

附錄 8

標準通知：無保險（或自費）個人和提供者或機構在啟動患者與提供者爭議解決後就付款金額進行和解

（自 2022 年 1 月 1 日起供醫療保健提供者和機構使用）

用法說明

根據《公共衛生服務法》第2799B-7 條及其實施條例，美國衛生與公眾服務部(HHS) 必須建立患者與提供者爭議解決程序，選定爭議解決(SDR) 實體可以在該程序中解決患者與提供者之間的爭議解決程序。未參加團體健康計劃、團體或個人健康保險、聯邦醫療保健計劃、聯邦僱員健康福利(FEHB) 計劃健康福利計劃（無保險個人）的個人之間的付款爭議不尋求透過確定個人必須向其支付的金額來向其團體健康計劃、健康保險或 FEHB 健康福利計劃（自費個人）以及醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者提出索賠他們的醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者。根據聯邦標準，特別提款權實體將審查啟動通知，以確定無保險（或自費）的個人是否有資格對帳單提出異議。

本通知供醫療保健提供者或機構用於在患者與提供者爭議解決流程啟動後、SDR 實體做出決定之前雙方同意就付款金額達成和解的情況下通知 SDR 實體。在 SDR 實體做出決定之前，患者與提供者爭議解決流程的兩 (2) 方（無保險（或自費）個人及其授權代表以及醫療保健提供者或醫療保健機構）可能會同意透過確定付款金額來解決爭議。當雙方就金額達成協議時，聯邦標準要求提供者或設施在達成協議之日後三 (3) 個工作天內通知 SDR 實體。

HHS 開發了此通知模型，以便提供者或機構可以使用它來通知 SDR 實體，無保險（或自費）個人與醫療保健提供者或機構之間已達成和解。要使用此模型通知，提供者或設施必須使用適當的資訊填寫空白。

注意：這些說明中提供的資訊僅旨在作為技術法律標準的一般性非正式摘要。它無意取代其所依據的法規、法規或正式政策指引。讀者應參閱適用的法規、法規和其他解釋材料以獲取完整的最新信息，包括HHS 臨時最終規則 (IFR) [與意外計費相關的要求；第二部分](#)，發佈於 2021年10月7日。

提供者和設施不應將這些說明包含在向選定的 SDR 實體提供的文件中。

減少文書工作法案聲明

根據 1995 年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集做出回應，除非資訊顯示有效的管理和預算辦公室 (OMB) 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-NEW。完成此資訊收集所需的時間估計為每次回覆平均 1.3 小時，其中包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。

根據該計劃收集的所有資訊將嚴格按照有關保密要求的法律和法規進行維護。因此，我們將根據經 2021 年綜合撥款法修訂的《公共衛生服務法》、經修訂的 HIPAA 頒布的法規 (45 CFR 160-164) 以及 1974 年《隱私法》的要求來保護信息，修訂 (5 U.S.C. 第 552a 條)。HHS 維護一個記錄系統，用於收集與索賠人爭議相關的個人識別資訊。與表格上和 PPDR 流程中收集的個人資訊相關的記錄通知系統標題為“針對健康保險發行者和健康計劃 (CAHII) 的投訴”，系統編號 09-70-9005，可在以下網址取得：<https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>。

如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850，或發送電子郵件至：FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov。

醫療保健提供者或機構向選定的爭議解決實體發出的付款結算通知

當醫療保健提供者或機構與無保險（或自費）個人或個人的授權代表合作在爭議解決流程之外解決了付款爭議時，必須填寫此表格。

聯邦標準要求醫療保健提供者和機構在和解之日起 3 個工作天內通知選定爭議解決 (SDR) 實體。

請填寫有關付款協議的資訊。
今天的日期： _____ / _____ / _____
SDR 實體名稱：
參考編號：
提供者或設施名稱：
約定付款金額
新付款協議到期日期： _____ / _____ / _____
選擇一項：
<input type="checkbox"/> 我們同意新的付款金額。無保險（或自費）個人的最終付款金額為： \$
<input type="checkbox"/> 我們同意提供財政援助。無保險（或自費）個人的最終付款金額為： \$

無保險 (或自費) 個人訊息		
無保險 (或自費) 個人姓名 :		
名字	中間名	姓氏
(可選) 授權代表姓名 :		
醫療保健提供者或設施訊息		
醫療保健提供者或設施名稱		
街道		
城市	州	郵編
電子郵件	電話	
我已將此表格包含在內 (勾選一項) :		
<input type="checkbox"/> 無保險 (或自費) 個人出具和/或簽署的同意新付款金額的文件。		
<input type="checkbox"/> 我承認，商定的最終付款金額至少包括無保險 (或自費) 個人或授權代表為爭議解決請求支付的 \$25 管理費 (\$12.50) 的一半退款。		

一旦您提交此表格，特別提款權實體將確認收到文件，並通知無保險 (或自費) 個人減少的管理費。如果您有任何疑問，請發送電子郵件至 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov。

了解更多信息，請訪問 <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>。

隱私權法聲明：醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 有權根據《公共衛生服務法》(PHSA) 第 279 9B-7 條收集本表格上的資訊以及任何支持文件，同樣添加的《無意外法》第 112 條，《2021 年綜合撥款法》BB 部第一章 (Pub. L. 116-260) 的規定。我們需要表格上的信息，以便美國衛生與公眾服務部部長能夠滿足 PHSA 第 2799B-7 條及其實施條例的要求，為某些無保險的人建立和運行患者與提供者爭議解決程序 (或自費) 收到的帳單大大超出醫療保健提供者或機構在收到物品或服務之前提供的善意估計的個人。我們可能會使用此資訊來處理發起付款爭議的請求、驗證爭議參與 PPDR 流程的資格，並確定與選定的用於解決爭議的爭議解決 (SDR) 實體是否存在任何利益衝突。此資訊也可用於：(1) 支持爭議的決定；(2) 支持 PPDR 計畫的持續運作和監督；(3) 評估 SDR 實體遵守計畫規則的情況。提供所要求的資訊是自願的。但未能提供可能會延遲或阻止爭議的處理，或可能導致爭議得到有利於提供者或設施的裁決。

保密聲明：根據本計劃收集的所有資訊將嚴格按照有關保密要求的法律和法規進行維護。因此，我們將根據經 2021 年綜合撥款法修訂的《公共衛生服務法》、經修訂的 HIPAA 頒布的法規 (45 CFR 160-164) 以及 1974 年《隱私法》的要求來保護信息，修訂 (5 USC 第 552a 條)。HHS 維護一個記錄系統，用於收集與索賠人爭議相關的個人識別資訊。與表格上和 PPDR 流程中收集的個人資訊相關的記錄通知系統標題為“針對健康保險發行人和健康計劃 (CAHII) 的投訴”，系統編號 09-70-9005，可在 <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>。