

الملحق رقم 8

الإخطار النموذجي: يقوم الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) والمزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة

بالتسوية على مبلغ الدفع بعد البدء في حل النزاع

بين المريض والمزود بالخدمة

(للاستخدام من قبل مزودي ومنشآت الرعاية الصحية بدءًا من 1 يناير 2022)

التعليمات:

بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة ولوائح التنفيذ، 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، سترجع كيانات حل النزاعات المختارة إخطارات البدء لتحديد ما إذا كان الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) مؤهلاً للاعتراض على الفاتورة.

هذا الإخطار مُخصَّص للاستخدام من قبل مزود أو منشأة الرعاية الصحية لإخطار كيان حل النزاعات المختار في حالة موافقة الطرفين على تسوية مبلغ الدفع بعد بدء عملية حل النزاع بين المريض ومقدم الخدمة وقبل اتخاذ كيان حل النزاعات المختار القرار. بينما لا يزال القرار من جانب كيان حل النزاعات المختار قيد اتخاذه، يجوز لطرفي عملية حل النزاع بين المريض والمزود بالخدمة (الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) وممثله المعتمد ومزود أو منشأة الرعاية الصحية) الاتفاق لحل النزاع عن طريق تسوية مبلغ الدفع. عندما يقوم الطرفان بتسوية المبلغ، تتطلب المعايير الفيدرالية من المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة إخطار كيان حل النزاعات المختار في موعد لا يتجاوز ثلاثة (3) أيام عمل بعد تاريخ الاتفاق.

طورت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية هذا الإخطار النموذجي حتى يتمكن المزودون بالخدمات أو المنشآت ذات الصلة من استخدامه لإبلاغ كيانات حل النزاعات المختارة بأنه قد تم التوصل إلى تسوية بين شخص غير مؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) ومزود أو منشأة الرعاية الصحية. لاستخدام نموذج الإخطار هذا، يجب على المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة 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، بما في ذلك القواعد النهائية المؤقتة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية [المتعلقة بالفواتير المفاجئة؛ الجزء الثاني](#)، تاريخ النشر 7 أكتوبر 2022.

ويجب على المزودين بالخدمات والمنشآت ذات الصلة عدم تضمين هذه التعليمات مع المستندات التي يقدمونها إلى كيانات حل النزاعات المختارة.

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 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، فسنعلمي 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 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 أو أرسل رسالة عبر البريد الإلكتروني إلى: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

إخطار مزود أو منشأة الرعاية الصحية بتسوية الدفع إلى كيان حل النزاعات المختار

يجب على مزود أو منشأة الرعاية الصحية إكمال هذا النموذج عندما يقوموا، بالشراكة مع الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) أو الممثل المعتمد للشخص، بحل نزاع حول الدفع خارج عملية حل النزاع.

تتطلب المعايير الفيدرالية من مزودي أو منشآت الرعاية الصحية إخطار كيان حل النزاعات المختار في موعد لا يتجاوز 3 أيام عمل بعد تاريخ التسوية.

يُرجى إكمال المعلومات بخصوص اتفاق الدفع.
تاريخ اليوم: _____ / _____ / _____
اسم كيان حل النزاعات المختار:
الرقم المرجعي:
اسم المزود بالخدمة/المنشأة ذات الصلة:
مبلغ الدفع المتفق عليه
تاريخ التوصل إلى اتفاق الدفع الجديد: _____ / _____ / _____
اختر واحدة:
<input type="checkbox"/> اتفقنا على مبلغ الدفع الجديد. مبلغ الدفع النهائي للشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) هو: دولار
<input type="checkbox"/> اتفقنا على توفير المساعدة المالية. مبلغ الدفع النهائي للشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) هو: دولار

معلومات الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا)		
اسم الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا):		
الاسم الأول	اسم الأب	اللقب
(اختياري) اسم الممثل المفوض:		
معلومات مزود/منشأة الرعاية الصحية،		
اسم مزود/منشأة الرعاية الصحية		
الشارع		
المدينة	الدولة	الرمز البريدي
البريد الإلكتروني		الهاتف
أوردت في هذا النموذج (قم بالتأشير على واحدة):		
<input type="checkbox"/> وثائق من و/أو موقعة من قبل الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) بالموافقة على مبلغ الدفع الجديد.		
<input type="checkbox"/> أقر بأن مبلغ الدفع النهائي المتفق عليه يتضمن استرداد ما لا يقل عن نصف تكلفة الرسوم الإدارية البالغة \$ 25 (\$12.50) التي يدفعها الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) أو الممثل المصرح له لطلب حل النزاع.		

بمجرد إرسال هذا النموذج، سيؤكد كيان حل النزاعات المختار استلام الوثائق ويخطر الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) بالرسوم الإدارية المخفضة. إذا كانت لديك أي أسئلة، فأرسل رسالة بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

للمزيد من المعلومات، قم بزيارة <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

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 ذاتيًا) 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 المختار الذي تم اختياره للفصل في النزاع. يجوز أيضًا استخدام المعلومات من أجل: (1) دعم القرار بشأن النزاع؛ (2) دعم التشغيل والإشراف المستمرين لبرنامج عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات؛ (3) تقييم امتثال 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 وفقًا 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>.