

APÉNDICE 9

Aviso estándar: Notificación de la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR) al proveedor o centro de servicios de salud y a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) para confirmar la recepción del acuerdo y acción para resolver la disputa

(Para uso de las entidades de SDR a partir del 1 de enero de 2022)

Instrucciones

De conformidad con la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública y sus reglamentaciones de implementación, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) tiene la obligación de establecer un proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores en el que una entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR, por sus siglas en inglés) pueda resolver una disputa sobre los pagos entre personas que no estén inscritas en un plan de salud colectivo ni en una cobertura de seguro de salud colectivo o individual, ni en un programa federal de servicios de salud, ni en un plan de beneficios de salud del programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) (las personas sin seguro), o que no deseen presentar una reclamación a su plan de salud colectivo, cobertura de seguro de salud o plan de beneficios de salud del FEHB (personas que pagan por cuenta propia), y un proveedor o centro de servicios de salud, o proveedor de servicios de ambulancia aérea, al determinar el importe que dicha persona debe pagar a su proveedor o centro de servicios de salud, o al proveedor de servicios de ambulancia aérea. De acuerdo con los criterios federales, las entidades de SDR deben estudiar los avisos de inicio del proceso para determinar que una persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) es elegible para disputar una factura.

Las partes pueden llegar a un acuerdo sobre el monto de su pago en cualquier momento después de que inicie el proceso de resolución de disputa, pero antes de que la fecha en que la entidad de SDR haga una determinación, ya sea mediante una oferta de asistencia financiera o mediante una oferta de aceptar una cantidad menor, o mediante un acuerdo por parte de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) de pagar los cargos facturados en su totalidad. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo sobre el monto del pago, el proveedor o centro debe notificarlo a la entidad de SDR por medio del portal federal de IDR, de manera electrónica o mediante un formulario impreso, lo antes posible y a más tardar 3 días hábiles después de la fecha del acuerdo.

La entidad de SDR debe usar este aviso para notificar al proveedor o centro de servicios de salud y a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) que ha recibido el acuerdo de pago y que la disputa se ha cerrado, o bien que la entidad de SDR necesita información adicional de las partes.

El HHS ha elaborado este aviso estándar para que los proveedores o centros y las personas sin seguro (o que pagan por cuenta propia) puedan confirmar que la entidad de SDR ha recibido el acuerdo de pago y ha cerrado el caso o necesita más información. Para usar este aviso estándar, la entidad de SDR debe rellenar los espacios en blanco con la información correspondiente.

NOTA: La información provista en estas instrucciones solamente pretende ser un resumen general e informal de las normas legales técnicas. No pretende sustituir a los estatutos, las reglamentaciones y las orientaciones formales sobre políticas en las que se basa. Los lectores deben consultar los estatutos, las reglamentaciones y otros materiales de interpretación aplicables para obtener información completa y vigente, incluyendo las reglas definitivas transitorias (IFR) del HHS tituladas [*Requisitos relacionados con las facturas sorpresivas; parte II*](#), publicadas el 7 de Octubre de 2022.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a contestar un petición de información que no presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuestos (OMB, por sus siglas en inglés).

El número de control válido de la OMB para esta petición de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para contestar esta petición de información es de 1.3 horas por respuesta en promedio, lo que incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar datos en los recursos existentes, reunir los datos necesarios y contestar y revisar la petición de información.

Toda la información recolectada conforme a esta iniciativa se mantendrá en estricto cumplimiento de los estatutos y las reglamentaciones que rigen los requisitos de confidencialidad. Por lo tanto, protegeremos la información conforme a los requisitos de la Ley del Servicio de Salud Pública, con las enmiendas de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales de 2021, las reglamentaciones promulgadas conforme a la HIPAA con sus enmiendas (45 CFR 160-164) y la Ley de Privacidad de 1974, con sus enmiendas (5 U.S.C. sección 552a). El HHS mantiene un sistema de registros para la recolección de información de identificación personal relacionada con las disputas de los reclamantes. El aviso del sistema de registros que corresponde a la información personal recolectada en los formularios y durante el proceso de PPDR se titula "Quejas contra emisoras de seguros de salud y planes de salud (CAHII)", número de sistema 09-70- 9005, disponible en <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.

Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo, o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, o envíe correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

Notificación de la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR) al proveedor o centro de servicios de salud y a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) para confirmar la recepción del acuerdo y acción correspondiente para resolver la disputa

Fecha

Nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o de su representante autorizado

Dirección de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o de su representante autorizado

Ciudad, estado, código postal de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o de su representante autorizado

Nombre del proveedor o centro de servicios de salud

Dirección del proveedor o centro de servicios de salud

Ciudad, estado, código postal del proveedor o centro de servicios de salud

Asunto: Decisión sobre el acuerdo del proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor referente a: Número de referencia: XXXXXXXX

[Nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o de su representante autorizado], [Nombre del proveedor o centro de servicios de salud]:

Hemos recibido y estudiado la información del acuerdo de [número de referencia: XXXXXXXX] enviada por [nombre del proveedor o centro de servicios de salud].

- [Marque esta casilla si se incluye toda la información.] El acuerdo cumple con todos los requisitos. [Nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) (o de su representante autorizado)] se ha comprometido a pagar [escribir el monto que la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) se ha comprometido a pagar] por concepto de [artículo o servicio en disputa]. Esta disputa se considera resuelta y cerrada, y se aplicará el monto del pago acordado.

Esta decisión es vinculante, a menos que existan acusaciones de fraude o falsedad en los datos que se nos presentaron, en cuyo caso usted puede tener derecho a otros remedios legales. Además, [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] puede ofrecer asistencia financiera o aceptar una oferta de pago de un monto menor, o [nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)] puede aceptar pagar los cargos facturados en su totalidad, o puede acordar el pago de un monto diferente con [nombre del proveedor o centro de servicios de salud]. Para ver más información, consulte <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

- [Marque esta casilla si falta información.] Falta información en el acuerdo. [Nombre del proveedor o centro de servicios de salud] debe entregar las siguientes cosas:
 - El monto acordado que pagará la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)
 - La fecha en que se llegó al acuerdo

- Documentos que demuestren que el proveedor o centro y la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) están de acuerdo con el monto acordado
- Comprobantes de que se ha aplicado un descuento de por lo menos la mitad de la tarifa administrativa al monto del pago definitivo del paciente
- Otra, explique:

Atentamente,

[Nombre de la entidad de SDR], entidad de resolución de disputas seleccionada

[Correo electrónico de la compañía]

[Teléfono de la compañía]

[Fax de la compañía]

DECLARACIÓN CONFORME A LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están autorizados para recibir la información de este formulario y sus documentos de sustento conforme a la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública (PHSA, por sus siglas en inglés), con la adición de la sección 112 de la Ley de No Sorpresas, título I de la división BB de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales, 2021 (ley pública 116-260). Necesitamos la información de este formulario para permitir que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cumpla con las obligaciones establecidas por la sección 2799B-7 de la PHSA y sus reglamentaciones de implementación, a fin de establecer y operar un proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores para ciertas personas sin seguro (o que paguen por cuenta propia) que reciban una factura que sea sustancialmente superior a la estimación de buena fe provista por un proveedor o centro de servicios de salud antes de que recibiera los artículos o servicios. Podemos usar esta información para procesar una solicitud de iniciar una disputa del pago, verificar la elegibilidad de una disputa para el proceso de PPDR y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR) que sea seleccionada para decidir una disputa. La información también puede usarse para los siguientes fines: (1) respaldar una decisión en una disputa; (2) ayudar en la operación y vigilancia constante del programa de PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de la entidad de SDR con las reglas del programa. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Pero en caso de no proporcionarla, puede demorarse o impedirse el procesamiento de una disputa, o podría provocar que una disputa se decida a favor del proveedor o centro.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: Toda la información recolectada conforme a esta iniciativa se mantendrá en estricto cumplimiento de los estatutos y las reglamentaciones que rigen los requisitos de confidencialidad. Por lo tanto, protegeremos la información conforme a los requisitos de la Ley del Servicio de Salud Pública, con las enmiendas de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales de 2021, las reglamentaciones promulgadas conforme a la HIPAA con sus enmiendas (45 CFR 160-164) y la Ley de Privacidad de 1974, con sus enmiendas (5 U.S.C. sección 552a). El HHS mantiene un sistema de registros para la recolección de información de identificación personal relacionada con las disputas de los reclamantes. El aviso del sistema de registros que corresponde a la información personal recolectada en los formularios y durante el proceso de PPDR se titula "Quejas contra emisoras de seguros de salud y planes de salud (CAHII)", número de sistema 09-70-9005, disponible en <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.