

## الملحق رقم 6

### الإخطار النموذجي: إخطار الفصل في حل النزاعات المختار المقدم إلى الأطراف بموجب قانون عدم المفاجآت

(للاستخدام من قبل كيانات حل النزاعات المختارة اعتبارًا 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 ذاتيًا)، 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، ستراجع كيانات حل النزاعات المختارة التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية إخطارات البدء لتحديد ما إذا كان الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) مؤهلاً للاعتراض على الفاتورة.

يجب استخدام هذا الإخطار من قبل كيانات حل النزاعات المختارة لإخطار الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) ومزود أو مرفق الرعاية الصحية بما إذا كان الفرق بين المبلغ الوارد في الفاتورة و"التقدير حسن النية" مبررًا أم لا وفقًا لعملية الفصل التنظيمية والمبلغ الذي يجب على الشخص غير المؤمن عليه دفعه لمزود أو مرفق الرعاية الصحية.

طورت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية نموذج هذا الإخطار بحيث يتم إبلاغ المزودين بالخدمة أو المرافق والأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا) بقرار كيان حل النزاعات المختار. لاستخدام نموذج الإخطار هذا، يجب على كيان حل النزاعات المختار تعبئة الفراغات بالمعلومات المناسبة.

**ملاحظة:** تهدف المعلومات المقدمة في هذه التعليمات فقط إلى أن تكون ملخصًا عامًا 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

وفقًا 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 NEW-0938. 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 أن تكتب إلى: 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، فسنعرض 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](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)

إخطار قرار كيان حل النزاعات المختار للأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا)

[Date]

[Patient or Authorized Representative Name]  
Patient or Authorized Representative Address  
[Patient or Authorized Representative City, State, Zip]

رد: رد على قرار عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات الرقم المرجعي:  
XXXXXXXXXX

[Patient or Authorized Representative Name]

لقد راجعنا المعلومات بخصوص Reference Number: [XXXXXXXXXX]. بناءً على مراجعتنا، فإن قرارنا هو أن [health care provider or facility name] [اختر واحدة: قام OR لم يقم] بتوفير ما يكفي من المعلومات الموثوقة لإثبات الفرق بين المبلغ الوارد في الفاتورة وتقدير حسن النية الذي يعكس تكاليف العنصر أو الخدمة الضرورية طبيًا ويستند إلى ظروف غير متوقعة لم يكن من الممكن توقعها بشكل معقول عندما تم تقديم تقدير حسن النية.

تبعًا لهذا القرار، يجب أن يدفع **[uninsured (or self-pay) individual name]** **[select one]: XXX دولار، والذي هو إجمالي الرسوم المتوقعة [for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** من التقدير حسن النية، ناقصًا رسوم الإدارة من 25 \$ التي دفعتها **OR** **YYY دولار** وهو الرسوم الواردة في الفاتورة **[for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** **ZZZ دولار، وهو المبلغ المتوسط الذي تدفعه خطة صحية جماعية أو جهة إصدار التأمين الصحي لذلك أو ما شابهه [AA services] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** بواسطة نفس المزود أو مزود مماثل في منطقتك الجغرافية. **[Uninsured (or self-pay) individual name]** يجب أن يدفع مباشرةً إلى **[health care provider or facility name]**.

يُعد هذا القرار مُلزمًا، ما لم تكن هناك ادعاءات بالاحتيايل أو تحريف للحقائق المقدمة إلينا، وفي هذه الحالة قد يكون لك الحق في الحصول على سبل انتصاف قانونية أخرى. أيضًا، فقد يقدم **[health care provider or facility name]** مساعدة مالية أو يوافق على عرض بمدفوعات أقل، أو قد يوافق **[Uninsured (or self-pay) individual name]** على دفع الرسوم الواردة في الفاتورة

بالكامل، أو قد يتفق مع [health care provider or facility name] على مبلغ مدفوعات مختلف.

لمزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك أسئلة حول حقوقك بموجب قانون عدم المفاجآت، يُرجى زيارة <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> أو اتصل بالرقم 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](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) لتقديم شكوى. بإمكانك أيضاً إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة بهذا الإخطار.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

[SDR Entity Name]، كيان حل النزاعات المختار

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

إخطار قرار كيان حل النزاعات المختار لمزود أو منشأة الرعاية الصحية

[Date]

[Patient or Authorized Representative Name]

Patient or Authorized Representative Address]

[Patient or Authorized Representative City, State, Zip]

رد: رد على قرار عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات الرقم المرجعي:

XXXXXXXXXX

[Health Care Provider or Facility]

لقد راجعنا المعلومات بخصوص [Reference Number]: [XXXXXXXXXX]. بناءً على مراجعتنا، فإن قرارنا هو أنكم **[select one]**: قام **OR** لم يقيم [بتوفير ما يكفي من المعلومات الموثوقة لإثبات الفرق بين المبلغ الوارد في الفاتورة وتقدير حسن النية الذي يعكس تكاليف العنصر أو الخدمة الضرورية طبيًا ويستند إلى ظروف غير متوقعة لم يكن من الممكن توقعها بشكل معقول عندما تم تقديم تقدير حسن النية.

**[If uninsured (or self-pay) individual prevailed:]**

بناءً على هذا القرار، يجب على [patient name] دفع \$ XXX، وهو إجمالي الرسوم المتوقعة

**[select one: [for AA service] [and BB item/service if needed and ]**

**CC item/service if needed etc.]** من التقدير حسن النية، ناقصًا رسوم الإدارة من 25

دولار التي دفعها الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) **OR** \$ ZZZ، وهو المبلغ المتوسط

لذلك أو ما شابهه **AA services] [and BB item/service if needed and CC**

**item/service if needed etc.]** من قبل نفس مزود الخدمات في منطقتك الجغرافية]. يجب

عليك الترتيب لمثل هذه الدفعة مباشرةً مع [uninsured (or self-pay) individual name].

**[If health care provider or facility prevailed:]**

بناءً على هذا القرار، يجب على [patient name] دفع \$ YYY، وهو الرسوم الواردة في الفاتورة

**[for AA service] [and BB item/service if needed and CC**

**item/service if needed etc.]**. يجب عليك الترتيب لمثل هذه الدفعة مباشرةً مع

[uninsured (or self-pay) individual name].

يُعد هذا القرار ملزمًا، ما لم تكن هناك ادعاءات بالاحتيال أو تحريف للحقائق المقدمة إلينا، وفي هذه الحالة قد يكون لك الحق في الحصول على سبل انتصاف قانونية أخرى. أيضًا، فقد يقدم [health care provider or facility name] مساعدة مالية أو يوافق على عرض بمدفوعات أقل، أو قد يوافق [Uninsured (or self-pay) individual name] على دفع الرسوم الواردة في الفاتورة بالكامل، أو قد يتفق مع [health care provider or facility name] على مدفوعات مختلفة.

للمزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك أسئلة حول حقوقك بموجب قانون عدم المفاجآت، يُرجى زيارة <https://www.cms.gov/nosurprises> أو الاتصال بالرقم 1-800-985-3059. بإمكانك أيضًا إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة بهذا الإخطار.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

[SDR Entity Name]، اسم كيان حل النزاعات المختار

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

**بيان قانون الخصوصية:** تُخوّل 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 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)