

대리인 임명

이 양식을 사용하여 청구, 항소, 불만 또는 요청에 대해 귀하를 대신할 사람을 지정하십시오. 이 양식에 서명하고 이 대리인을 임명함으로써 귀하는 대리인이 주요 연락처가 되고 요청을 하고, 증거를 제시하고, 정보를 얻고, 귀하의 조치에 대한 모든 소통을 수신할 권한이 있다는 데 동의합니다. 이 사람은 귀하의 개인 의료 정보를 볼 수 있습니다. **섹션 1과 2의 모든 공간은 선택 사항으로 표시되지 않는 한 필수입니다.**

섹션 1: 대리인을 임명하는 사람에 대한 정보

이 섹션은 환자, 제공자 또는 대리인을 임명하는 사람이 작성해야 합니다.

이름	Medicare 번호 또는 National Provider Identifier(국가 제공자 식별번호)	
우편 주소	전화번호(지역코드 포함) () - -	
시	주	우편번호
이메일 (선택사항)	팩스 번호(선택 사항) () - -	
서명	서명 날짜 (월/일/년도) / /	

섹션 2: 대리인에 대한 정보

이 섹션은 대리인이 작성해야 합니다.

대리인 이름		
섹션 1의 사람과의 전문적 지위 또는 관계 (번호사, 친척 등)		
우편 주소	전화번호(지역코드 포함) () - -	
시	주	우편번호
이메일 (선택사항)	팩스 번호(선택 사항) () - -	

아래에 서명함으로써, 귀하는 대리인으로서 행동하는 데 동의하고 Department of Health and Human Service (HHS, 보건복지부)에서 자격을 박탈, 정지 또는 금지하거나 대리인으로서 행동하는 데 다른 이유로 자격이 박탈되지 않았음을 증명합니다. 대리인으로서 행동하는 데 부과되는 모든 수수료는 장관의 검토 및 승인을 받아야 할 수 있습니다. 귀하가 수수료를 부과하는 경우 2 페이지의 지침으로 이동하십시오.

서명	서명 날짜 (월/일/년도) / /
----	-----------------------

해당되는 경우 대리인은 아래 섹션을 완료해야 합니다 (2 페이지의 지침으로 이동)

섹션 3: 대리에 대한 수수료 면제

용품 또는 서비스를 제공한 제공자와 공급업체는 대리 수수료를 청구할 수 없으며, 비용의 면제를 위해 아래에 서명해야 합니다. 대리 수수료를 면제하기로 선택한 대리인도 아래에 서명해야 합니다.

본인은 HHS 장관 앞에서 섹션 1의 사람을 대리하기 위해 수수료를 청구하고 징수할 권리를 포기합니다.

서명	서명 날짜 (월/일/년도) / /
----	-----------------------

섹션 4: 용품 또는 서비스에 대한 수수료 면제

귀하가 제공자 또는 공급자이고 귀하가 대리하는 환자에게 용품 또는 서비스를 제공한 경우, 항소가 귀하 또는 환자가 Medicare에서 용품 또는 서비스를 보장하지 않는다는 사실을 알지 못했거나 또는 합리적으로 알 수 있었을 가능성이 없었는지에 대한 질문을 포함하는 경우.

본인은 법 § 1879(a)(2)에 따른 책임 결정이 문제가 되는 경우 이 항소에서 문제가 되는 용품 또는 서비스에 대해 환자로 부터 수수료를 징수할 권리를 포기합니다.

서명	서명 날짜 (월/일/년도) / /
----	-----------------------

지침 및 규정 요구 사항

지침

섹션 1과 2의 모든 공간은 “선택 사항”으로 표시되지 않는 한 필수입니다. 대리인을 임명하는 개인 또는 단체에 Medicare 번호 또는 National Provider Identifier(국가 제공자 식별번호)가 없는 경우 “해당 없음”을 기입하십시오. 42 CFR 405.910에서 규정을 참조하십시오 [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)

대리인에 대한 수수료 면제 제 3항은 대리인이 대리 수수료를 면제하거나 청구하지 않기로 동의하거나 요구받은 경우에 필요합니다. 문제가 되는 용품 또는 서비스에 대한 지불 면제 제 4항은 환자에게 용품 또는 서비스를 제공한 제공자 또는 공급자가 환자를 대리하고 법률 제1879(a)(2)에 따른 책임(비보장 지식)이 항소에서 문제가 되는 경우에 필요합니다. 42 CFR 405.910(f)로 이동하십시오.

대리인 임명은 대리인을 임명한 사람과 임명된 대리인이 모두 이 양식에 서명한 날로부터 1년 동안 유효한 것으로 간주됩니다. 작성된 양식은 유효한 1년 동안 다른 항소 또는 소송에 사용할 수 있습니다. 철회하지 않는 한, 대리인 임명은 제출된 청구, 항소, 불만 또는 요청 기간 동안 유효합니다.

HHS 장관 앞에서 환자를 대리하는 수수료 부과

HHS 장관 앞에서 항소와 관련하여 제공된 서비스에 대한 수수료를 청구하려는 변호사 또는 환자를 대신하는 다른 대리인 (예: 연방 지방 법원의 환송으로 인해 Office of Medicare Hearings and Appeals (Medicare 청문 및 항소 사무소, OMHA)의 Administrative Law Judge (행정 법원 판사, ALJ) 심리 또는 변호사 심판자 검토, Medicare Appeals Council (항소 위원회) 검토 또는 OMHA 또는 Medicare 항소 위원회에서의 절차)은 42 CFR 405.910(f)에 따라 수수료가 승인되어야 합니다.

대리인은 양식 OMHA-118, “수혜자 대리 수수료 승인 청원서”를 작성하여 ALJ 심리 요청, OMHA 검토 또는 Medicare 항소 위원회 검토 요청과 함께 제출해야 합니다. 다음의 경우 수수료 승인이 필요하지 않습니다: (1) 대리되는 항소인이 제공자 또는 공급업체인 경우 (2) 수수료는 법적 보호자, 위원회 또는 유사한 법원 임명 대리인과 같은 공식 자격으로 제공된 서비스에 대한 것이고 법원이 수수료를 승인한 경우; (3) 수수료는 연방 지방 법원에서 환자를 대리하는 경우; 또는 (4) 수수료는 재결정 또는 재고려에서 환자를 대리하는 경우. 대리인은 원하는 경우 수수료를 면제할 수 있습니다. OMHA-118 양식은 이곳에서 받으십시오: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

항소 대상인 Medicare 환자에게 용품이나 서비스를 제공한 제공자 또는 공급자는 항소에서 해당 환자를 대리할 수 있지만, 제공자 또는 공급자는 수혜자에게 대리와 관련된 수수료를 청구할 수 없습니다. (42 CFR 405.910(f)(3).)

수수료 승인

수수료 승인 요건은 대리인에게 서비스에 대해 공정하게 지불하고 환자 수수료가 합리적임을 보장합니다. 요청된 수수료를 승인할 때 OMHA 또는 Medicare Appeals Council은 제공된 서비스의 성격과 유형, 사건의 복잡성, 필요한 기술 및 역량 수준, 사건에 소요된 시간, 달성된 결과, 필요한 행정 검토 수준 및 요청된 수수료 금액을 고려합니다.

이해관계의 충돌

미국법전 제18편 제203조, 205조 및 207조는 미국의 특정 현직 및 전직 임원과 직원이 정부에 영향을 미치는 문제에 대해 특정 서비스를 제공하거나 미국에 대한 청구를 기소하는 데 도움을 주거나 지원하는 것을 범죄로 규정합니다. 이해관계 충돌이 있는 개인은 HHS에서 환자 대리인으로 활동하는 것이 금지됩니다.

본 양식을 보낼 곳

이 양식은 청구, 항소, 불만 사항 또는 요청 사항을 보내는 곳과 같은 곳으로 보내주십시오.

도움 및 추가 정보 얻기

이 양식에 대한 질문이 있으시면 Medicare 플랜에 문의하시거나 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048입니다.

큰 글자, 점자 또는 오디오와 같은 접근 가능한 형식으로 Medicare 정보를 받아볼 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 생각되면 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 정보를 위해 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) 를 방문하거나 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

문서감축법: 1995년 문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시되어 있는 경우를 제외하고 어떠한 사람도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-0950입니다. 이 컬렉션을 준비하고 배포하는 데 필요한 시간은 미리 인쇄된 양식을 선택하고 완성하여 수혜자에게 전달하는 시간을 포함하여 통지서 당 15분입니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 편지를 보내주십시오.