

代表委托书

委托方姓名	Medicare 号码 (受益人为委托方) 或国家提供者标识符 (提供者或供应商为委托方)
-------	---

第 1 节: 代表委托书

由委任代表的一方 (即, Medicare 受益人、提供者或供应商) 填写:

本人委任第 2 节所载个人作为本人代表, 代为处理本人于 Social Security Act (《社保法》) (以下简称“法案”) 第十八条及法案第十一条相关条款项下的索赔或声明权利相关事宜。本人授权此人全权代表本人提出任何申请; 呈示或提呈证据; 获取上诉信息; 以及接收与本人的索赔、上诉、申诉或申请有关的任何通知。本人了解, 与本人的申请有关的个人医疗信息可能会披露予下方所列代表。

委任代表方签名	日期	
街道地址	电话号码 (附区域编码)	
城市	州	邮政编码
电子信箱 (选填)	传真号码 (选填)	

第 2 节: 接受委任

由代表填写:

本人, _____, 谨此接受上述委任。本人证明, 本人未被 Department of Health and Human Services (HHS, 美国卫生和公共服务部) 取消执业资格、暂停或禁止执业; 本人未因现任或曾任美国政府职员而丧失成为委托方代表的资格; 且本人确认, 任何费用均可能须经部长审核和批准。

本人是 _____
(职业状况或与委托方的关系, 例如律师、亲属等)

代表签名	日期	
街道地址	电话号码 (附区域编码)	
城市	州	邮政编码
电子信箱 (选填)	传真号码 (选填)	

第 3 节: 代表费用豁免

说明: 若代表选择或被要求豁免其代表费用, 则必须填写此部分。(请注意, 担任受益人代表并提供用品或服务的提供者或供应商不得收取代表费用, 且必须填写此部分。)

本人于 HHS 部长面前声明放弃 _____ 就担任代表索要和收取费用的权利。

签名	日期
----	----

第 4 节: 免除争议用品或服务的付款

说明: 若上诉涉及法案第 1879(a)(2) 条项下的法律责任争议, 则担任受益人代表并向其提供用品或服务的提供者或供应商必须填写此部分。(一般而言, 第 1879(a)(2) 条旨在解决提供者/供应商或受益人均不知道或无法合理预知 Medicare 不承保争议用品或服务的情况)。

若法案第 §1879(a)(2) 条项下的法律责任厘定存在争议, 本人放弃就此上诉中的争议用品或服务向受益人收取费用的权利。

签名	日期
----	----

说明与法规要求

说明

委托方姓名（必填）：这是有权提出索赔或上诉的个人或实体的姓名或名称（拥有 Medicare 的人士、提供者或供应商姓名或名称）。

Medicare 号码或国家提供者标识符（必填）：若委任代表的个人或实体有 Medicare 号码或国家提供者标识符，则须填写此项。如果不适用，请填写“不适用”。

除非字段内注明为选填，否则第 1 节和第 2 节的所有字段均为必填。请参阅 [CFR 第 42 篇第 405.910](#) 条的规定。

于 HHS 部长面前声明就担任受益人代表收取费用

律师或受益人的其他代表如希望就提供的服务收取费用，且该等服务与 HHS 部长审判的上诉（即，Administrative Law Judge (ALJ, 行政法官) 听证会或 Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Medicare 听证与上诉办公室) 裁判员审查、Medicare Appeals Council (Medicare 上诉委员会) 审查，或因联邦地方法院发回候审而由 OMHA 或 Medicare Appeals Council 审判的诉讼) 有关，则需根据 CFR 第 42 篇第 405.910(f) 条获得批准。

表格 OMHA-118 “获取代表受益人费用的申请书”表载有费用申请所需信息。该表格应由代表填写，并与 ALJ 听证会申请、OMHA 审查申请或 Medicare Appeals Council 审查申请一并提交。在下述情况下无需就代表费用获得批准：(1) 所代表的上诉人为提供者或供应商；(2) 有关费用为以公职身份提供的服务费用（例如，法定监护人、委员会或法院委任的类似代表的费用，且法院已批准有关争议费用）；(3) 有关费用为在联邦地方法院诉讼中担任受益人代表的费用；或 (4) 有关费用为在重新裁决或重新审议时担任受益人代表的费用。如果代表希望放弃费用，其可如此行事。表格 OMHA-118 可在以下网址找到：<https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

费用批准

要求就有关费用获得批准，有助于确保代表就于 HHS 面前代表受益人履行的服务获得公平价值，并且能为受益人提供保障，确保所厘定的费用合理。在批准所申请的费用时，OMHA 或 Medicare Appeals Council 将考虑所提供服务的性质和类型、案件的复杂程度、提供服务时所需的技术和能力水平、在案件中花费的时间量、达成的结果、代表处理上诉的行政审查级别，以及代表申请的费用金额。

利益冲突

《美国法典》第十八章第 203、205 和 207 条规定，特定美国政府官员、职员及前任官员和职员在影响政府机构的事件中提供特定服务或在针对美国政府提出的索赔检控中提供协助或援助属犯罪行为。存在利益冲突的个人不得在 HHS 面前担任受益人的代表。

本表应寄送至何处

请将本表寄送至您即将寄送（或已经寄送）上诉（若您提出上诉）、申诉或投诉（若您提出申诉或投诉）、初始裁决或裁定（若您申请进行初始裁决或裁定）文件的相同地址。如需其他帮助，请致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，TTY 使用者请致电 1-877-486-2048）或联系您的 Medicare 计划。

您有权获得无障碍格式（例如大字印刷版、盲文或音频）的 Medicare 信息。如果您认为自己遭受歧视，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），以了解更多信息。TTY 使用者请致电 1-877-486-2048。

根据 Paperwork Reduction Act of 1995（《1995 年减少文书工作法》），除非信息收集注明有效 Office of Management and Budget（OMB，行政管理和预算局）控制编号，否则任何人无需对此作出回应。本次信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-0950。准备和分发此集合所需的时间为每份通知 15 分钟，包括选择预印表格、填写表格并将其交付给受益人的时间。如果您对时间预估的准确性有意见或有关于改进此表格的建议，请致函：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。