

ANNEXE 6

Avis standard : Avis de détermination de règlement de litiges sélectionnés (SDR) aux parties en vertu de la loi « No Surprises Act » (loi sans surprise)

(Utilisation réservée aux entités de règlement des litiges sélectionnées à partir du 1er janvier 2022)

Instructions

En vertu de la section 2799B-7 de la loi sur l'hygiène et la santé publiques (Public Health Service Act) et de ses règlements d'application, le département américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health & Human Services - HHS) est tenu de mettre en place une procédure de résolution des litiges entre patient et prestataire dans le cadre de laquelle une entité de résolution des litiges sélectionnée (SDR) peut résoudre un litige de paiement entre des personnes qui ne sont pas affiliées à un régime collectif d'assurance maladie, ou à une couverture d'assurance maladie collective ou individuelle, ou à un programme fédéral de soins de santé, ou à un régime de prestations de santé du programme Federal Employees Health Benefits (FEHB) (individus non assurés), ou qui ne cherchent pas à déposer une demande de remboursement auprès de leur régime collectif d'assurance maladie, de leur couverture d'assurance maladie ou de leur régime de prestations de santé du programme FEHB (individus payant eux-mêmes), et le prestataire de soins de santé, l'établissement ou le prestataire de services d'ambulance aérienne en déterminant le montant que cette personne doit payer à un tel prestataire de soins de santé, à l'établissement ou au prestataire de services d'ambulance aérienne. Conformément aux dispositions fédérales, les entités SDR du HHS examineront les avis de lancement des procédures afin de déterminer si une personne non assurée (ou qui paie elle-même) est en droit de contester une facture.

Cet avis sera utilisé par les entités SDR pour notifier à l'individu non assuré (ou payant lui-même) et au prestataire ou à l'établissement de soins de santé le fait que la différence entre le montant facturé et l'« estimation de bonne foi » est justifiée ou non, conformément à la procédure de détermination réglementaire, et le montant que l'individu non assuré doit verser au prestataire ou à l'établissement de soins de santé.

Le HHS a préparé ce modèle d'avis pour que les prestataires ou les établissements et les individus non assurés (ou payant eux-mêmes) soient informés de la décision de l'entité de règlement des litiges. Pour utiliser cet avis standard, l'entité SDR doit remplir les espaces laissés en blanc avec les informations appropriées.

REMARQUE : Les informations fournies dans ces instructions ne constituent qu'un résumé général et non officiel des normes juridiques techniques. Elles ne sont pas destinées à remplacer les lois, les règlements ou les orientations politiques officielles dont elles découlent. Les lecteurs sont invités à se référer aux lois, règlements et autres documents d'interprétation applicables pour obtenir des informations complètes et actualisées.

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 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, 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>.

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.

**Avis de décision de l'entité de règlement des litiges sélectionnés
(SDR) à l'intention des individus non assurés (ou payant eux-mêmes)**

[Date]

[Patient or Authorized Representative Name]

[Patient or Authorized Representative Address]

[Patient or Authorized Representative City, State, Zip]

**Objet : Décision relative à la procédure de règlement des litiges entre le patient et le prestataire de soins de santé : Numéro de référence :
XXXXXXXX**

[Nom du Patient ou représentant autorisé],

Nous avons examiné les informations relatives à [Reference Number: XXXXXXXX]. Au terme de notre examen, nous estimons que [health care provider or facility name] [select one: a OR n'a **pas**] fourni suffisamment d'informations crédibles pour prouver que la différence entre le montant facturé et l'estimation de bonne foi reflète les coûts d'un produit ou d'un service médicalement nécessaire et repose sur des circonstances imprévues qui ne pouvaient pas être raisonnablement anticipées lorsque l'estimation de bonne foi a été établie.

En vertu de cette décision, [**uninsured (or self-pay) individual name**] est tenu de payer [select one: \$XXX, soit le total des frais prévus [**for AA item/service**] [**and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.**] figurant dans l'estimation de bonne foi, moins les frais administratifs de \$25 que vous avez réglés OR \$YYY, qui représentent les frais facturés [**for AA item/service**] [**and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.**] OR \$ZZZ, qui correspond au montant médian payé par un régime de santé collectif ou un organisme d'assurance maladie pour des services identiques ou similaires [**AA services**] [**and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.**] par un prestataire identique ou similaire dans votre région]. [Uninsured (or self-pay) individual name] doit payer directement [health care provider or facility name].

Cette décision est exécutoire, sous réserve d'allégations de fraude ou de fausse déclaration des faits qui nous ont été présentés, auquel cas vous pourriez avoir droit à d'autres recours légaux. En outre, [health care provider or facility name] peut proposer une aide financière ou accepter de réduire le montant de la facture, ou [Uninsured (or self-pay) individual name] peut accepter de payer l'intégralité des frais facturés ou convenir avec [health care provider or facility name] d'un montant de paiement différent.

Pour de plus amples informations ou 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.

Cordialement,

[SDR Entity Name], entité de règlement des litiges sélectionnée

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

Avis de décision de l'entité de règlement des litiges sélectionnée (SDR) au prestataire ou à l'établissement de soins de santé

[Date]

[Health Care Provider or Facility Name]

[Health Care Provider or Facility Address]

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

Objet : Décision relative à la procédure de règlement des litiges entre le patient et le prestataire de soins de santé : Numéro de référence :XXXXXXXX

[Health Care Provider or Facility],

Nous avons examiné les informations relatives à [Reference Number: XXXXXXXX]. Au terme de notre examen, nous estimons que vous **[select one: avez OR n'avez pas]** fourni suffisamment d'informations crédibles pour prouver que la différence entre le montant facturé et l'estimation de bonne foi reflète les coûts d'un produit ou d'un service médicalement nécessaire et repose sur des circonstances imprévues qui ne pouvaient pas être raisonnablement anticipées.

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

En vertu de cette décision, [nom du patient] doit payer \$XXX, soit le total des frais prévus **[select one: for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** figurant dans l'estimation de bonne foi moins les 25 dollars de frais administratifs que l'individu non assuré (ou payant lui-même) a payés pour la procédure de litige **OR** \$ZZZ dollars, qui correspond au montant médian pour des services **[for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** par un prestataire identique ou similaire dans votre région]. Vous devrez prendre des dispositions pour ce paiement directement avec [uninsured (or self-pay) individual name].

[If health care provider or facility prevailed:]

En vertu de cette décision, [patient name] doit payer la somme de YYY dollars, qui correspond au montant facturé **[for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]**. Vous devrez prendre des dispositions pour ce paiement directement avec [uninsured (or self-pay) individual name].

Cette décision est exécutoire, sous réserve d'allégations de fraude ou de fausse déclaration des faits qui nous ont été présentés, auquel cas vous pourriez avoir droit à d'autres recours légaux. En outre, [health care provider or facility name] peut proposer

une aide financière ou accepter de réduire le montant de la facture, ou [Uninsured (or self-pay) individual name] peut accepter de payer l'intégralité des frais facturés ou convenir avec [health care provider or facility name] d'un montant de paiement différent.

Pour de plus amples informations ou si vous avez des questions sur vos droits en vertu de la loi « No Surprises Act », veuillez consulter le site <https://www.cms.gov/nosurprises> ou composer le 1-800-985-3059. Vous pouvez également envoyer un courriel à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov si vous avez des questions sur les informations figurant dans le présent avis.

Cordialement,

[SDR Entity Name], entité de règlement des litiges sélectionnée

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

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>.