

委任代表

請使用本表格指定代表，針對您的理賠、上訴、申訴或要求代表您行事。您簽署本表格並指定此代表，即表示同意代表將擔任主要聯絡人，並有權提出請求、提供證據、取得資訊並收到與您的行動有關的所有通訊。該人士可能可查看您的個人醫療資訊。**第 1 和第 2 部分的所有欄位均為必填，除非該欄位註明為選填。**

第 1 部分:有關代表之指定人的資訊
此部分必須由指定代表的患者、醫療服務提供者或其他人填寫。

姓名	Medicare 編號或全國醫療服務提供者識別號碼	
通訊地址	電話號碼 (含區碼) () -	
城市	州 	郵遞區號
電子郵件 (選填)	傳真 (選填) () -	
簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /	

第 2 部分:有關代表的資訊
此部分必須由代表填寫。

代表姓名		
專業身分或與第 1 部分所列人士的關係 (律師、親戚等)		
通訊地址	電話號碼 (含區碼) () -	
城市	州 	郵遞區號
電子郵件 (選填)	傳真 (選填) () -	

您在下方簽名，即表示您同意擔任代表，並證明您尚未被衛生與公眾服務部 (HHS) 取消資格、停權或禁止執業，或以其他方式被取消擔任代表的資格。擔任代表所收取的任何費用可能必須經部長審查及批准。如果您要收取費用，請參閱第 2 頁的說明。

簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /
----	-------------------------------

代表必須填寫下列部分 (如適用) (請參閱第 2 頁的說明)

第 3 部分:放棄收取代表費用
提供本案用品或服務的醫療服務提供者和供應商不得收取代表費用，且必須在下方簽名同意放棄收取費用。選擇放棄收取代表費用的代表也必須在下方簽名。
我放棄對於在 HHS 部長前代表第 1 部分所列人士而收費及追討費用之權利。

簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /
----	-------------------------------

第 4 部分:放棄對本案用品或服務收取款項
如果您是醫療服務提供者或供應商，且您向您要代表的患者提供用品或服務，若上訴涉及您或患者是否不知道或合理來說不可能知道的問題，則 Medicare 不承保這些用品或服務。
如果根據社安法第 1879(a)(2) 條規定做成責任裁定，我放棄向患者收取本上訴中相關用品或服務款項的權利。

簽名	簽名日期 (月 / 日 / 年) / /
----	-------------------------------

說明和法規要求

說明

第 1 和第 2 部分的所有欄位均為必填，除非該欄位註明為「選填」。如果指定代表的個人或實體沒有 Medicare 編號或全國醫療服務提供者識別號碼，請填寫「不適用」。請參閱聯邦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910 條：

[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)

當代表必須或已同意放棄或不收取代表費用時，必須填寫第 3 部分「放棄收取代表費用」，表示放棄收取代表費用。如果向患者提供用品或服務的醫療服務提供者或供應商代表患者，且根據社安法第 1879(a)(2) 條規定對患者的責任（知悉不承保一事）是上訴爭議事項，則必須填寫第 4 部分「放棄對本案用品或服務收取款項」。請參閱聯邦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 條。

代表委任視為自本表格簽署日期起一年內有效，並由代表指定人及受指定之代表雙方簽署日期起計。填妥的表格可於其一年有效期間內的其他上訴或行動中使用。除非被撤銷，否則代表在提出的理賠、上訴、申訴或要求期間具有效力。

對於在 HHS 部長前代表患者收取費用

對於向 HHS 部長提出的上訴（即行政法官 (ALJ) 聽審、Medicare 聽證與上訴辦公室 (OMHA) 的律師審裁官審查、Medicare 上訴委員會審查，或 OMHA 審理的訴訟或聯邦地方法院發回 Medicare 上訴委員會更審的訴訟），患者的律師或其他代表若希望收取相關服務費用，必須根據聯邦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 條規定取得費用批准。

代表應填寫 OMHA-118 表格「聲請批准對代表受益人一事收取費用」並將其與 ALJ 聽審要求、OMHA 審查要求或 Medicare 上訴委員會審查要求一起提交。以下情況時無需費用批准：(1) 要代表的上訴人是醫療服務提供者或供應商；(2) 費用是為了支付以法定監護人、委員會或類似的法院指定代表等正式身分提供的服務，且法院已批准相關費用；(3) 費用是為了支付在聯邦地方法院訴訟中代表患者的費用；或 (4) 費用是為了支付在重新裁決或重新考慮過程中代表患者的費用。若代表選擇即獲准可放棄收取費用。請在此處取得 OMHA-118 表格：**[HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)**

向 Medicare 患者提供上訴相關用品或服務的醫療服務提供者或供應商可代表該患者提出上訴，但醫療服務提供者或供應商不得向受益人收取與代表相關的任何費用。（聯邦法規法典 (CFR) 第 42 篇第 405.910(f)(3) 條。）

批准費用

費用批准規定可確保代表能對其服務收取公平費用，並確保患者支付合理費用。在批准要求的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮提供的服務性質和類型、案件複雜度、所需的技能和能力級別、案件花費的時間、得到的結果、需要的行政審查級別，以及要求的費用金額。

利益衝突

美國法典第 XVIII 篇第 203、205 和 207 條規定，在涉及影響政府的事務方面，特定美國現任或前任官員和僱員若提供特定服務或幫助或協助對美國政府提出訴訟，將屬於刑事犯罪行為。有利益衝突的個人不得在 HHS 前擔任患者代表。

本表格寄送地點

將本表格寄送到您寄送理賠、上訴、申訴或要求的同一地點。

取得協助及更多資訊

如對本表格有疑問，請聯絡您的 Medicare 計劃或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

您有權獲得無障礙格式的 Medicare 資訊，如大字體、盲人點字或語音版本。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。請造訪 **[Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)** 或致電 1-800-MEDICARE 取得更多資訊。

会员授权表

我, _____, 委任 _____ 作为我的授权代表, 代我处理下述 Inland Empire Health Plan (IEHP) 服务相关事务。

会员信息:

必填

会员姓名 会员识别号码 (ID) 或社会安全号码 (SSN) 会员出生日期 (DOB)

授权代表信息:

必填

授权代表姓名 与会员的关系

授权代表地址 授权代表日间电话号码

获得授权的服务 (选择以下任何或所有项目):

必填

此项委任让我的授权代表可以代我处理以下 IEHP 会员服务:

- ☐ 索取我的受保护健康信息 ☐ 更换我的基本保健医生 (PCP)
☐ 变更我的指定独立医生协会 (IPA) 或医疗团体 ☐ 提出申诉或上诉 (仅适用于 Medi-Cal)
☐ 变更我的会员基本信息 (地址、电话号码等)
☐ 完成健康风险评估或其他评估以帮助制定我的护理计划
☐ 其他: _____

目的和会员权利:

必填

填写此委任书即表示我同意我的授权代表代我处理上方所勾选的 IEHP 会员服务相关事务。

IEHP 和我的授权代表仅可在执行 IEHP 服务时, 分享最低限度的必要受保护健康信息 (PHI) 及其他私人信息。

我了解我不一定要签署此委任书, 且签署此委任书纯属自愿。拒绝签署此委任书将不会影响我能否获得治疗、付款或福利资格。我了解我有权获得一份副本。我进一步了解, 如果根据本授权书所提供的信息被披露 (提供) 给其他人或机构, 该信息可能将不再受到联邦保密法 (健康保险可携性及问责法案 [HIPAA]) 的保护。不过, 加州法律不允许根据本授权书接收健康信息的人士披露该信息, 除非通过我获得此类披露的新授权, 或除非法律明确要求或允许此类披露。

我知悉, 我可以随时向 IEHP 发送书面要求以终止 (撤销) 此委任:

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

此委任即刻生效, 且自签署日期起有效期限为一年; 或如此处所示: _____ (终止日期)。

会员授权表

授权代表接受委任：**必填**

我已阅读此表格并了解：

- IEHP 会员可随时撤销此委任, 并委任其他人作为其授权代表；
- 除上述 IEHP 服务外, 我没有其他权利代表会员行事；
- 我不得转让或重新指定我的委任。

我证明：

- 我从未被社会安全局或卫生与公众服务部取消资格、暂停或禁止参与相关事务。
- 我不是美国政府的现任或前任雇员, 亦未被取消担任会员授权代表的资格。

在下方签名即表示我特此接受此委任：

授权代表签名

日期

会员签名：**必填**

在下方签名即表示我特此授权此委任：

会员签名

日期

请填写所有部分、签名并将此表格交回至：

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

传真: 909-890-5877

电邮: MemberServices@iehp.org