

Chỉ định Người Đại Diện

Sử dụng mẫu này để chỉ định một người đại diện hành động thay quý vị trong việc yêu cầu thanh toán, kháng nghị, than phiền hoặc yêu cầu. Bằng cách ký tên vào mẫu và chỉ định đại diện này, quý vị đồng ý rằng đại diện sẽ là người liên hệ chính và có thẩm quyền đưa ra các yêu cầu, trình bày bằng chứng, thu thập thông tin và nhận tất cả các 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 phải do bệnh nhân, nhà cung cấp dịch vụ hoặc người khác chỉ định người đại diện điền.

Tên	Số Medicare hoặc Mã số Định danh Nhà Cung cấp Quốc gia	
Địa chỉ nhận thư	Số điện thoại (có mã vùng) () - -	
Thành phố	Tiểu bang ()	Mã Zip ()
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () - -	
Chữ ký	Ngày ký (mm/dd/yyyy) / /	

Phần 2: Thông tin về người đại diện

Phần này phải do người đại diện hoàn thành.

Tên người đại diện		
Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người trong Phần 1 (luật sư, người thân, v.v.)		
Địa chỉ nhận thư	Số điện thoại (có mã vùng) () - -	
Thành phố	Tiểu bang ()	Mã Zip ()
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () - -	

Bằng cách ký tên bên dưới, quý vị đồng ý hành động với tư cách là người đại diện và xác nhận rằng quý vị chưa bị Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS, Department of Health and Human Services) tước tư cách, đình chỉ hoặc nghiêm cấm hành nghề hoặc bị tước tư cách làm người đại diện. Bất kỳ khoản phí nào được tính để hành động với tư cách là người đại diện đều có thể được Bộ trưởng xem xét và phê duyệt. Nếu quý vị tính phí, hãy xem hướng dẫn ở trang 2.

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

Người đại diện phải điền các phần bên dưới, nếu có (xem hướng dẫn ở trang 2)

Phần 3: Miễn phí đại diện

Các nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung ứng đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ có vấn đề không thể tính phí đại diện và phải ký tên bên dưới để miễn phí. Những người đại diện chọn miễn phí đại diện cũng phải ký tên bên dưới.

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

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

Phần 4: Miễn trừ thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ đang được đề cập

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung ứng và quý vị đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đang đại diện, nếu kháng nghị liên quan đến thắc mắc về việc liệu quý vị hoặc bệnh nhân có biết hay không, hoặc không thể biết một cách hợp lý rằng Medicare sẽ không đài thọ cho các vật dụng hoặc dịch vụ đang được đề cập trong kháng nghị này.

Tôi từ bỏ quyền truy thu tiền thanh toán từ bệnh nhân đối với các vật dụng hoặc dịch vụ có liên quan trong đơn kháng nghị này nếu có quyết định về trách nhiệm 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 “không bắt buộc”. Nếu người hoặc tổ chức chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc ã số Định danh Nhà Cung cấp Quốc gia, hãy điền vào “không áp dụng”. Xem 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)

Phần 3 Miễn phí Đại diện là bắt buộc khi người đại diện được yêu cầu hoặc đã đồng ý miễn hoặc không tính phí đại diện. Miễn phí Thanh toán cho các Vật dụng hoặc Dịch vụ được Đề cập tại Phần 4 là bắt buộc nếu nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung ứng đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân đại diện cho bệnh nhân và trách nhiệm pháp lý (biết về việc không được đài thọ) theo §1879(a)(2) của Đạo luật là vấn đề trong đơn kháng nghị. Xem 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được coi là có hiệu lực trong một năm kể từ ngày mẫu này được cả người chỉ định người đại diện và người đại diện được chỉ định ký tên. Mẫu đơn đã hoàn thành có thể được sử dụng cho các kháng nghị hoặc hành động khác trong thời hạn một năm có hiệu lực. Trừ khi bị thu hồi, việc đại diện có hiệu lực trong thời hạn khiếu nại, kháng nghị, tha phiền hoặc yêu cầu mà mẫu đã được nộp.

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 nghị trước Bộ trưởng HHS (chẳng hạn phiên điều trần của Thẩm phán Luật hành chính (ALJ, Administrative Law Judge) hoặc đánh giá của luật sư xét xử của Văn phòng Điều trần và Kháng nghị Medicare (OMHA, Office of Medicare Hearings and Appeal), đánh giá của Hội đồng Kháng nghị Medicare hoặc thủ tục trước OMHA hoặc Hội đồng Kháng nghị Medicare do lệnh gửi trả từ tòa án liên bang) phải được phê duyệt khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện phải hoàn thành mẫu OMHA-118, “Đơn Trình cầu Phê duyệt 3e Phí đại diện cho Người thụ hưởng” và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần của ALJ, đánh giá của OMHA hoặc yêu cầu Hội đồng Kháng nghị Medicare xem xét. Không cần thiết phải có chấp thuận cho khoản phí nếu: (1) người kháng nghị được đại diện là nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung ứng; (2) phí dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện do tòa án chỉ định tương tự và tòa án đã phê duyệt khoản phí; (3) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình tố tụng tại tòa án liên bang; hoặc (4) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình quyết định lại hoặc cân nhắc lại. Người đại diện được phép miễn phí nếu họ muốn. Nhận 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 hoặc nhà cung ứng đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân Medicare là đối tượng của kháng nghị có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong quá trình kháng nghị, nhưng nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung ứng 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 khoản phí đảm bảo rằng người đại diện được trả công xứng đáng cho các dịch vụ của họ và phí của bệnh nhân là hợp lý. Khi phê duyệt khoản phí theo yêu cầu, OMHA hoặc Hội đồng Kháng nghị Medicare sẽ cân nhắc bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, trình 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 yêu cầu.

Xung đột lợi ích

Các mục 203, 205 và 207 của Title XVIII của Bộ luật Hoa Kỳ quy định rằng một số quan chức và nhân viên hiện tại và trước đây của Hoa Kỳ cung cấp một số dịch vụ nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng đến chính phủ hoặc hỗ trợ hay giúp đỡ trong việc truy tố các yêu cầu thanh toán chống lại Hoa Kỳ là một tội hình sự. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm đại diện cho bệnh nhân trước HHS.

Địa điểm gửi mẫu này

Gửi mẫu này đến cùng địa điểm quý vị gửi yêu cầu thanh toán, kháng nghị, than phiền hoặc yêu cầu của mình.

Nhận trợ giúp và thêm thông tin

Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu này, hãy liên hệ với chương trình Medicare hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, chẳng hạn như bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền gửi 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 bớt Thủ tục Giấy tờ: Theo Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phối bản thu thập này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm thời gian chọn mẫu đơn in sẵn, hoàn thành và gửi cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có ý kiến liên quan đến tính chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện mẫu này, vui lòng viết thư cho CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.