

الملحق رقم 9

الإخطار النموذجي: إخطار كيان حل النزاعات المختار لمزودي أو منشآت الرعاية الصحية والأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا) لتأكيد استلام تسوية المنازعات والإجراءات

(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، سترجع كيانات حل النزاعات المختارة إخطارات البدء لتحديد ما إذا كان الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) مؤهلاً للاعتراض على الفاتورة.

في أي وقت بعد بدء عملية حل النزاع لكن قبل التاريخ الذي يتم فيه اتخاذ القرار من قبل كيان حل النزاعات المختار، يمكن للأطراف تسوية مبلغ الدفع من خلال إما عرض المساعدة المالية أو عرض قبول مبلغ أقل، أو موافقة الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) على دفع الرسوم الواردة في الفواتير كاملةً في حالة اتفاق الأطراف على تسوية مبلغ الدفع، يجب على المزودون بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة إخطار كيان حل النزاعات المختار من خلال بوابة البوابة الفيدرالية لحل المنازعات بصورة مستقلة، إلكترونيًا أو ورقياً، في أقرب وقتٍ ممكن، لكن في موعد لا يتجاوز 3 أيام عمل بعد تاريخ إبرام الاتفاقية.

هذا الإخطار مُخصَّص للاستخدام من قبل كيان حل النزاعات المختار لإخطار مزود أو منشأة الرعاية الصحية والشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) بأنه قد تم استلام اتفاقية التسوية وتم إغلاق النزاع أو أن كيان حل النزاعات المختار يطلب معلومات إضافية من الأطراف.

طورت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية نموذج هذا الإخطار حتى يتمكن المزودون بالخدمة أو المنشآت ذات الصلة والأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا) من التأكد من أن كيان حل النزاعات المختار قد تلقى اتفاقية التسوية الخاصة بهم وأنه إما أغلق قضيتهم أو يحتاج إلى مزيد من المعلومات. 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، بما في ذلك القواعد النهائية المؤقتة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بعنوان المتطلبات المتعلقة بالفواتير المفاجئة؛ الجزء الثاني

<https://www.federalregister.gov/documents/2021/10/07/2021-21441/requirements-related-to-surprise-billing-part-ii>، تاريخ النشر 7 أكتوبر 2022

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.

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 بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

إخطار كيان حل النزاعات المختار لمزودي أو منشآت الرعاية الصحية والأشخاص غير المؤمن عليهم
(أو الذين يدفعون ذاتيًا) لتأكيد استلام تسوية المنازعات والإجراءات المقابلة

[Date]

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

[Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative Address]

Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative City, State, Zip

[Health Care Provider or Facility Name]

[Health Care Provider or Facility Address]

[Health Care Provider or Facility Name City, State, Zip]

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

XXXXXXXXXX

[Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative name],

[Health Care Provider or Facility name]

لقد تسلمنا وراجعنا معلومات التسوية بخصوص [XXXXXXXXXX :Reference Number] مقدمة

من قبل [Health Care Provider or Facility name].

[Check this box if all information is included.] اتفاقية التسوية تستوفي جميع

المتطلبات. وافق [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

Representative) name على الدفع [Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized

<https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

[Check this box if information is missing.] اتفاقية التسوية تفتقد للمعلومات.

[Health Care Provider or Facility name] العنصر المفقود المحدد أدناه:

مبلغ التسوية المتفق عليه الذي سيدفعه الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا).

تاريخ التوصل إلى التسوية

الوثائق التي تثبت أن المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة والشخص غير المؤمن

عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) قد وافقوا على التسوية

إثبات أنه قد تم تطبيق تخفيض لا يقل عن نصف مبلغ الرسوم الإدارية على مبلغ

الدفعة النهائية للمريض

أخرى، اشرح:

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)