



任命代理人

當事方姓名	Medicare 號碼 (若當事方是受益人) 或 全國 醫生識別號碼(若當事方是醫生或醫療
-------	--

第 1 部分：任命代理人

由任命代理人的當事方填寫 (例如：**Medicare** 受益人、**醫生或醫療用品供應商**)：

本人任命此人士, 擔任本人的代理人, 負責處理與本人醫療理賠有關的事宜, 或負責主張《社會安全法案》(以下簡稱為「法案」) 第十八篇及該法案第十一篇相關條款所賦予本人的權利。本人授權此人士全權代表本人提出所有申請、提出證據或取證、取得上訴資訊以及收受與本人醫療索賠、上訴、申訴或申請有關的所有通知。本人瞭解, 他人可向下列代理人揭露與本人申請有關的個人醫療資訊。本人瞭解, 他人可向下列代理人揭露與本人申請有關的個人醫療資訊。

任命代理人的當事方簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (含區域號碼)	
城市	州	郵政編碼
電子郵箱 (可選)		

第 2 部分：接受任命

由代理人填寫：

本人, _____ 特此接受上述任命。本人證明, 本人並未遭到衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services, HHS) 吊銷執業資格、暫停執業或禁止執業; 另外, 身為美國政府的現任或前任員工, 本人並未喪失擔任當事方代理人的資格; 同時, 本人瞭解, 所有費用可能均必須交由衛生及公共服務部部長審查和核准。

本人為 (專業身分或與當事方的關係, 如律師、親人等)

代理人簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (含區域號碼)	
城市	州	郵政編碼
電子郵箱 (可選)		

第 3 部分：放棄代理費用：

說明：如果代理人按規定必須放棄或選擇放棄其代理費用，則必須填寫本部分。（請注意，代表受益人且為受益人提供醫療用品或服務的醫生或醫療用品供應商不得收取代理費用且必須填寫本部分。）本人放棄針對在 HHS 部長審查中擔任代理人一事收取及追討費用的權利。

簽名	日 月
----	--------

第 4 部分：放棄對有爭議的醫療用品或服務收取費用

說明：若上訴涉及法案第 1879(a)(2) 節所述的付款責任問題，則擔任受益人的代理人且為受益人提供醫療用品或服務的醫生或醫療用品供應商必須填寫本部分。（第 1879(a)(2) 節大致說明了醫生／醫療用品供應商或受益人是否不知道或者在合理情況下可能無法得知有爭議的醫療用品或服務不屬於 Medicare 的承保範圍。）如果根據法案第 1879(a)(2) 節規定所作出的責任裁決有爭議，本人願放棄針對本上訴中有爭議的醫療用品或服務向受益人收取費用的權利。

簽名	日 月
----	--------

針對在公共服務部秘書面前代表受益人收取費用一事

律師或其他受益人的代理人若想針對在向公共服務部秘書提出上訴期間（如行政法官 [Administrative Law Judge, ALJ] 聽證會、Medicare 聽證和上訴辦公室 [Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA] 進行律師仲裁員審查、Medicare 上訴委員會審查或因為聯邦地區法院發回重審而由 OMHA 或 Medicare 上訴委員會所進行的法律訴訟）所提供的服務收取費用，其必須根據《聯邦法規》第 42 章第 405.910 款 (f) 項的規定獲得費用的核准。

「代理人費用申請」表格列出了提出費用申請所需的資訊。該表格應由代理人填寫並且應在提出 ALJ 聽證會申請、OMHA 審查或 Medicare 上訴委員會審查申請時一併提出。若發生下述情況，代理人費用則無需獲得核准：(1) 代理人所代表的上訴人是醫生或醫療用品供應商；(2) 該費用是為了以官方身分所提供的服務而收取，如法定監護人、委員會或類似的法院指定代理人且法院已核准該有爭議的費用；(3) 該費用是為了在聯邦地區法院的訴訟中代表受益人所收取；或 (4) 該費用是為了在重審或複審中代表受益人所收取。如果代理人想要放棄收費權利，其可以這麼做。本表格正面的第三部分可用於此用途。如表格中所述，在某些情況下，代理人**必須**放棄代理費用

費用的核准

費用核准規定可確保代理人能夠就其代表受益人向 HHS 所提供的服務獲得公平的費用，且可為受益人提供保障措施，確保該費用的合理性。在審核費用申請時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將會考量代理人所提供之服務的性質和類型、案件的複雜程度、提供服務所需的技能和能力級別、為案件所花費的時間、達到的成果、代理人提出上訴的行政審查等級以及代理人所申請的費用金額。

利益衝突

根據《美國法典》第十八篇第 203、205 及 207 節的規定，美國政府的特定官員、員工及前任官員和員工若針對會對政府造成影響的案件提供特定服務，或者輔助或協助他人對美國政府提出醫療理賠，其行為將屬於刑事犯罪。有利益衝突的人士不得在 HHS 的審查中擔任受益人的代理人。

應將本表格寄至何處

請將本表格寄送至您在寄送（或已寄送）下列文件時所使用的相同地點：若您是提出上訴，請寄送至上訴文件的地點；若您是提出申訴或投訴，請寄送至申訴或投訴文件的地點；若您是申請初審裁決或裁定，請寄送至初審裁決或裁定文件的地點。如需其他協助，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或您的 Medicare 計劃。TTY 專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

您有權獲得 Medicare 資訊的其他格式，例如大字版、盲文版或音頻版。如果您認為您遭受歧視，您還有權提出投訴。瀏覽 <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取更多資訊。

根據 1995 年《縮減文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，否則任何人皆非必須回應資訊收集請求。本項資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-0950。準備和分發本資訊收集文件所需的時間為每份通知 15 分鐘，其中包括選擇預先印製好的表格、填寫表格及將表格寄送給受益人的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見，或是對改善本表格有任何建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。

CMS-1696 表格

OneCare Connect Cal MediConnect 計畫（Medicare-Medicaid 計畫）是一項健康計畫，它與 Medicare 和 Medi-Cal 簽訂合同，為參保者提供這兩個計畫的福利。OneCare Connect 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視。請致電 CalOptima OneCare Connect 客戶服務部門免費電話 1-855-705-8823 (TTY 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。