

代表委任表格

使用此表格委任一位代表人來代表您處理您的索賠、上訴、申訴或請求。透過簽署此表格並指定該代表人，您同意該代表人將成為主要聯絡人，並有權提出請求、出示證據、獲取資訊並接收有關您的行為的所有通訊。此人可能會看到您的個人醫療資訊。

第 1 節 和第 2 節 中的所有欄位均需填寫，除非有注明是非必填。

第 1 節：委任人的資料

本節必須由病人、醫療服務者或其他要求指定代表人的個人填寫。

姓名	Medicare 編號或國家醫療服務者識別符
郵寄地址	電話號碼(含區號) ([] [] []) [] [] [] [] - [] [] [] []
城市	州 [] [] 郵政編碼 [] [] [] [] [] []
電子郵箱 (非必填) :	傳真 (非必填) ([] [] []) [] [] [] [] - [] [] [] []
簽名	簽名日期 (月月/日日/年年年年) [] [] / [] [] / [] [] [] []

第 2 節：代表人的資料

此部分必須由代表人填寫。

代表人姓名	
職業狀況或與在第 1 節裏的人的關係 (律師、親屬等)	
郵寄地址	電話號碼(含區號) ([] [] []) [] [] [] [] - [] [] [] []
城市	州 [] [] 郵政編碼 [] [] [] [] [] []
電子郵箱 (非必填) :	傳真 (非必填) ([] [] []) [] [] [] [] - [] [] [] []
在下方簽名，即表示您同意擔任代表人，並證明您沒有被衛生與公共服務部 (Health and Human Services, HHS) 取消資格、暫停或禁止執業，或以其他方式被取消擔任代表的資格。擔任代表而收取的任何費用均須經秘書審查和批准。如果您要收費，請參閱第 2 頁的說明。	
簽名	簽名日期 (月月/日日/年年年年) [] [] / [] [] / [] [] [] []

代表人必須填寫以下部分 (如果適用) (請參閱第 2 頁的說明)

第 3 節：代表費用豁免

提供相關物品或服務的醫療服務者和供應商不能因為作為代表人而收取費用，並且必須在下面簽名以豁免該費用。選擇豁免代表費用的代表人也必須在下面簽名。

在 HHS 秘書面前，我放棄向第 1 節中的人收取作為其代表人的費用的權利。

簽名	簽名日期 (月月/日日/年年年年) [] [] / [] [] / [] [] [] []
----	--

第 4 節：涉及的物品或服務的付款豁免

如果您是醫療服務者或供應商，並且您向您所代表的病人提供了物品或服務，如果上訴涉及無論是您或病人不知道或無法合理預期知道的問題，則 Medicare 不會承保這些物品或服務。

如果根據該法案第 1879(a)(2) 條做出責任判定，我放棄向病人收取本上訴中涉及的物品或服務費用的權利。

簽名	簽名日期 (月月/日日/年年年年) [] [] / [] [] / [] [] [] []
----	--

說明和法規要求

說明

第 1 節 和 第 2 節 中的所有欄位均需填寫，除非有注明是“非必填”。如果指定代表的個人或公司沒有 Medicare 號碼或國家醫療服務者識別符，請填寫“不適用”。請參閱 42 CFR 405.910 中的規定：

[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)

當代表被要求或已同意免除或不收取代表人費用時，需要填寫第3節的代表費用豁免表。如果向病人提供物品或服務的醫療服務者或供應商代表病人並且上訴中存在該法案第 1879(a)(2) 條規定的責任（知道不承保的資訊），則需要填寫第4節的涉及的物品或服務的付款豁免。請參閱 42 CFR 405.910(f)。

代表人的任命有效期為一年，自任命代表的人和被委任的代表簽署本表格之日起計算。填妥的表格在一年有效期限內可用於其他上訴或訴訟。除非被撤銷，否則該代表在其提出的索賠、上訴、申訴或請求期間都是有效的。

在 HHS 秘書面前收取作為病人的代表人的費用

如果律師或病人的其他代表希望在 HHS 秘書（即 Medicare 聽證和上訴辦公室 (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) 的行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 聽證會或律師裁決員審查、Medicare 上訴委員會審查，或因聯邦地區法院發回重審而向 OMHA 或 Medicare 上訴委員會提起的訴訟）面前收取涉及上訴的服務的費用，則需要根據 42 CFR 405.910(f) 批准費用。

代表人應填寫 OMHA-118 表格“獲得代表受益人費用批准的申請”，並將其與 ALJ 聽證會請求、OMHA 審查請求或 Medicare 上訴委員會審查請求一起提交。若有以下情況，則無須費用的核准：(1) 所代表的上訴人是醫生或醫療用品供應商；(2) 該費用是為了以官方身分所提供的服務而收取，如法定監護人、委員會或類似的法院指定代理人且法院已核准該費用；(3) 該費用是為了在聯邦地區法院的訴訟中代表的病人所收取；或 (4) 該費用是為了在重審或複審中代表病人所收取。如果代表人選擇的話，他們可以豁免費用。在此處獲取 OMHA-118 表格：

[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

向作為上訴者 Medicare 病人提供物品或服務的醫療服務者或供應商可以在上訴中代表該病人，但醫療服務者或供應商不得向受益人收取作為其代表人相關的任何費用。(42 CFR 405.910(f)(3).)

費用核准

費用批准要求確保代表人因為提供的服務而得到公平的報酬，並且收取病人的費用是合理的。在批准請求的費用時，OMHA 或醫療保險上訴委員會將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜性、所需的技能和能力水平、案件花費的時間、取得的結果、所需的行政審查級別以及請求的費用金額。

利益衝突

美國法典第 XVIII 章第 203、205 和 207 條規定，美國某些現任和前任官員和僱員在影響政府的事務中提供某些服務或協助或協助起訴針對美國的索賠，構成刑事犯罪。有利益衝突的個人不得在 HHS 面前擔任病人的代表人。

應將本表格寄至何處

將此表格發送到您發送索賠、上訴、申訴或請求的同一地點。

取得幫助和更多資訊

如果對此表格有疑問，請聯絡您的 Medicare 計劃或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶可致電 1-877-486-2048。

您有權獲取其他格式的 Medicare 信息，例如大字版、盲文版或音頻版。如果您覺得自己受到歧視，您也有權提出投訴。請訪問 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 瞭解更多信息。

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的機構。入保 CalOptima Health OneCare 取決於合約續簽的情況。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部的免付費電話

1-877-412-2734 (TTY 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。

減少文書工作法案： 根據 1995 年 Paperwork Reduction Act (減少文書工作法案)，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。本資訊收集的 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發本資訊收集文件所需的時間為每份通知 15 分鐘，其中包括選擇預先印製好的表格、填寫表格及將表格寄給受益人的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見，或是對改善本表格有任何建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。
