sư phân xử trọng tài do Văn Phòng Điều Trần và Khiếu Nại Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) thực hiện, quy trình xem xét của Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Medicare Appeals Council) hoặc thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare do kết quả của lệnh trả lại từ tòa án phân xử liên bang], phải có sự phê duyệt về khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện phải hoàn thành mẫu OMHA-118, “Thỉnh Cầu Phê Duyệt Phí Đại Diện cho Người Thụ Hưởng” và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần trước ALJ, việc xem xét của OMHA hoặc yêu cầu Hội Đồng Khiếu Nại Medicare xem xét. Không cần phê duyệt phí nếu: (1) người khiếu nại được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) phí dành cho dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện tương tự do tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt phí; (3) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình tố tụng tại tòa án phân xử 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 miễn phí nếu muốn. Lấy mẫu đơn 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 cung ứng đã cung cấp mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân Medicare là đối tượng của khiếu nại có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong việc khiếu nại. Tuy nhiên, nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng không được tính bất kỳ khoản phí nào liên quan đến việc đại diện cho 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 phí đối với bệnh nhân là hợp lý. Khi phê duyệt phí theo yêu cầu, OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của trường hợp, mức độ kỹ năng và năng lực cần thiết, lượng thời gian dành cho trường hợp, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính cần thiết và số tiền phí yêu cầu.

Xung đột lợi ích

Các mục 203, 205 và 207 của Phần XVIII trong Bộ Luật Hoa Kỳ quy định rằng một số viên chức và nhân viên hiện tại và trước đây của Hoa Kỳ cung cấp một số dịch vụ nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng đến chính phủ hoặc hỗ trợ hay giúp đỡ trong việc truy tố đòi quyền lợi chống lại Hoa Kỳ là một tội hình sự. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm đại diện cho bệnh nhân trước HHS.

Nơi để gửi mẫu đơn này

Gửi mẫu đơn này đến cùng địa điểm quý vị gửi đơn đòi quyền lợi, khiếu nại, phàn nàn hoặc yêu cầu.

Nhận trợ giúp và xem thêm thông tin

Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này, hãy liên lạc với chương trình Medicare hoặc gọi 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 khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền nếu 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.

Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act): Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ năm 1995, không có cá nhân nào cần phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phối việc thu thập này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm thời gian chọn mẫu đơn đã in sẵn, hoàn thành mẫu đơn đó và gửi cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư tới địa chỉ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.