

委任代理人

使用本表格委任一名代理人, 代表處理您的索償、上訴、申訴或請求。簽署本表格和委任此代理人, 即表示您同意代理人為主要聯絡人, 且獲授權就您的行動提出請求、提交證據、取得資訊, 以及接收所有通訊。此代理人可以查看您的個人醫療資料。除非標示為選填欄位, 否則必須填寫第 1 及第 2 部份的所有欄位。

第 1 部份: 委任代理權者的資訊

此部份必須由病人、服務提供者或委任代理權者填寫。

姓名	聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼或全國服務提供者識別碼	
郵寄地址	電話號碼 (包括區域號碼) (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
市	州 <input type="text"/> <input type="text"/>	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
電郵地址 (選填項目)	傳真 (選填項目) (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
簽名	簽署日期 (月/日/年) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

第 2 部份: 代理人資訊

此部份必須由代理人填寫。

代理人姓名		
職業身份或與第 1 部份人士的關係 (如律師、親戚等)		
郵寄地址	電話號碼 (包括區域號碼) (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
市	州 <input type="text"/> <input type="text"/>	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
電郵地址 (選填項目)	傳真 (選填項目) (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

在下欄簽署後, 即表示您同意擔任代理人, 並證明您本人沒有被衛生及公共服務部 (HHS) 取消、吊銷或禁止執行業務的資格, 也沒有以其他方式被取消擔任代理人的資格。擔任代理人所收取的任何費用均須經過部長處的審核和批准。如果您要收取費用, 請前往第 2 頁查閱說明。

簽名	簽署日期 (月/日/年) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

代理人必須填寫以下部份 (如適用) (前往第 2 頁查閱說明)

第 3 部份: 豁免代理費

服務提供者及提供受爭議用品或服務的供應商不得收取代理費, 並必須在下欄簽署同意豁免其費用。若代理人選擇豁免其代理費, 也必須在下欄簽署。

本人茲聲明, 在面對衛生及公共服務部長處 (the Secretary of HHS) 審理中, 本人放棄代表第 1 部份所列當事人收取任何費用的權利。

簽名	簽署日期 (月/日/年) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

第 4 部份: 豁免收取爭議用品及服務的款項

如果您是服務提供者或供應商, 並曾向您代表的病人提供用品或服務的, 且該上訴案涉及您或您的病人是否不知道, 或在合理情況下無法預期會知道聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保相關用品或服務。

若依據法案第 1879(a)(2) 節所認定的責任歸屬有爭議, 本人會放棄為此上訴案之爭議用品或服務向病人收取款項的權利。

簽名	簽署日期 (月/日/年) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

說明及規範要求

說明

除非標示為選填欄位，否則必須填寫第 1 及第 2 部份的所有欄位。若委任代理權者或委任實體沒有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼或全國服務提供者識別碼，則填寫「不適用」。請查閱 42 CFR 405.910 所列規範：

[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)

若代理人被要求或已同意豁免或不收取代理費用，則必須填寫第 3 部份「豁免代理費」。若服務提供者或向病人提供用品或服務的供應商代表病人，且依據法案第 1879(a)(2) 節所認定的責任歸屬 (知悉不獲承保) 在上訴中有爭議，則必須填寫第 4 部份「豁免收取爭議用品及服務的款項」。請查閱 42 CFR 405.910(f) 條文。

代理人的委任有效期為一年 (由授權委任者及獲委任代理人簽署本表格的日期起計算)。在一年的有效期內，已填妥的表格可以應用在其他上訴或行動上。除非被撤銷委任，否則由代理人提交的索償、上訴、申訴或請求進行期間，代理人的代理權仍然生效。

在面對衛生及公共服務部長處 (HHS) 審理時收取病人代理費

律師或其他病人代理人，如欲就衛生及公共服務部 (HHS) 之上訴審理收取相關服務費 (例如：由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 聽證及上訴辦公室 (OMHA) 提出申請的行政法官 (ALJ) 聽證或律師裁決審查、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會 (Medicare Appeals Council) 審查，或因聯邦地方法院發回重審而進入 OMHA 或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會審理程序)，則必須依 42 CFR 405.910(f) 規定取得費用核准。

代理人應填寫名為「申請核准收取受益人代理費」的 OMHA-118 表格，並連同 ALJ 聽證、OMHA 審查或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會審查申請書一併提交。若符合以下情況，則無須取得代理費核准：(1) 受代理的上訴人是服務提供者或供應商；(2) 代理人是以官方身份 (如法定監護人、委員會成員或其他由法院委任之代理人) 提供服務而收取費用，且法院已核准該費用；(3) 代理人是為了代表病人到聯邦地方法院出庭而收取該費用；或 (4) 代理人是為了代表病人處理重新裁定或重新審議事務而收取該費用。代理人獲准按其選擇豁免收費。

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)

若服務提供者或供應商向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 病人所提供的用品或服務涉及上訴中的用品或服務，該服務提供者或供應商可以在上訴中代表病人，但不得向受益人收取相關的代理費用。(見 42 CFR 405.910(f)(3)。)

核准費用

核准費用的規定是確保代理人獲得公平的服務費用，以及確保病人費用合理。在核准呈報的費用時，OMHA 或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會將考慮服務的性質及類型、個案的複雜程度、提供服務所需的技術和能力、處理個案所花費的時間、達到的成果、所需要的行政審核層級，以及所要求的費用金額。

利益衝突

根據《美國聯邦法典》第十八篇 203、205 及 207 條款規定，美國政府的部分特定官員與員工以及前任官員與員工針對可能影響美國政府的事務提供部分特定服務，或協助對美國政府提出索償，屬於犯罪行為。在面對衛生及公共服務部審理中，有利益衝突的個人不得代表病人。

本表格應寄往何處

寄送本表格的地址與寄送您的索償、上訴、申訴或請求的地址相同。

獲得協助和了解更多資訊

如對本表格有疑問，請聯絡您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者，請致電 1-877-486-2048。

您有權取得以輔助格式提供的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 資料，如大型字體版、盲人點字版或有聲版。若您覺得自己遭到歧視，亦有權提出投訴。詳情請瀏覽 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE。

文書簡化法案：根據 1995 年《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，凡未顯示有效 OMB 管制編號的資訊收集文件，可不予回覆。本資訊收集文件的有效 OMB 管制編號為 0938-0950。準備及發放本資訊收集文件所需時間為每份通知 15 分鐘，包括選擇預印表格、填表及遞交給受益人的時間。若您對預估時間的正確性或如何改善表格有任何建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。
