Mẫu Đơn Được Phê Duyệt
OMB Số 0938-0950
Hết hiệu lực: Ngày 31 tháng 12 năm 2028

Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện

Sử dụng mẫu đơn này để chỉ định một người đại diện thay mặt quý vị thực hiện các thủ tục liên quan đến yêu cầu thanh toán, kháng cáo, khiếu nại hoặc các yêu cầu khác. Bằng việc ký vào mẫu đơn này và chỉ định người đại diện, quý vị đồng ý rằng người đại diện sẽ là đầu mối liên hệ chính và có thẩm quyền thay mặt quý vị gửi yêu cầu, cung cấp bằng chứng, tiếp cận thông tin và nhận toàn bộ các thông tin trao đổi liên quan đến vụ việc của quý vị. Người này có thể được phép xem thông tin y tế cá nhân của quý vị. **Tất cả các mục trong Mục 1 và Mục 2 là bắt buộc, trừ khi có ghi rõ là không bắt buộc.**

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

Mục này phải được hoàn tất bởi bệnh nhân, nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc người khác thực hiện việc chỉ định người đại diện.

Tên	Số Medicare hoặc Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia
Địa Chỉ Nhận 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 (mm/dd/yyyy) / /

Mục 2: Thông tin về người đại diện

Mục này phải được hoàn tất bởi người đại diện.

Tên người đại diện

Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người nêu tại Mục 1 (ví dụ: luật sư, người thân, v.v.)

Địa Chỉ Nhận Thư	Số điện thoại (có mã vùng) ( ) -
Thành phố	Tiểu bang / Mã ZIP
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) ( ) -

Bằng việc ký tên dưới đây, quý vị đồng ý đóng vai trò là người đại diện và xác nhận rằng quý vị không bị tước quyền, đình chỉ hoặc nghiêm cấm hành nghề trước Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), cũng như không bị mất tư cách để làm người đại diện theo quy định. Mọi khoản phí thu cho việc đại diện có thể phải chịu sự xem xét và phê duyệt của Bộ Trưởng. Nếu quý vị có thu phí, vui lòng xem hướng dẫn tại trang 2.

Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /

Người đại diện phải hoàn tất các phần dưới đây nếu áp dụng (xem hướng dẫn tại trang 2)

Mục 3: Miễn phí đại diện

Các nhà cung cấp và nhà cung ứng đã cung cấp vật phẩm hoặc dịch vụ liên quan đến vụ việc không được phép thu phí đại diện và phải ký tên dưới đây để xác nhận việc miễn khoản phí. Những người đại diện lựa chọn miễn khoản phí đại diện cũng phải ký tên dưới đây.

Tôi từ bỏ quyền thu và nhận phí khi đại diện cho người nêu tại Mục 1 trước Bộ Trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /

Mục 4: Miễn thanh toán đối với các vật phẩm hoặc dịch vụ đang được xem xét

Nếu quý vị là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng và đã cung cấp vật phẩm hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đang đại diện, và nếu kháng cáo liên quan đến vấn đề liệu quý vị hoặc bệnh nhân không biết, hoặc không thể được kỳ vọng một cách hợp lý là biết, rằng Medicare sẽ không chi trả cho các vật phẩm hoặc dịch vụ đó.

Tôi từ bỏ quyền thu phí từ bệnh nhân đối với các vật phẩm hoặc dịch vụ đang được xem xét trong kháng cáo này nếu có quyết định về trách nhiệm theo khoản §1879(a)(2) của Đạo Luật được ban hành.

Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /

©2026 Inland Empire Health Plan. Một Tổ chức Công. Bảo lưu Mọi Quyền. H8894_DSNP_26_8655253_C _VI

Hướng Dẫn và Yêu Cầu Quy Định

Hướng dẫn

Tất cả các mục trong Mục 1 và Mục 2 là bắt buộc, trừ khi được ghi rõ là "không bắt buộc". Nếu cá nhân hoặc tổ chức chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia, vui lòng ghi "không áp dụng". Xem quy định tại 42 CFR 405.910: ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910

Miễn Phí Đại Diện – Mục 3 là bắt buộc khi người đại diện được yêu cầu hoặc đã đồng ý miễn hoặc không thu phí đại diện. Từ Bỏ Thanh Toán Đối Với Vật Phẩm hoặc Dịch Vụ Đang Được Xem Xét – Mục 4 là bắt buộc nếu nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp hàng hóa hoặc dịch vụ cho bệnh nhân và đại diện cho bệnh nhân đó, đồng thời vấn đề trách nhiệm (việc biết hoặc không biết về việc không được chi trả) theo khoản §1879(a)(2) của Đạo Luật đang được xem xét trong kháng cáo. Xem 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được xem là có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày mẫu đơn này được cả người chỉ định và người đại diện ký. Mẫu đơn đã hoàn tất có thể được sử dụng cho các kháng cáo hoặc thủ tục khác trong thời gian một năm còn hiệu lực. Trừ khi bị hủy bỏ, việc đại diện có hiệu lực trong suốt thời gian xử lý yêu cầu thanh toán, kháng cáo, khiếu nại hoặc yêu cầu mà mẫu đơn được nộp.

Thu phí khi đại diện cho bệnh nhân trước Bộ Trưởng HHS

Luật sư hoặc người đại diện khác của bệnh nhân, nếu muốn thu phí cho các dịch vụ cung cấp liên quan đến một kháng cáo trước Bộ Trưởng HHS (ví dụ: phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (ALJ) hoặc xem xét bởi luật sư xét xử tại Văn Phòng Điều Trần và Kháng Cáo Medicare (OMHA), xem xét của Hội Đồng Kháng Cáo Medicare, hoặc thủ tục trước OMHA hoặc Hội Đồng Kháng Cáo Medicare do việc trả hồ sơ từ tòa án liên bang), thì phải được phê duyệt phí theo quy định tại 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện nên hoàn tất mẫu đơn OMHA-118, "Đơn Đề Nghị Phê Duyệt Phí Đại Diện Cho Người Thụ Hưởng", và nộp cùng với yêu cầu điều trần ALJ, xem xét OMHA, hoặc yêu cầu xem xét của Hội Đồng Kháng Cáo Medicare. Không yêu cầu phê duyệt phí nếu: (1) bên kháng cáo được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) phí áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp trong vai trò chính thức như người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện do tòa án chỉ định tương tự và đã được tòa án phê duyệt; (3) phí áp dụng cho việc đại diện bệnh nhân trong thủ tục tại tòa án liên bang; hoặc (4) phí áp dụng cho việc đại diện bệnh nhân trong giai đoạn xác định lại (redetermination) hoặc xem xét lại (reconsideration). Người đại diện có thể lựa chọn miễn khoản phí nếu muốn. Lấy mẫu đơn OMHA-118 tại đây: HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

Nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp vật phẩm hoặc dịch vụ cho bệnh nhân Medicare là đối tượng của kháng cáo có thể đại diện cho bệnh nhân trong kháng cáo, nhưng không được phép thu bất kỳ khoản phí nào từ người thụ hưởng liên quan đến việc đại diện. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Phê duyệt phí

Yêu cầu phê duyệt phí nhằm đảm bảo người đại diện được trả công công bằng cho dịch vụ của mình và các khoản phí đối với bệnh nhân là hợp lý. Khi phê duyệt mức phí đề nghị, OMHA hoặc Hội Đồng Kháng Cáo Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ đã cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, trình độ kỹ năng và năng lực cần thiết, thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính cần thiết và mức phí được yêu cầu.

Xung đột lợi ích

Các mục 203, 205 và 207 của Title XVIII trong Bộ Luật Hoa Kỳ quy định việc một số quan chức và nhân viên hiện tại hoặc trước đây của Hoa Kỳ thực hiện một số dịch vụ liên quan đến các vấn đề ảnh hưởng đến chính phủ hoặc hỗ trợ trong việc theo đuổi các yêu cầu chống lại Hoa Kỳ là hành vi phạm tội hình sự. Những cá nhân có xung đột lợi ích không được phép làm người đại diện cho bệnh nhân trước HHS.

Nơi gửi mẫu đơn này

Gửi mẫu đơn này đến cùng địa chỉ mà quý vị gửi yêu cầu thanh toán, kháng cáo, khiếu nại hoặc yêu cầu của mình.

Nhận trợ giúp & tìm hiểu thêm thông tin

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

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền gửi đơn khiếu nại nếu cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, hoặc gọi 1-800-MEDICARE để biết thêm thông tin.

Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ: Theo Đạo luật Giảm Công việc Giấy tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có một 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 bổ việc thu thập này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn mẫu đơn in sẵn, hoàn thành và chuyển đến người thụ hưởng. Nếu quý vị có nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của các ước tính thời gian hoặc đề xuất nhằm cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư cho CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.