

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên bên	Số Medicare (người hưởng quyền lợi với tư cách là một bên) hoặc Số nhận dạng nhà chăm sóc sức khỏe quốc gia (nhà chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp với tư cách là một bên)
---------	--

Mục 1: Chỉ định người đại diện

Được hoàn thành bởi bên tìm kiếm đại diện (tức người hưởng quyền lợi Medicare, nhà chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp):

Tôi chỉ định cá nhân này, có tên trong Mục 2, làm người đại diện của tôi liên quan đến yêu cầu bảo hiểm của tôi hoặc quyền được khẳng định theo Tiêu đề XVIII của Đạo luật an sinh xã hội ("Đạo luật") và các quy định liên quan của Tiêu đề XI của Đạo luật. Tôi cho phép cá nhân này, thay mặt tôi hoàn toàn, thực hiện bất kỳ yêu cầu nào; trình bày hoặc lấy bằng chứng; nắm được thông tin về các kháng cáo; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến yêu cầu bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại hoặc yêu cầu của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định bên dưới.

Chữ ký của bên tìm kiếm đại diện	Ngày	
Địa chỉ đường phố	Số điện thoại (có Mã vùng)	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Địa chỉ email (không bắt buộc)	Số Fax (không bắt buộc)	

Phần 2: Chấp nhận sự chỉ định

Do người đại diện hoàn thành:

Tại đây, tôi, _____, xin chấp nhận sự chỉ định trên. Tôi xác nhận rằng tôi không bị loại do không đủ tư cách, bị tạm ngừng hoặc cấm hành nghề trước Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Health and Human Services, HHS); rằng tôi, với tư cách là nhân viên hiện đang làm việc hoặc cựu nhân viên của Hoa Kỳ, không bị tước quyền hoạt động với tư cách là người đại diện của bên đó; và tôi thừa nhận rằng Bộ trưởng có thể xem xét và phê duyệt bất kỳ khoản phí nào.

Tôi là _____
(Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ, ví dụ: luật sư, người thân, v.v.)

Chữ ký của người đại diện	Ngày	
Địa chỉ đường phố	Số điện thoại (có Mã vùng)	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Địa chỉ email (không bắt buộc)	Số Fax (không bắt buộc)	

Mục 3: Từ bỏ phí đại diện

Hướng dẫn: Phần này phải được hoàn thành nếu người đại diện được yêu cầu hoặc chọn từ bỏ phí đại diện của họ. (Lưu ý rằng các nhà chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp đại diện cho người hưởng quyền lợi và đã cung cấp các vật phẩm hoặc dịch vụ không thể tính phí đại diện và phải hoàn thành phần này.)

Tôi từ bỏ quyền tính phí và thu phí đại diện cho _____ trước Bộ trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Mục 4: Miễn thanh toán đối với các vật phẩm hoặc dịch vụ khi có vấn đề

Hướng dẫn: Các nhà chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp làm đại diện cho người hưởng quyền lợi mà họ đã cung cấp các vật phẩm hoặc dịch vụ phải hoàn thành phần này nếu kháng cáo liên quan đến vấn đề về trách nhiệm pháp lý theo mục 1879(a)(2) của Đạo luật. (Mục 1879(a)(2) nhìn chung đề cập đến việc liệu một nhà chăm sóc sức khỏe/nhà cung cấp hoặc người hưởng quyền lợi có phải là không biết, hoặc theo phán xét hợp lý là không thể biết, rằng các vật phẩm hoặc dịch vụ được đề cập sẽ không được Medicare đài thọ.)

Tôi từ bỏ quyền thu tiền từ người hưởng quyền lợi đối với các vật phẩm hoặc dịch vụ được đề cập trong kháng cáo này nếu việc xác định trách nhiệm pháp lý theo §1879(a)(2) của Đạo luật được xét đến.

Chữ ký	Ngày
--------	------

HƯỚNG DẪN VÀ YÊU CẦU QUY ĐỊNH

Hướng dẫn:

Tên (bắt buộc): Đây là tên của cá nhân hoặc tổ chức có quyền nộp đơn yêu cầu thanh toán hoặc kháng cáo (tên của người có Medicare hoặc tên của nhà chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp).

Số Medicare hoặc Mã Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia (bắt buộc): Phần này phải được hoàn thành khi cá nhân hoặc tổ chức chỉ định người đại diện có số Medicare hoặc Mã Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia. Nếu không có thì điền vào ô "không áp dụng".

Tất cả các trường trong Mục 1 và 2 là bắt buộc trừ khi được ghi chú là trong trường này là không bắt buộc. Xem quy định tại [42 CFR 405.910](#).

Tính phí đại diện cho người hưởng quyền lợi trước Bộ trưởng HHS

Luật sư hoặc người đại diện khác cho người hưởng quyền lợi, nếu muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan đến kháng cáo trước Bộ trưởng HHS (ví dụ như một phiên điều trần của Thẩm phán luật hành chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc xem xét của luật sư xét xử thuộc Văn phòng Điều trần và Kháng cáo Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), xem xét của Hội đồng Kháng cáo Medicare, hoặc một vụ kiện trước OMHA hoặc Hội đồng Kháng cáo Medicare do tòa án quận liên bang trả về để xử lý), thì cần xin phê duyệt khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Mẫu OMHA-118, "Đề nghị Phê duyệt Khoản phí Đại diện cho Người thụ hưởng" cung cấp thông tin cần thiết cho đề nghị yêu cầu nộp phí. Người đại diện phải điền đầy đủ thông tin và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần của ALJ, xem xét của OMHA hoặc yêu cầu Hội đồng Kháng cáo Medicare xem xét. Việc phê duyệt phí của người đại diện là không bắt buộc nếu: (1) người kháng cáo được đại diện là nhà chăm sóc hoặc nhà cung cấp; (2) khoản phí dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức, chẳng hạn như dịch vụ của người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện tương tự do tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt mức phí được đề cập; (3) phí để đại diện cho người hưởng quyền lợi trong một vụ kiện tại tòa án quận liên bang; hoặc (4) phí để đại diện cho người hưởng quyền lợi trong việc xác định lại hoặc xem xét lại. Nếu người đại diện muốn miễn một khoản phí thì họ có thể làm như vậy. Quý vị có thể tìm mẫu OMHA-118 tại: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Phê duyệt phí

Yêu cầu phê duyệt phí đảm bảo rằng người đại diện sẽ nhận được giá trị hợp lý cho các dịch vụ được thực hiện trước HHS thay mặt cho người hưởng quyền lợi và cung cấp cho người hưởng quyền lợi một biện pháp bảo đảm rằng các khoản phí được xác định là hợp lý. Khi phê duyệt khoản phí được yêu cầu, OMHA hoặc Hội đồng Kháng cáo Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, mức độ kỹ năng và khả năng cần thiết khi cung cấp dịch vụ, lượng thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính mà người đại diện thực hiện kháng cáo và số tiền phí mà người đại diện yêu cầu.

Xung đột Lợi ích

Các mục 203, 205 và 207 của Tiêu đề XVIII thuộc Bộ luật Hoa Kỳ quy định việc một số cán bộ, nhân viên cùng cựu cán bộ và nhân viên của Hoa Kỳ thực hiện một số dịch vụ nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng đến Chính phủ hoặc cứu trợ hoặc hỗ trợ trong việc truy tố các tuyên bố chống lại Hoa Kỳ là tội phạm hình sự. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm đại diện cho người thụ hưởng trước HHS.

Gửi mẫu đơn này ở đâu

Gửi mẫu đơn này đến cùng một địa điểm mà quý vị đang gửi (hoặc đã gửi): kháng cáo nếu quý vị đang nộp đơn kháng cáo, khiếu nại hoặc than phiền nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại hoặc than phiền, hoặc một bản xác định hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu bản xác định hoặc quyết định ban đầu. Nếu quý vị cần được trợ giúp thêm, hãy liên hệ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, người dùng TTY gọi 1-877-486-2048) hoặc chương trình Medicare.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, chẳng hạn như bản in cỡ 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 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Theo Đạo luật Giảm Công việc Giấy tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có một số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân bổ việc thu thập này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn mẫu in sẵn, hoàn thành và chuyển đến người hưởng quyền lợi. Nếu quý vị có nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của các ước tính thời gian hoặc đề xuất nhằm cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư cho CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.