表格已批准
OMB 编号 0938-0950
到期日期：2028 年 12 月 31 日

代表委任书

使用此表格委任一名代表，代您处理您的理赔、上诉、申诉或要求。签署此表格并委任此代表即表示，您同意该代表将是主要联络人，并有权提出要求、提交证据、获取信息以及接收与您诉讼有关的所有通讯。此人可能会看到您的个人医疗信息。**除非标明为可选，否则第 1 部分和第 2 部分中的所有字段均为必填。**

第 1 部分：委任代表的人员信息

本部分必须由患者、医疗服务提供者或要委任代表的其他人士填写。

姓名	Medicare 号码或国家医疗服务提供者识别码	
邮寄地址	电话号码（含区号） ( ) -	
城市	州	邮政编码
电邮（可选）	传真（可选） ( ) -	
签名		签名日期（月月 / 日日 / 年年年年） / /

第 2 部分：代表相关信息

本部分必须由代表填写。

代表姓名

专业身份或与第 1 部分所列人员的关系（律师、亲属等）

邮寄地址	电话号码（含区号） ( ) -	
城市	州	邮政编码
电邮（可选）	传真（可选） ( ) -	

在下方签名即表示，您同意担任代表，并证明您未被取消资格、暂停执业或被禁止在卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services, HHS) 管辖的事务中执业，也没有因其它原因被取消担任代表的资格。因担任代表所收取的任何费用均需经部长审查和批准。如果您要收取费用，请参阅第 2 页的说明。

签名	签名日期（月月 / 日日 / 年年年年） / /

代表必须填写以下部分（如适用）（请参阅第 2 页的说明）

第 3 部分：放弃代理费用

提供涉争议用品或服务的医疗服务提供者和供应商不得收取代理费用，且必须在下方签名放弃代理费用。选择放弃代理费用的代表也必须在下方签名。

本人放弃就代表第 1 部分所列人士与 HHS 部长进行交涉而索取和收取费用的权利。

签名	签名日期（月月 / 日日 / 年年年年） / /

第 4 部分：放弃就涉争议用品或服务收取费用

如果您是医疗服务提供者或供应商，并且您向您所代表的患者提供用品或服务，而该上诉涉及您或患者是否不知道，或在合理情况下无法预知 Medicare 不会承保这些用品或服务。

若根据法案第 1879(a)(2) 条规定作出责任认定，本人放弃就本次上诉所涉争议用品或服务向患者收取费用的权利。

签名	签名日期（月月 / 日日 / 年年年年） / /

©2026 Inland Empire Health Plan. 公共实体。保留所有权利。H8894_DSNP_26_8655253_C _CH

说明和法规要求

说明

除非标明为“可选”，否则第 1 部分和第 2 部分中的所有字段均为必填。如果委任代表的个人或实体没有 Medicare 号码或国家医疗服务提供者识别码，请填写“不适用”。请参阅《联邦规则汇编》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 405.910 条：ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910
若代表按规定必须或已同意放弃或不收取代理费用，则第 3 部分“放弃代理费用”为必填。当提供用品或服务给患者的医疗服务提供者或供应商代表患者，且本次上诉涉及法案第 1879(a)(2) 条下的责任归属问题（即是否知晓该用品或服务不属于承保范围），则第 4 部分“放弃就涉争议用品或服务收取费用”为必填。请参阅 42 CFR 405.910(f)。

从委任代表的人士及接受委任担任代表的人士双方签署本表格之日起，代表委任的有效期为一年。填妥的表格可在一年有效期内用于其它上诉或诉讼。除非经撤销，否则该代表委任在其所提交之理赔、上诉、申诉或要求的处理期间均持续有效。

就代表患者与 HHS 部长进行交涉收取费用

律师或其他患者代表若想要就提供与以下事项相关的服务收取费用：向 HHS 部长提出上诉（即行政法官 [Administrative Law Judge, ALJ] 听证会或由 Medicare 听证与上诉办公室 (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) 进行的律师裁决员审查、Medicare 上诉委员会审查，或因联邦地区法院发回重审而在 OMHA 或 Medicare 上诉委员会进行的诉讼），则必须按照 42 CFR 405.910(f) 的规定获得费用批准。

代表应填写 OMHA-118 表格“就代表受益人一事收费审批申请”，并随 ALJ 听证会要求、OMHA 审查要求或 Medicare 上诉委员会审查要求一并提交。如果符合以下情况，则无需费用审批：(1) 所获代表的上诉人是医疗服务提供者或供应商；(2) 该项费用是为了以正式身份（例如法定监护人、委员会或类似的法院委任代表）提供服务而收取的费用且法院已批准该费用；(3) 该项费用是为了在联邦地区法院进行的诉讼中代表患者而收取的费用；或 (4) 该项费用是为了在重新裁决或重新审查时，代表患者而收取的费用。代表可以自行选择是否要放弃收取费用。请点击此处获取 OMHA-118 表格：HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

向 Medicare 患者提供上诉所涉用品或服务的医疗服务提供者或供应商可以在上诉中代表该患者，但医疗服务提供者或供应商不得向受益人收取任何与代理相关的费用。（42 CFR 405.910(f)(3)。）

批准费用

费用批准要求可确保代表就其服务获得公平的报酬，并确保患者支付的费用合理。在批准要求的费用时，OMHA 或 Medicare 上诉委员会将考虑所提供之服务的性质和类型、案件的复杂程度、提供服务所需的技能和能力水平、对案件花费的时间、达到的结果、所需的行政审查级别，以及要求的费用金额。

利益冲突

《美国法典》第十八编第 203、205 和 207 条规定，某些现任及前任美国官员和雇员，若在涉及政府的事务中提供特定服务，或协助对美国政府提出理赔，均属于刑事犯罪行为。存在利益冲突的个人不得担任患者的代表与 HHS 进行交涉。

本表格收件地址

请将本表格发送至您提交理赔、上诉、申诉或要求的相同地点。

获取帮助和更多信息

如果您对本表格有疑问，请联络 Medicare 计划或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。

您有权获取无障碍格式的 Medicare 信息，例如大字版、盲文版或音频版。如果您认为自己受到歧视，您也有权提出投诉。请访问 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice 或致电 1-800-MEDICARE 了解更多信息。

《文书削减法案》：根据 1995 年文书削减法案，任何人都不需要对信息收集做出回复，除非有列出有效的 OMB 控制号。这份信息收集文件的有效 OMB 控制号是 0938-0950。准备和分发这份信息收集文件所需的时间为每份通知 15 分钟，包括选择预印表格、填写和递送给受益人的时间。如果您有关于时间估计准确性的意见或改进这份表格的建议，请写信至下列地址： CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。