

ANNEXE 2

Formulaire de résolution des litiges entre patients et prestataires

Vérifiez si vous pouvez bénéficier de la procédure de règlement des litiges.

Ce formulaire est destiné uniquement aux personnes qui **n'ont pas** d'assurance maladie ou qui ont décidé de ne pas recourir à leur assurance pour ce service ou ce produit médical.

Votre prestataire ou établissement de soins de santé vous a-t-il remis une estimation de bonne foi concernant un produit ou un service de santé (ou tout autre document relatif aux prévisions de coût d'un produit ou d'un service) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La facture de votre prestataire ou établissement de soins de santé dépasse-t-elle d'au moins \$400 l'estimation de bonne foi (ou tout autre document) de ce prestataire ou de cet établissement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La date figurant en haut de la facture relative au produit ou au service que vous souhaitez contester remonte-t-elle à moins de 120 jours civils (environ 4 mois) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **NON** à l'une de ces questions :

- Vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier de la procédure de règlement des litiges. Vous pouvez contacter votre prestataire de soins de santé et négocier le montant de votre facture et demander une aide financière.
- Si vous pensez que vous auriez dû recevoir une estimation de bonne foi ou si vous avez d'autres questions, veuillez consulter le site <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> ou composer le 1-800-985-3059.

Si vous avez répondu **OUI** à **TOUTES** ces questions :

Il est possible que vous puissiez bénéficier de la procédure de règlement des litiges. Veuillez remplir le reste du formulaire.

Remarque : tant que vous contestez la validité de cette facture, le prestataire ou l'établissement ne peut pas la mettre en recouvrement ou menacer de le faire, ou si la facture a déjà été mise en recouvrement, le prestataire ou l'établissement doit mettre un terme à son action. Le prestataire ou l'établissement doit également interrompre les

majorations de retard sur les montants impayés de la facture jusqu'à la fin de la procédure de règlement du litige. Le prestataire ou l'établissement ne peut pas prendre de mesures à votre encontre pour avoir contesté votre facture, ni proférer de menaces à votre égard. Pendant la procédure de règlement des litiges, vous pouvez toujours demander à votre prestataire de soins de santé de réduire le montant de la facture.

Nom du patient (et nom du représentant autorisé, si nécessaire)

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

(Facultatif) **Si vous remplissez ce formulaire pour le patient, veuillez préciser votre nom ici :**

Cochez cette case si vous êtes un représentant autorisé et que vous devez être contacté à la place du patient. Inscrivez **vos** informations dans la section « adresse postale et numéro de téléphone ».

Remarque : Il s'agit souvent de patients âgés de moins de 18 ans ou de patients qui ont besoin d'aide pour remplir des formulaires médicaux.

Coordonnées du patient (ou de son représentant autorisé)

Rue ou boîte postale

Appartement

Ville

État

Code Postal

Téléphone

Adresse électronique

Préférence en matière de communication :

Par courrier Par courriel Par téléphone

Détails relatifs au produit ou service de soins de santé que vous souhaitez contester

État dans lequel le patient a reçu le produit ou le service :

La date à laquelle le produit ou le service a été commandé (ou à laquelle l'estimation des coûts a été demandée) :

Mois : Jour : Année :

La date à laquelle le patient a reçu le produit ou le service :

Mois : Jour : Année :

Décrivez brièvement le produit ou le service que vous souhaitez contester.
(Précisez : le nom du service ou du produit contesté et une brève description de ce service ou de ce produit)

J'ai joint à ce formulaire :

- Une copie de la facture de mon prestataire ou de l'établissement de soins de santé que je souhaite contester
- Une copie de l'estimation de bonne foi (ou de tout autre document relatif au coût prévu du produit ou service) pour le produit ou le service que je souhaite contester

Coordonnées du prestataire ou de l'établissement de soins de santé qui a fourni le produit ou effectué le service faisant l'objet du litige. Ces coordonnées doivent figurer sur votre estimation de bonne foi.

Nom du prestataire ou de l'établissement de soins de santé

Les 4 derniers chiffres du numéro de compte figurant sur votre facture

Rue

Ville

État

Code Postal

Adresse électronique

Téléphone

Lire et signer

- Je consens à ce que mon prestataire de soins de santé communique tous les documents médicaux ou de traitement relatifs à ce litige à une entité de règlement des litiges sélectionnée par le ministère américain de la santé et des services sociaux (HHS). Je comprends que l'entité de règlement des litiges n'utilisera ces informations que pour trancher sur ce litige. Les informations me concernant resteront confidentielles et ne seront communiquées à personne d'autre.
- J'accepte de payer des frais de \$25 pour la procédure de règlement des litiges. Cette somme est due pour lancer la procédure de règlement des litiges. Les chèques ou les paiements en espèces ne sont pas acceptés. Les formes de paiement acceptées sont les suivantes : chèque de banque, mandat ou paiement électronique, notamment par carte de crédit ou de débit, ou via une application de paiement. Les paiements doivent être libellés à l'ordre de [SDR Entity].
- Lorsque l'entité de règlement des litiges prendra une décision concernant le prix de ces produits ou services de soins de santé, j'accepte de payer le montant décidé.

Cochez ici pour accepter

Signature

Date

Nom en caractères d'imprimerie

Comment envoyer ce formulaire

Assurez-vous d'avoir joint :

- Une copie de la **facture** de votre prestataire ou de l'établissement de soins de santé que vous souhaitez contester
- Une copie de l'**estimation de bonne foi** (ou de tout autre document relatif au coût prévu du produit ou service) pour le produit ou le service que vous souhaitez contester.
- Vos frais administratifs de \$25 (si vous envoyez le formulaire par la poste)

Vous pouvez envoyer ce formulaire et les pièces jointes :

- **En ligne**
<https://www.cms.gov/medical-bill-rights/help/dispute-a-bill>
- **Par courrier**
[SDR entity name]
Adresse
Adresse

Pour obtenir de l'aide supplémentaire, composez le 1-800-985-3059 ou envoyez un courriel à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

Si vous préférez payer par voie électronique, lorsque l'entité de règlement des litiges recevra ce formulaire, ils vous enverront un lien qui vous permettra de payer les frais par voie électronique afin d'entamer la procédure de règlement des litiges. Si vous envoyez votre paiement par la poste, joignez à votre formulaire un chèque de banque ou un mandat à l'ordre de [the SDR Entity]. N'envoyez pas de chèque personnel ou de paiement en espèces, car ces formes de paiement de vos frais administratifs ne sont pas acceptables.

Faites une copie ou une photo de ce formulaire dûment rempli. Il pourrait vous être utile ultérieurement.

Pour en savoir plus sur le droit que vous confère la loi fédérale de contester les factures médicales, consultez le site :
<https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

Si vous avez des questions sur vos droits en vertu de la loi « No Surprises Act », veuillez consulter le site <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> ou composer le 1-800-985-3059. Si vous pensez que votre prestataire ne respecte pas les règles, envoyez un courriel à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov pour déposer une plainte. Vous pouvez également envoyer un courriel à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov si vous avez des questions sur les informations figurant dans le présent avis.

Déclaration relative à la loi sur la réduction des formalités administratives

Conformément à la loi de 1995 sur la réduction des formalités administratives, personne n'est tenu de répondre à une demande d'informations si celle-ci ne porte pas un numéro de contrôle valide du Bureau de la gestion et du budget (Office of Management and Budget, OMB). Le numéro de contrôle d'OMB valide pour la collecte d'informations est 0938-NEW. Le temps nécessaire pour effectuer cette collecte d'informations est estimé en moyenne à 1,3 heure par réponse, y compris le temps consacré à l'examen des instructions, à la recherche des ressources de données existantes, à la collecte des données requises, ainsi qu'à l'exécution et à l'examen de la collecte d'informations. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude de l'estimation de la durée ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn : PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette initiative seront conservées conformément aux lois et règlements régissant les exigences de confidentialité. En conséquence, nous protégerons ces informations conformément aux exigences de la loi sur l'hygiène et la santé publiques (Public Health Service Act), telle que modifiée par la loi de finances consolidée de 2021 (Consolidated Appropriations Act of 2021), aux règlements promulgués en vertu de la loi HIPAA, telle que modifiée (45 CFR 160-164), et à la loi sur la protection de la vie privée (Privacy Act) de 1974, telle que modifiée (5 U.S.C. Section 552a). Le département de la santé et des services sociaux tient un registre pour la collecte d'informations personnelles identifiables relatives aux litiges des demandeurs. La notice relative à ce système, qui concerne les informations personnelles recueillies sur les formulaires et dans le cadre de la procédure de résolution des litiges entre patients et prestataires (PPDR), est intitulée « Plaintes contre les organismes d'assurance maladie et les régimes d'assurance maladie (Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans, CAHI) », rubrique n° 09-70-9005, et peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude de l'estimation de la durée ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn : PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, ou envoyer un courriel à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (PRIVACY ACT) : Les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) sont autorisés à collecter les informations figurant sur ce formulaire et tout document justificatif en vertu de la section 2799B-7 de la loi sur l'hygiène et la santé publiques (PHSA), telle qu'ajoutée en vertu de la section 112 de la loi dite « No Surprises », titre I de la division BB de la loi de finances consolidée de 2021 (Pub. L. 116-260). Nous avons besoin des renseignements figurant sur ce formulaire pour permettre au secrétaire du ministère américain de la santé et des services sociaux de satisfaire aux exigences de la section 2799B-7 de la PHSA et de ses dispositions d'application, afin d'établir et de gérer une procédure de résolution des litiges entre patients et prestataires pour certains individus non assurés (ou qui paient eux-mêmes) qui reçoivent une facture dépassant largement l'estimation de bonne foi fournie par un prestataire ou un établissement de soins de santé avant de recevoir les produits ou les services. Ces informations peuvent être utilisées pour traiter une procédure de contestation de paiement, vérifier l'éligibilité à la procédure de résolution des litiges entre patients et prestataires (PPDR) et déterminer s'il existe un conflit d'intérêts avec l'entité de résolution des

litiges sélectionnée pour trancher un différend. Les informations peuvent également être utilisées pour : 1) étayer une décision relative à un litige ; (2) contribuer à la gestion et à la supervision du programme PPDR ; (3) évaluer la conformité de l'entité de règlement des litiges avec les règles du programme. Les informations sollicitées sont fournies à titre volontaire. Mais si vous ne les fournissez pas, vous risquez de retarder ou d'empêcher le traitement d'un litige, ou de faire qu'un litige soit tranché en faveur du prestataire ou de l'établissement.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ : Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette initiative seront conservées conformément aux lois et règlements régissant les exigences de confidentialité. En conséquence, nous protégerons ces informations conformément aux exigences de la loi sur l'hygiène et la santé publiques (Public Health Service Act), telle que modifiée par la loi de finances consolidée de 2021 (Consolidated Appropriations Act of 2021), aux règlements promulgués en vertu de la loi HIPAA, telle que modifiée (45 CFR 160-164), et à la loi sur la protection de la vie privée (Privacy Act) de 1974, telle que modifiée (5 U.S.C. Section 552a). Le département de la santé et des services sociaux tient un registre pour la collecte d'informations personnelles identifiables relatives aux litiges des demandeurs. La notice relative à ce système, qui concerne les informations personnelles recueillies sur les formulaires et dans le cadre de la procédure de résolution des litiges entre patients et prestataires (PPDR), est intitulée « Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans (CAHII) », rubrique n° 09-70-9005, et peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.