

Chỉ Định Người Đại Diện

Sử dụng mẫu đơn này để chỉ định người đại diện hành động thay mặt quý vị cho việc đòi quyền lợi, khiếu nại, phàn nàn hoặc yêu cầu. Bằng cách ký vào mẫu đơn này và chỉ định người đại diện này, quý vị đồng ý rằng người đại diện sẽ là người liên hệ chính và có thẩm quyền đưa ra yêu cầu, trình bày bằng chứng, lấy thông tin và tiếp nhận mọi 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 Mục 1 và Mục 2 đều là bắt buộc trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc.**

Mục 1: Thông tin về người chỉ định người đại diện

Mục này phải được hoàn thành bởi bệnh nhân, nhà cung cấp hoặc người khác chỉ định người đại diện.

Tên	Số Medicare hoặc Mã Số Nhà Cung Cấp Quốc Gia		
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -		
Thành phố	Tiểu bang 	Mã Bưu Chính 	
Email (không bắt buộc)	Fax (không bắt buộc) () -		
Chữ ký			Ngày ký (tháng/ngày/năm) / /

Mục 2: Thông tin về người đại diện

Mục này phải do người đại diện hoàn thành.

Tên người đại diện			
Tình trạng nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người trong Mục 1 (luật sư, người thân, v.v.)			
Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -		
Thành phố	Tiểu bang 	Mã Bưu Chính 	
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 chứng nhận trước Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) rằng quý vị chưa bị tước tư cách, đình chỉ hoặc cấm hành nghề hoặc bị tước tư cách làm người đại diện. Bất kỳ khoản phí nào được tính cho việc hành động với tư cách là người đại diện có thể phải được Bộ Trưởng xem xét và phê duyệt. Nếu quý vị tính phí, hãy đi đến hướng dẫn ở trang 2.			
Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm) / /		

Người đại diện phải hoàn thành các phần dưới đây, nếu áp dụng (đi tới hướng dẫn ở trang 2)

Mục 3: Miễn phí đại diện

Nhà cung cấp và nhà cung ứng đã cung cấp mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan không thể tính phí đại diện và phải ký 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 khi đại diện cho người trong Mục 1 trước Bộ Trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm) / /
--------	-----------------------------------

Mục 4: Miễn trừ thanh toán cho mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan

Nếu quý vị là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng và quý vị đã cung cấp mặt hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân mà quý vị đại diện, nếu khiếu nại liên quan đến câu hỏi 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 mặt hàng hoặc dịch vụ đó.

Tôi từ bỏ quyền thu tiền từ bệnh nhân đối với mặt hàng hoặc dịch vụ liên quan trong khiếu nại này nếu có quyết định về trách nhiệm theo §1879(a)(2) của Đạo Luật.

Chữ ký	Ngày ký (tháng/ngày/năm) / /
--------	-----------------------------------

Hướng Dẫn và Yêu Cầu về Quy Định

Hướng dẫn

Tất cả các trường trong Mục 1 và Mục 2 đều 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 Mã Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia, hãy điền vào “không áp dụng”. Truy cập 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)

Miễn Phí Đại Diện ở Mục 3 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 Mật Hàng hoặc Dịch Vụ Liên Quan ở Mục 4 là bắt buộc nếu nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đã cung cấp mật hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân đại diện cho bệnh nhân và trách nhiệm pháp lý (biết về việc không được bảo hiểm) theo §1879(a)(2) của Đạo Luật đang được đề cập trong khiếu nại này. Đi đến 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được xem là có hiệu lực trong một năm kể từ ngày mẫu đơn này được ký bởi cả người chỉ định người đại diện và người đại diện được chỉ định. Có thể sử dụng mẫu đơn đã hoàn tất cho khiếu nại hoặc hành động khác trong giai đoạn một năm mà mẫu đơn có hiệu lực. Trừ khi bị thu hồi, việc đại diện có hiệu lực trong thời hạn đòi quyền lợi, khiếu nại, phản nàn hoặc yêu cầu mà đã được đệ trình.

Thu phí đại diện cho bệnh nhân trước Bộ Trưởng HHS

Luật sư hoặc người đại diện khác của bệnh nhân muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan đến đơn khiếu nại trước Bộ Trưởng HHS [ví dụ: phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc quy trình xem xét của luật sư phân xử trọng tài do Văn Phòng Điều Trăn và Khiếu Nại Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) thực hiện, quy trình xem xét của Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Medicare Appeals Council) hoặc thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare do kết quả của lệnh trả lại từ tòa án phân xử liên bang], phải có sự phê duyệt về khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện phải hoàn thành mẫu OMHA-118, “Thỉnh Cầu Phê Duyệt Phí Đại Diện cho Người Thụ Hưởng” và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần trước ALJ, việc xem xét của OMHA hoặc yêu cầu Hội Đồng Khiếu Nại Medicare xem xét. Không cần phê duyệt phí nếu: (1) người khiếu nại được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) phí dành cho dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện tương tự do tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt phí; (3) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình tố tụng tại tòa án phân xử liên bang; hoặc (4) phí dành cho việc đại diện cho bệnh nhân trong quá trình xác định lại hoặc xem xét lại. Người đại diện được phép miễn phí nếu muốn. Lấy mẫu đơn 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 hoặc nhà cung ứng đã cung cấp mật hàng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân Medicare là đối tượng của khiếu nại có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong việc khiếu nại. Tuy nhiên, nhà cung cấp 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 phí

Yêu cầu phê duyệt phí đảm bảo rằng người đại diện được trả công xứng đáng cho các dịch vụ của họ và phí đối với bệnh nhân là hợp lý. Khi phê duyệt phí theo yêu cầu, OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của trường hợp, mức độ kỹ năng và năng lực cần thiết, lượng thời gian dành cho trường hợp, 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 Phần XVIII trong Bộ Luật Hoa Kỳ quy định rằng một số viên 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 đòi quyền lợi 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.

Nơi để gửi mẫu đơn này

Gửi mẫu đơn này đến cùng địa điểm quý vị gửi đơn đòi quyền lợi, khiếu nại, phản nàn hoặc yêu cầu.

Nhận trợ giúp và xem thêm thông tin

Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này, hãy liên lạc với chương trình Medicare hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng dễ tiếp cận, như chữ in khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền nếu 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 Thiểu Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act): Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ năm 1995, không có cá nhân nào cần phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin đó hiển thị 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 phối việc thu thập này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm thời gian chọn mẫu đơn đã in sẵn, hoàn thành mẫu đơn đó và gửi cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có ý kiến về tính chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư tới địa chỉ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Mẫu Đơn Ủy Quyền Hội Viên

Tôi _____ chỉ định _____ đại diện
được ủy quyền của tôi, để hành động thay mặt tôi cho các dịch vụ của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế
Inland Empire Health Plan (IEHP) được mô tả dưới đây.

THÔNG TIN HỘI VIÊN:

BẮT BUỘC

Tên Hội Viên

Mã Số Hội Viên hoặc SSN

Ngày Sinh Của Hội Viên

THÔNG TIN ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:

BẮT BUỘC

Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Quan Hệ Với Hội Viên

Địa Chỉ Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Số Điện Thoại Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

DỊCH VỤ ĐƯỢC ỦY QUYỀN (chọn bất kỳ hoặc tất cả các mục sau):

BẮT BUỘC

Việc chỉ định này cho phép Người Đại Diện Được Ủy Quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ dành cho hội viên IEHP sau:

- ☐ Yêu Cầu Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của Tôi
- ☐ Thay Đổi Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) của tôi
- ☐ Thay đổi IPA hoặc Nhóm y tế được chỉ định của tôi
- ☐ Gửi Khiếu nại hoặc Kháng cáo (chỉ dành cho Medi-Cal)
- ☐ Thay đổi thông tin nhân khẩu học của Hội Viên (địa chỉ, số điện thoại, v.v.)
- ☐ Hoàn thành Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe hoặc Đánh Giá khác để hỗ trợ kế hoạch chăm sóc của tôi
- ☐ Khác: _____

MỤC ĐÍCH & QUYỀN CỦA HỘI VIÊN:

BẮT BUỘC

Bằng cách điền vào chỉ định này, tôi đồng ý để người đại diện được ủy quyền của tôi thay mặt tôi thực hiện các dịch vụ dành cho hội viên IEHP đã chọn ở trên.

IEHP và người đại diện được ủy quyền của tôi chỉ có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, hoặc PHI) cần thiết ở mức tối thiểu và các thông tin riêng tư khác để thực hiện các dịch vụ của IEHP.

Tôi hiểu rằng tôi không phải ký vào Chỉ Định này, và việc này hoàn toàn tự nguyện. Việc tôi từ chối sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tôi được điều trị, thanh toán hoặc đủ điều kiện nhận phúc lợi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao. Tôi hiểu thêm rằng nếu thông tin được cung cấp bởi Ủy Quyền này được tiết lộ (được cung cấp) cho người hoặc cơ quan khác thì thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang (HIPAA). Tuy nhiên, luật pháp tiểu bang California không cho phép người nhận thông tin sức khỏe theo Ủy Quyền này tiết lộ thông tin đó, trừ khi tôi nhận được Ủy Quyền mới cho việc tiết lộ đó hoặc trừ khi việc tiết lộ đó được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép cụ thể.

Mẫu Đơn Ủy Quyền Hội Viên

BẮT BUỘC

Tôi biết rằng tôi có thể dừng (thu hồi) chỉ định này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới IEHP theo địa chỉ:

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: 909-890-5877 | Email: MemberServices@iehp.org

Việc chỉ định này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày ký, hoặc như được nêu ở đây: _____ (ngày kết thúc).

SỰ CHẤP THUẬN CỦA ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:

BẮT BUỘC

Tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu rằng:

- Hội viên IEHP có thể hủy bỏ chỉ định này bất kỳ lúc nào và chỉ định (các) cá nhân khác làm đại diện được ủy quyền của mình;
- Tôi không có quyền hành động thay mặt Hội Viên, ngoại trừ các dịch vụ IEHP như đã nêu ở trên;
- Tôi không được phép chuyển hoặc chỉ định lại chỉ định của mình. Tôi xác nhận rằng:
- Tôi chưa bao giờ bị loại, bị đình chỉ hoặc bị cấm hành nghề trước Cơ quan An sinh Xã hội (SSA) hoặc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS).
- Tôi không phải là nhân viên hiện tại hoặc cựu nhân viên của Hoa Kỳ, đã bị loại khỏi tư cách Đại Diện Ủy Quyền của Hội Viên

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp nhận sự chỉ định này:

Chữ Ký Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

CHỮ KÝ HỘI VIÊN:

BẮT BUỘC

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi ủy quyền cho việc chỉ định này:

Chữ Ký Hội Viên

Ngày

VUI LÒNG HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC PHẦN, KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI MẪU ĐƠN NÀY ĐẾN:

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: 909-890-5877
Email: MemberServices@iehp.org

CHỈ DÀNH CHO SỬ DỤNG NỘI BỘ

Ủy Quyền Chứa Thông Tin Đặc Quyền Và Bảo Mật.

©2025 Inland Empire Health Plan. Một Tổ Chức Công. Bảo Lưu Mọi Quyền. MS_25_6779440_VI

Đã chỉnh sửa 07-2025

Trang 2 / 2