

대리인 지명

이 양식을 사용하여 귀하의 청구, 이의신청, 고충 또는 요청에 대해 귀하를 대신할 대리인을 지정하십시오. 이 양식에 서명하고 해당 대리인을 지명함으로써, 귀하는 이 대리인이 주요 연락처가 되고, 대리인이 요청을 하고, 증빙을 제출하고, 정보를 구하고, 귀하의 조치에 관해 모든 소통을 수령할 권한이 있는 데 동의합니다. 해당 대리인은 귀하의 개인 의료정보를 열람할 수 있습니다. **표시되지 않는 한 섹션 1과 2의 모든 필드는 필수 입력 항목입니다.**

섹션 1: 대리인 지명자 정보

이 섹션은 환자, 제공자 또는 다른 대리인 지명자가 작성해야 합니다.

성명	Medicare 번호 또는 NPI(전국 진료제공자 식별자)	
우편주소	전화번호(지역번호 포함) () -	
시	주	우편번호
이메일(선택사항)	팩스(선택사항) () -	
서명	서명일(월/일/년도) / /	

섹션 2: 대리인 정보

이 섹션은 대리인이 작성해야 합니다.

대리인 성명		
전문 자격 또는 섹션 1 대리인 지명자와의 관계(변호사, 친척 등)		
우편주소	전화번호(지역번호 포함) () -	
시	주	우편번호
이메일(선택사항)	팩스(선택사항) () -	

아래에 서명함으로써, 귀하는 대리인의 역할 수행에 동의하고 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS)에서 자격 상실, 직무 정지 또는 영업 금지 처분을 받지 않았거나 대리인 자격이 상실되지 않았음을 증명합니다. 대리인으로서 청구하는 모든 수입료는 장관의 검토 및 승인을 받아야 할 수 있습니다. 수입료를 청구해야 하는 경우, 2페이지의 지침을 참조하십시오.

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

해당되는 경우 대리인은 아래 섹션을 작성해야 함 (2페이지 지침으로 이동)

섹션 3: 대리권 수입료 면제

분쟁이 있는 항목 또는 서비스를 공급한 제공자와 공급자는 대리권 수입료를 청구할 수 없으며 수입료를 면제하려면 아래에 서명해야 합니다. 대리권 수입료를 면제하고자 하는 대리인도 아래에 서명해야 합니다.

본인은 HHS 장관 앞에서 섹션 1의 당사자를 대리하는 데 대한 수입료 청구 및 징수 권리를 포기합니다.

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

섹션 4: 분쟁이 있는 항목 또는 서비스에 대한 지급 포기

귀하가 제공자 또는 공급자이고 귀하가 대리하는 환자에게 항목 또는 서비스를 공급한 경우, 이의신청에 귀하 또는 환자가 Medicare에서 해당 항목 또는 서비스를 보장하지 않는다는 사실을 알지 못했거나 알 수 있을 것이라고 합리적으로 기대할 수 없었는지 여부에 대한 질문이 포함되는 경우입니다.

본인은 법률 §1879(a)(2)에 의거해 책임의 결정이 내려지는 경우, 환자로부터 본 이의신청에서 분쟁 중인 항목 또는 서비스에 대한 대금을 징수할 권리를 포기합니다.

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

지침 및 규정 요구 사항

지침

선택사항으로 표시되지 않는 한 섹션 1과 2의 모든 필드는 필수 입력 항목입니다. 대리인을 지명하는 개인 또는 법인에 Medicare 번호 또는 전국 진료제공자 식별자가 없는 경우 “not applicable(해당 없음)”으로 기입하십시오. 규정 42 CFR 405.910으로 이동: [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)

섹션 3의 대리권 수임료 면제는 대리인이 본인의 대리권 수임료를 면제하거나 청구하지 않기로 요구되거나 이에 동의한 경우 필요합니다. 섹션 4의 분쟁이 있는 항목 또는 서비스에 대한 지급 포기는 환자에게 항목 또는 서비스를 공급한 제공사 또는 공급자가 환자를 대리하고 법률 §1879(a)(2)에 따른 책임(비보장 숙지)이 이의신청에서 분쟁이 되는 경우 필요합니다. 42 CFR 405.910(f)를 참조하십시오.

대리인 지명은 대리인 지명자와 지명된 대리인 모두 이 양식에 서명한 날로부터 1년 동안 유효한 것으로 간주됩니다. 작성된 양식은 유효한 1년 기간 동안 다른 이의신청 또는 조치에 사용될 수 있습니다. 철회된 경우를 제외하고, 대리권은 제기된 청구, 이의신청, 고충 또는 요청의 기간 동안 유효합니다.

HHS 장관 앞에서 환자 대리권 수임료 청구

환자의 변호사 또는 다른 대리인이 HHS 장관 앞에서 이의신청과 관련하여 제공된 서비스에 대한 수임료를 청구하려는 경우(즉, Medicare 청문·이의신청국(Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA)에 의한 행정법 판사(ALJ) 심리 또는 변호사 조정인 검토, Medicare 이의신청 위원회 검토 또는 연방 지방법원의 환송으로 인한 OMHA 또는 Medicare 이의신청 위원회에서의 절차) 42 CFR 405.910(f)에 따라 수임료 승인을 받아야 합니다.

대리인은 “수혜자 대리 수임료 승인 청원서”인 OMHA-118 양식을 작성하여 ALJ 심리 요청, OMHA 검토 요청 또는 Medicare 이의신청 위원회 검토 요청과 함께 이 양식을 제출해야 합니다. 다음의 경우는 수임료 승인이 필요하지 않습니다: (1) 대리되는 항소인이 제공사 또는 공급자인 경우 (2) 법적 후견인, 위원회 또는 유사한 법원 지명 대리인 등 공식 자격으로 제공된 서비스에 대한 수임료이고 법원이 수임료를 승인한 경우 (3) 연방 지방법원의 소송에서 환자를 대리하는 수임료인 경우 또는 (4) 재결 또는 재심에서 환자를 대리하는 수임료인 경우. 대리인은 원할 경우 수임료 포기가 허용됩니다. 여기에서 OMHA-118 양식 받기:

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

이의신청 주체인 Medicare 환자에게 항목 또는 서비스를 공급한 제공사 또는 공급자는 이의신청에서 해당 환자를 대리할 수 있습니다. 단, 제공사 또는 공급자는 수혜자에게 대리와 관련된 수임료를 청구할 수 없습니다. (42 CFR 405.910(f)(3).)

수임료 승인

수임료 승인 요건은 대리인이 서비스에 대해 공정하게 지급받고 환자 수임료가 합리적임이 보장되어야 합니다. 요청된 수임료를 승인할 때 OMHA 또는 Medicare 이의신청 위원회는 제공된 서비스의 성격과 유형, 케이스의 복잡성, 필요한 기술 및 역량 수준, 케이스에 소요된 시간, 달성된 결과, 필요한 행정 검토 수준 및 요청된 수임료 금액을 고려합니다.

이해상충

미국법전(United States Code) 제18편 제203조, 제205조 및 제207조는 미국의 특정 전현직 관리 및 공무원이 정부에 영향을 미치는 사안에 대한 특정 공무를 제공하거나 대미 청구 기소를 지원 또는 보조하는 행위를 범죄로 규정하고 있습니다. 이해상충이 있는 개인은 HHS 앞에서 환자 대리인 역할로부터 배제됩니다.

양식 제출처

귀하의 청구, 이의신청, 고충 또는 요청 제출처와 동일한 장소로 양식을 제출합니다.

도움 및 추가 정보 얻기

본 양식에 대한 궁금한 사항은 Medicare 플랜에 문의하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하세요.

큰 활자체, 점자, 오디오 등과 같은 장애인 편의 형태로 Medicare 정보를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 또한, 차별을 당했다고 판단될 경우 민원을 제기할 권리도 있습니다. 추가 정보는 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 연락해 주십시오.

정부문서감축법: 1995년 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시된 경우를 제외하고 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 통제번호는 0938-0950입니다. 이 수집을 준비하고 배포하는 데 요구되는 시간은 사전 인쇄 출력 양식을 선택하고 작성하여 수혜자에게 전달하는 시간을 포함하여 통지당 15분입니다. 예상 시간의 정확성에 대해 의견이 있거나 이 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우, CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850 앞으로 서신을 보내주십시오.