

委任代表

當事人姓名	Medicare 編號 (受益人為當事人) 或全國醫療服務提供者識別號碼 (醫療服務提供者或供應商為當事人)
-------	---

第 1 部分:委任代表

由尋求代表的當事人填寫 (即 Medicare 受益人、醫療服務提供者或供應商):

我指定第 2 部分中所列人士擔任我的代表,處理與我的理賠相關或與根據社會安全法 (「社安法」) 第 XVIII 篇和社安法第 XI 篇相關規定而主張之權利相關的事務。我授權這個人全權代表我做任何要求;提出或舉出證據;取得上訴資訊;以及收受任何與我理賠、上訴、申訴或要求相關的通知。我瞭解,與我的要求相關的個人醫療資訊可能會透露給以下指明的代表。

尋求代表的當事人簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (含區碼)	
城市	州	郵遞區號
電子郵件地址 (選填)	傳真號碼 (選填)	

第 2 部分:接受委任

由代表填寫:

我是 _____, 在此接受以上委任。我證明,我並沒有被衛生與公眾服務部 (Department of Health and Human Services, HHS) 取消資格、停權或禁止執業;我是美國政府現任或前任僱員,但我並未被取消資格而不得擔任當事人的代表;而且我知道所有費用可能都必須經部長審查與批准。

我是 _____
(專業身分或與當事人的關係,例如律師、親戚等。)

代表簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (含區碼)	
城市	州	郵遞區號
電子郵件地址 (選填)	傳真號碼 (選填)	

第 3 部分:放棄代表費用

說明:如果代表必須放棄或選擇放棄其代表費用,必須填寫這個部分。(請注意,代表受益人並提供用品或服務的醫療服務提供者或供應商,不得收取代表費用且必須填寫這個部分。)

我放棄對於在 HHS 部長前代表 _____ 而收費及追討費用之權利。

簽名	日期
----	----

第 4 部分:放棄對爭議用品或服務收取款項

說明:如果上訴內容牽涉到社安法第 1879(a)(2) 條規定的責任問題,為受益人提供用品或服務並擔任受益人代表的醫療服務提供者或供應商必須填寫這個部分。(第 1879(a)(2) 條通常用來處理醫療服務提供者 / 供應商或受益人是否不知道或合理來說應該不知道爭議用品或服務不屬於 Medicare 的承保範圍。)

如果對社安法第 1879(a)(2) 條的責任裁定有所爭議,我放棄向受益人收取該上訴中爭議用品或服務的款項之權利。

簽名	日期
----	----

說明和法規要求

說明

當事人姓名 (必填): 這是有理由提出理賠或上訴之當事人的姓名或實體的名稱 (擁有 Medicare 的當事人姓名, 或醫療服務提供者或供應商姓名/名稱)。

Medicare 編號或全國醫療服務提供者識別號碼 (必填): 若指定代表的當事人或實體有 Medicare 號碼或全國醫療服務提供者識別號碼即須填寫。若不適用, 請填寫「不適用」。

第 1 和第 2 部分的所有欄位均為必填, 除非該欄位註明為選填。請參閱 [聯邦法規法典 \(CFR\) 第 42 篇第 405.910 條](#)。

對於在 HHS 部長前代表受益人收取費用

對於向 HHS 部長提出的上訴 (即行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 聽審、Medicare 聽證與上訴辦公室 (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) 的律師審裁官審查、Medicare 上訴委員會審查, 或 OMHA 審理的訴訟或聯邦地區法院發回 Medicare 上訴委員會更審的訴訟), 受益人的律師或其他代表若希望收取相關服務費用, 必須根據聯邦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 條規定取得費用批准。

表格 OMHA-118「聲請批准收取代表受益人之費用」是要收集費用聲請所需之資訊。此表格應由代表填寫並應與 ALJ 聽審要求、OMHA 審查要求或 Medicare 上訴委員會審查要求一起提出。如有以下情況, 代理費用不需經過批准: (1) 要代表的上訴人是醫療服務提供者或供應商; (2) 費用是為了支付以法定監護人、委員會或類似的法院指定代表等正式身分提供的服務, 且法院已批准相關費用; (3) 費用是為了支付在聯邦地區法院訴訟中代表受益人的費用; 或 (4) 費用是為了支付在重新裁決或重新考慮過程中代表受益人的費用。若代表有意放棄收取費用, 即可如此行為。表格 OMHA-118 可於網站下載, 網址: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>。

批准費用

批准費用的規定可確保代表在 HHS 前執行代表受益人的服務時可獲得公平價值, 也為受益人提供保障措施, 以確定費用是否合理。在批准要求的費用時, OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮提供的服務性質和類型、案件複雜度、提供服務所需的技能和能力級別、案件花費的時間、得到的結果、代表進行上訴達到的行政審查級別以及代表要求的費用金額。

利益衝突

美國法典第 XVIII 篇第 203、205 和 207 條規定, 在涉及影響政府的事務方面, 特定美國官員、僱員及前任官員和僱員若提供特定服務或者幫助或協助對美國政府提出起訴, 將屬於刑事犯罪行為。有利益衝突的個人不得在 HHS 前擔任受益人代表。

本表格寄送地點

將本表格寄送到您要寄送 (或已寄送) 上訴 (若您要提出上訴)、申訴或投訴 (若您要提出申訴或投訴)、初始裁決或決定 (若您要求初始裁決或決定) 的同一個地點。如需額外協助, 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY 使用者請致電 1-877-486-2048) 或聯絡您的 Medicare 計劃。

您有權獲得無障礙格式的 Medicare 資訊, 如大字體、盲人點字或語音版本。如果您認為自己受到歧視, 您也有權提出投訴。請前往 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得更多資訊。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。