



代表人任命

当事人名称

Medicare 编号 (受益人作为一方) 或国家提供者标识符 (醫療服務者或供应商作为一方)

第 1 节：代表人任命

由寻求代表的一方 (即 Medicare 受益人、醫療服務者或供应商) 填写：

我指定第 2 节中指定的个人作为我的代表，处理我根据《社会保障法》(“法案”) 第 XVIII 章和该法案第 XI 章的相关条款提出的索赔或主张的权利。我授权此人提出任何请求；出示或引出证据；获取申诉信息；并完全代表我接收与我的索赔、上诉、申诉或请求有关的任何通知。我了解与我的请求相关的个人医疗信息可能会透露给以下指定的代表。

寻求代表的一方签字		日期
街道地址		電話號碼(含區號)
城市	州	郵政編碼
電子郵箱(可選)	傳真號碼(可選)	

第 2 节：接受任命

由代表填写：

本人，_____，特此接受上述委任。我证明我没有被卫生与公共服务部 (HHS) 取消资格、暂停或禁止执业；作为美国的现任或前任雇员，我并没有被取消担任当事人代表的资格；我承认任何费用都可能需要秘书的审查和批准。

我是一名 _____
(职业或与当事人的关系，例如律师、亲戚等)

代表人签字		日期
街道地址		電話號碼(含區號)
城市	州	郵政編碼
電子郵箱(可選)	傳真號碼(可選)	

第 3 节：免除代表费

指示：如果代表被要求或选择放弃其代表费，则必须填写此部分。(请注意，代表受益人并提供物品或服务的醫療服務者或供应商不得收取代表费，并且必须填写此部分。)

我在 HHS 秘书面前放弃收取____代表费用的权利。

簽字	日期
----	----

第 4 节：放弃对有争议的项目或服务的付款

指示：如果上诉涉及该法案第 1879(a)(2) 节规定的责任问题，则作为向其提供物品或服务的受益人的代表的醫療服務者或供应商必须填写此部分。(第 1879 节(a)(2) 一般说明醫療服務者/供应商或受益人是否不知道，或不能合理地预期知道，有争议的项目或服务将不在 Medicare 的承保范围内。)

如果该法案第 1879(a)(2) 条项下的责任认定存在争议，本人放弃就本次上诉中涉及的项目或服务向受益人收取款项的权利。

簽字	日期
----	----

說明和法規要求

指示：

当事人名称（必填）：这是有资格提出索赔或上诉的个人或实体的名称（拥有 Medicare 的人的姓名，或醫療服務者或供应商的名称）。

Medicare 编号或国家提供者标识符（必填）：当指定代表的个人或实体拥有 Medicare 号码或国家提供者标识符时，必须填写此表格。如果不适用，请填写“不适用”。

第 1 部分和第 2 部分中的所有字段都是必需的，除非在该字段中注明为可选。请参阅 [42 CFR 405.910](#) 中的规定。

在 HHS 秘书面前受益人代表收取费用

受益人的律师或其他代表，希望就与 HHS 部长的上诉相关的服务收取费用（即行政法官 (ALJ) 听证会或医疗保险听证办公室的律师裁决员审查）根据 [42 CFR 405.910\(f\)](#) 的规定，需要上诉 (OMHA)、Medicare 上诉委员会审查或 OMHA 或 Medicare 上诉委员会因联邦地方法院还押而提起的诉讼）才能获得费用批准。

OMHA-118 表格“申请代表受益人的费用获得批准”引出了费用申请所需的信息。它应由代表填写并与 ALJ 听证会、OMHA 审查或 Medicare 上诉委员会审查请求一起提交。如果出现以下情况，则无需批准代表费：(1) 被代表的上诉人是供应商或供应商；(2) 该费用是针对以官方身份提供的服务，例如法定监护人、委员会或类似的法院指定代表，并且法院已批准该费用；(3) 费用为在联邦地方法院的诉讼中代表受益人；(4) 该费用用于在重新决定或复议中代表受益人。如果代表希望免除费用，他或她可以这样做。OMHA-118 表格可在以下网址找到：<https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

费用批准

批准费用的要求确保代表将获得代表受益人在 HHS 之前执行的服务的公允价值，并为受益人提供一种费用被确定为合理的安全措施。在批准请求的费用时，OMHA 或 Medicare 上诉委员会将考虑所提供服务的性质和类型、案件的复杂性、提供服务所需的技能和能力水平、在案件上花费的时间、取得的结果、代表提出上诉的行政复议级别以及代表要求的费用数额。

利益冲突

《美国法典》第 XVIII 篇第 203、205 和 207 条规定，美国的某些官员、雇员和前任官员和雇员在影响政府的事务中提供某些服务或协助或协助起诉针对美国的索赔。有利益冲突的个人被排除在 HHS 的受益人代表之外。

将此表格发送至何处

将此表格发送到您发送（或已经发送）您的相同位置：如果您提出上诉，则为上诉，如果您提出申诉或投诉，则为申诉或投诉，或者如果您请求初步决定或决定。如果需要其他帮助，请联系 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）或您的 Medicare 计划。

您有权以可访问的格式获取 Medicare 信息，例如大字体、盲文或音频。如果您觉得自己受到歧视，您也有权提出投诉。请访问 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 了解更多信息。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, is a Medicare Advantage organization with a Medicare contract. OneCare 的註冊取決於合同續簽。OneCare 遵循聯邦民權法律並且不不會因為種族，膚色，原國籍，年齡，殘障或性別而歧視任何人。如須聯絡 OneCare 客戶服務部門，請撥打免費電話 <1-877-412-2734> (TTY <711>) 服務時間為 <每週7天，每天24小時>。瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/onecare。

內附：

- 非歧視通知插頁[Material ID: <H5433_23MM003_C>]
- 多語言插頁[Material ID: <IR23_MM002_H5433_H7501>]

根据 1995 年的《减少文书工作法》，除非显示有效的 OMB 控制编号，否则任何人都无需对信息收集作出回应。此信息收集的有效 OMB 控制号是 0938-0950。准备和分发此集合所需的时间为每个通知 15 分钟，包括选择预印表格、完成表格并将其交付给受益人的时间。如果您对时间估计的准确性有任何意见或改进此表格的建议，请写信给 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。