

الملحق رقم 1

الإخطار النموذجي: غير مناسب لحل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمة أو المعلومات الإضافية المطلوبة

(للاستخدام من قبل كيانات مختارة لحل النزاعات لإرساله إلى الأفراد غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتياً) أو ممثليهم المعتمدين بدءاً من 1 يناير 2022)

التعليمات:

بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة ولوائحه التنفيذية، يتعين على وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) إنشاء عملية لحل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمة، حيث يمكن لأحد كيانات حل النزاعات المختارة (SDR) حل نزاع بخصوص المدفوعات بين الأفراد غير المسجلين في خطة صحية جماعية، أو تغطية تأمين صحي جماعي أو فردي، أو برنامج رعاية صحية فيدرالي، أو خطة مزايا صحية لبرنامج المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين (FEHB) (الأفراد غير المؤمن عليهم)، أو ممن لا يسعون لتقديم مطالبة تخص خطتهم الصحية الجماعية، أو تغطية التأمين الصحي، أو خطة المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين (الأفراد الذين يدفعون ذاتياً)، والمزود بخدمات الرعاية الصحية، أو المنشأة ذات الصلة، أو المزود بخدمات الإسعاف الجوي من خلال تحديد المبلغ الذي يجب أن يدفعه هذا الشخص مقابل إلى المزود بخدمات الرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة أو المزود بخدمات الإسعاف الجوي. بموجب المعايير الفيدرالية، سترجع كيانات حل النزاعات المختارة إخطارات البدء لتحديد ما إذا كان الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتياً) مؤهلاً للاعتراض على الفاتورة.

سيتم استخدام هذا الإخطار من قبل حل النزاعات المختارة لإبلاغ الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتياً) أو ممثله المعتمد بأن الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتياً) غير مؤهل لحل النزاع أو أن طلبه لبدء حل النزاع لم يكن مكتملاً. إذا لم يكن التقديم مكتملاً، يبلغ الإخطار الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتياً) أو ممثله المعتمد بما هو مطلوب لإثبات الأهلية لحل النزاع.

ملاحظة: تهدف المعلومات المقدمة في هذه التعليمات فقط إلى أن تكون ملخصاً عاماً غير رسمي للمعايير القانونية الفنية. وليس المقصود منها أن تحل محل القوانين أو اللوائح أو توجيهات السياسة الرسمية التي تستند إليها. يجب على القراء الرجوع إلى القوانين واللوائح المعمول بها والمواد التفسيرية الأخرى للحصول على معلومات كاملة وحديثة.

بيان قانون الحد من الأعمال الورقية

وفقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم صحيح لمراقبة مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لجمع المعلومات هذا هو 0938-NEW. يُقدر الوقت اللازم لإكمال جمع المعلومات هذا بمتوسط 1.3 ساعة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى مراسلة: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية. بناءً على ذلك، فسنحمي المعلومات وفقاً لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة بموجب قانون

الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، بصيغته المعدلة (القسم 552a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات (PPDR) عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية" (CAHII)، رقم النظام 09-70-9005، المتاح على <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>

إذا كانت لديك تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى مراسلة: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850، أو إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

[Date]

[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative Name]
[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative Address]
[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative City,
State, Zip]

رد: المعلومات بشأن قضية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات الخاصة بك
الرقم المرجعي: XXXXXXXX

[Uninsured (or self-pay) Individual or Authorized Representative Name],

لقد تلقينا النموذج الخاص بك لبدء عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات، الرقم المرجعي [insert]
[number] ، الذي تم استلامه في [insert date].

بناءً على مراجعتنا، فأنت لست مؤهلاً لعملية حل النزاعات بين [If rejection based on eligibility]
[select all that apply from the following] المرضى والمزودين بالخدمات بسبب

لا تزيد الفاتورة المقدمة من أي مزود أو منشأة عن ما لا يقل عن \$400 عن تقدير النية الحسنة من
ذلك المزود أو تلك المنشأة.

[HHS received your form / your form was postmarked] في [insert date]،
والذي كان بعد 120 يومًا تقويميًا (أو أكثر) من التاريخ الموجود في الفاتورة.

على الرغم من أنه لا يمكنك استخدام عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات فيما يتعلق بهذه الفاتورة،
فلا يزال بإمكانك الاتصال بالمزود بخدمات الرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة، من المدرجين في تقدير حسن النية
للتفاوض بشأن الفاتورة وطلب المساعدة المالية. [END]

[If rejection based on deficiencies] بناءً على مراجعتنا، فنحن بحاجة إلى مزيد من المعلومات للتعامل
مع نزاعك. يُرجى إرسال ما يلي:

[List only deficiencies discovered]:

- اسم العنصر (العناصر) أو الخدمة (الخدمات) التي تريد المنازعة عليها
- التاريخ الذي حددت (أو طلبت تقدير التكلفة) فيه للعنصر (العناصر) أو الخدمة (الخدمات) التي تريد
المنازعة عليها
- التاريخ الذي تلقيت فيه العنصر (العناصر) أو الخدمة (الخدمات)
- وصف موجز للعنصر (العناصر) أو الخدمة (الخدمات)

- نسخة من فاتورة العنصر (العناصر) أو الخدمة (الخدمات) التي تريد المنازعة عليها
- نسخة من تقدير حسن النية أو أية وثائق أخرى للتكلفة المتوقعة لعنصر أو خدمة من المزود بالخدمات أو المنشأة ذات الصلة خاصة بك
- معلومات الاتصال الخاصة بالمزود بخدمات الرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة، بما في ذلك الاسم وعنوان البريد الإلكتروني ورقم الهاتف والعنوان البريدي
- دفع الرسوم الإدارية
- غير ذلك:

يُرجى إرسال هذه المستندات الداعمة أو الدفع بحلول { insert date that is 21 calendar days from the date on this letter } مستعينًا بأحد الخيارات التالية:

<p>عن طريق الإنترنت: insert Federal IDR webform] [GUID link here أو أرسله عبر البريد الإلكتروني إلى: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov البريد العادي: [SDR Entity Address]</p>	<p>الدفع عبر الإنترنت: [insert] payment information here] الدفع بالبريد: شيك أمين الصندوق أو حوالة بريدية مستحقة الدفع إلى [SDR Entity] الإرسال بالبريد إلى: [SDR Entity Address]</p>
--	---

يُرجى إدراج رقمك المرجعي [reference number] في جميع المستندات التي ترسلها.

بمجرد أن نتلقى معلوماتك، سنواصل عملية حل النزاع بين المريض والمزود بالخدمة. إذا لم تقم بالرد خلال 21 يومًا تقويمياً من تاريخ هذه الرسالة، فقد نرفض طلبك للاستعانة بعملية حل النزاع بين المريض والمزود بالخدمة. [END]

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

[SDR Entity]
[Address line 1]
[Address line 2]

إذا كانت لديك أسئلة حول حقوقك بموجب قانون عدم المفاجآت، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> أو اتصل بهذا الرقم 1-800-985-3059. إذا كنت تعتقد أن المزود بالخدمة الخاص بك ربما لا يتبع القواعد، أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov لتقديم شكوى. بإمكانك أيضاً إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة بهذا الإخطار.

بيان قانون الخصوصية: تُحوّل مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (CMS) بجمع المعلومات في هذا النموذج وأي وثائق داعمة بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة (PHSA)، كما تمت الإضافة بموجب المادة 112 من قانون عدم المفاجآت، القسم 1 من الفرع ب-ب من قانون الاعتمادات الموحدة، 2021 (المنشور L. 116-260). نحتاج إلى المعلومات الموجودة في النموذج لتمكين وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من تلبية المتطلبات بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة ولوائح التنفيذ لإنشاء وتفعيل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات لبعض الأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتياً) أو الأشخاص الذين يتلقون فاتورة تتجاوز بشكل كبير تقدير حسن النية المقدم من المزود بالرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة قبل استلام العناصر أو الخدمات. قد نستخدم هذه المعلومات للتعامل مع طلب لمباشرة نزاع حول الدفع، والتحقق من الأهلية للمنازعة لأجل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات، ولتحديد ما إذا كان هناك أي تضارب في المصالح مع كيان حل النزاعات (SDR) المختار الذي تم اختياره للفصل في النزاع. يجوز أيضاً استخدام المعلومات من أجل: (1) دعم القرار بشأن النزاع؛ (2) دعم التشغيل والإشراف المستمرين لبرنامج عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات؛ (3) تقييم امثال كيان حل النزاعات المختار لقواعد البرنامج. يُعد توفير المعلومات المطلوبة أمر تطوعي. لكن التخلف عن تقديمه قد يؤخر أو يمنع التعامل مع النزاع، أو قد يؤدي إلى الفصل في النزاع لصالح المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة.

بيان السرية: سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية وبناءً على ذلك، سنحمي المعلومات وفقاً لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة بموجب قانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، كما تم تعديله (القسم 552a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية" (CAHII)، رقم النظام 09-70-9005، المتاح على

[https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records.](https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records)