

Chỉ Định Người Đại Diện

Sử dụng mẫu đơn này để chỉ định một người đại diện hành động thay mặt quý vị cho khiếu nại, kháng cáo, than phiền hoặc yêu cầu của quý vị. Bằng cách ký vào mẫu đơn 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, đưa ra bằng chứng, nhận thông tin và nhận tất cả 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 Phần 1 và 2 là bắt buộc trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc.**

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

Phần này chỉ dành cho bệnh nhân, nhà cung cấp dịch vụ hoặc người được ủy quyền hợp pháp.

Tên	Số Medicare hoặc Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia	
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (có mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang 	Mã ZIP
Email (tùy chọn)	Fax (tùy chọn) () -	
Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /	

Phần 2: Thông tin về người đại diện

Phần này phải do người đại diện điền.

Tên của người đại diện		
Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người trong Phần 1 (luật sư, người thân, v.v.)		
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (có mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang 	Mã ZIP
Email (tùy chọn)	Fax (tùy chọn) () -	
Bằng cách ký tên bên dưới, quý vị đồng ý đóng vai trò là người đại diện và xác nhận rằng mình không bị loại trừ, đình chỉ hoặc cấm hành nghề bởi Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS), cũng như không bị tước quyền đại diện. Bất kỳ khoản phí nào phát sinh cho việc thực hiện vai trò đại diện có thể phải được xem xét và phê duyệt bởi Bộ trưởng. Nếu quý vị đang tính phí, hãy xem hướng dẫn trên trang 2.		
Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /	

Người đại diện phải hoàn thành các phần dưới đây, nếu có (Xem hướng dẫn ở trang 2)

Phần 3: Miễn trừ phí đại diện

Nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà cung cấp đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan đến khiếu nại không được phép thu phí đại diện và phải ký tên bên dưới để từ bỏ khoản phí này. Các đại diện chọn miễn lệ phí đại diện của họ cũng phải ký dưới đây.

Tôi từ bỏ quyền tính phí và thu phí đại diện cho người trong Phần 1 trước Bộ trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /
--------	---

Phần 4: Miễn trừ thanh toán cho sản phẩm hoặc dịch vụ vẫn còn tranh cãi

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc nhà cung cấp vật tư/thiết bị y tế và quý vị đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đại diện, nếu kháng cáo liên quan đến việc xác định liệu quý vị hoặc bệnh nhân có biết, hoặc không thể biết một cách hợp lý rằng Medicare sẽ không chi trả cho các mặt hàng hoặc dịch vụ đó hay không.

Tôi từ bỏ quyền thu khoản thanh toán từ người hưởng lợi cho các sản phẩm hoặc dịch vụ vẫn còn tranh cãi trong kháng cáo này nếu một quyết định về trách nhiệm pháp lý vẫn chưa đạt được sự nhất trí theo §1879(a)(2) của Đạo luật.

Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /
--------	---

Hướng Dẫn và Yêu Cầu Quy Định

Hướng Dẫn

Tất cả các trường trong Phần 1 và 2 là bắt buộc trừ khi được đánh dấu là "tùy chọn". Nếu cá nhân hoặc tổ chức chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia, hãy điền "không có". Đi đến 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 lệ phí đại diện trong Phần 3 là bắt buộc khi người đại diện được yêu cầu, hoặc đã đồng ý, miễn hoặc không tính phí đại diện của họ. Việc từ bỏ thanh toán cho các mặt hàng hoặc dịch vụ đang tranh chấp trong Phần 4 là bắt buộc nếu nhà cung cấp đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà họ đại diện và chịu trách nhiệm pháp lý (biết rằng các dịch vụ này không được bảo hiểm) theo §1879(a)(2) của Đạo luật liên quan trong quá trình kháng cáo. Chuyển đến 42 CFR 405.910(f).

Việc bổ nhiệm người đại diện được coi là có giá trị trong một năm kể từ ngày mẫu này được ký bởi cả người chỉ định người đại diện và người đại diện được chỉ định. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin này cho các kháng cáo hoặc các hành động khác trong thời hạn hiệu lực một năm. Trừ khi bị thu hồi, bản tuyên bố có giá trị trong suốt thời gian khiếu nại, kháng cáo, than phiền hoặc yêu cầu mà nó đã được nộp.

Thu phí đại diện cho bệnh nhân trước Bộ trưởng HHS

Luật sư hoặc người đại diện khác cho bệnh nhân muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan đến kháng cáo trước Bộ trưởng HHS (tức là phiên điều trần của Thẩm phán Luật Hành Chính (ALJ) hoặc đánh giá của người xét xử luật sư của Văn Phòng Điều Tràn và Kháng Cáo Medicare (OMHA), đánh giá của Hội Đồng Kháng Cáo Medicare, hoặc một thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Hội Đồng Kháng Cáo Medicare do kết quả của việc tạm giam từ tòa án quận liên bang), là bắt buộc phải có lệ phí được phê duyệt theo 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện nên hoàn thành mẫu OMHA-118, "Đơn Yêu Cầu Để Được Phê Duyệt Phí Đại Diện Cho Người Thụ Hưởng" và nộp cùng với yêu cầu điều trần ALJ, đánh giá OMHA hoặc yêu cầu xem xét của Hội Đồng Kháng Cáo Medicare. Không cần phê duyệt phí nếu: (1) người kháng cáo được đại diện là nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà cung cấp vật tư/thiết bị y tế; (2) lệ phí dành cho các dịch vụ được thực hiện 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) lệ phí dành cho việc đại diện cho một bệnh nhân trong một thủ tục tố tụng tại tòa án quận liên bang; hoặc (4) lệ phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong việc xác định lại hoặc xem xét lại. Người đại diện được phép miễn lệ phí nếu họ chọn. Lấy mẫu 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 dịch vụ y tế và nhà cung cấp vật tư/thiết bị y tế cung cấp các vật phẩm hoặc dịch vụ đó cho bệnh nhân Medicare là đối tượng kháng cáo có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong kháng cáo, nhưng nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc nhà cung cấp vật tư/thiết bị y tế 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 khoản phí

Yêu cầu phê duyệt phí đảm bảo rằng đại diện được trả công xứng đáng cho các dịch vụ của họ, trong khi phí mà bệnh nhân phải chịu là hợp lý. Khi phê duyệt một khoản phí được yêu cầu, OMHA hoặc Hội Đồng Kháng Cáo Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được thực hiện, mức độ phức tạp của vụ việc, mức độ kỹ năng và năng lực cần thiết, lượng thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính cần thiết và số tiền phí được yêu cầu.

Mâu thuẫn lợi ích

Các mục 203, 205 và 207 của Tiêu đề XVIII Bộ luật Hoa Kỳ quy định rằng một số quan chức và nhân viên hiện tại hoặc trước đây của Hoa Kỳ sẽ phạm tội hình sự nếu cung cấp một số dịch vụ trong các vấn đề liên quan đến chính phủ hoặc hỗ trợ, trợ giúp trong việc truy tố các khiếu nại chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân có xung đột lợi ích được loại trừ khỏi việc làm đại diện của bệnh nhân trước HHS.

Nơi gửi mẫu này

Hãy gửi mẫu đơn này đến cùng địa chỉ mà quý vị đã sử dụng để nộp khiếu nại, kháng cáo, phản ánh hoặc yêu cầu.

Yêu cầu trợ giúp và tìm hiểu thêm thông tin

Đối với các câu hỏi về mẫu đơn này, liên hệ với chương trình Medicare của quý vị hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng thuận tiện với quý vị, ví dụ như bản in chữ to, chữ nổi Braille hoặc bản ghi âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị 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 Công Việc Giấy Tờ: Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ của bản thu thập thông tin này là 0938-0950. Việc chuẩn bị và phân phát bản thu thập thông tin này cần 15 phút đối với mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn biểu mẫu trước khi in, hoàn thành và chuyển cho người hưởng lợi. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về độ chính xác của thời gian ước tính hoặc có đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.
