

부록 1

표준 통지문: 환자-제공자 분쟁조정 부적격 또는 추가 정보 필요

(2022년 1월 1일부터 선별분쟁조정 기관에서 무보험(또는 자기부담) 개인 또는 그 위임대리인에게 제공하기 위한 용도)

지침

공중보건법(Public Health Service Act) 제2799B-7절 및 그 시행 규정에 따라, 미 보건복지부(Department of Health & Human Services, HHS)는 선별분쟁조정(Selected Dispute Resolution, SDR) 기관이 단체건강보험, 단체 또는 개인 건강보험 보장, 연방의료프로그램, 연방근로자의료혜택(Federal Employees Health Benefit, FEHB) 프로그램 의료혜택플랜에 가입되지 않은 개인(무보험 개인) 또는 단체건강보험, 건강보험보장 또는 FEHB 의료혜택플랜에 청구를 제기하지 않는 개인(자기부담 개인)과 의료제공자, 시설 또는 항공구급차 서비스 간에 해당인이 의료제공자, 시설 또는 항공구급차 서비스 제공자에게 납부해야 하는 금액을 결정함으로써 지불 분쟁을 해결할 수 있는 환자-제공자 분쟁조정 절차를 확립해야 합니다. 연방기준에 따라 SDR 기관은 개시 통지를 검토하여 무보험(또는 자기부담) 개인이 청구서에 이의를 신청할 자격이 있는지 결정합니다.

이 통지문은 SDR 기관이 무보험(또는 자기부담) 개인 또는 그 위임대리인에게 무보험(또는 자기부담) 개인이 분쟁조정 자격 대상이 아니거나 분쟁조정을 착수하기 위한 제출 항목이 미비함을 알리는 데 사용됩니다. 제출 항목이 미비한 경우, 통지문을 통해 무보험(또는 자기부담) 개인 또는 그 위임대리인에게 분쟁조정 자격을 확립하는 데 필요한 항목을 알려줍니다.

유의사항: 본 지침에 제공된 정보는 일반적으로 기술적인 법적 표준에 대한 약식 요약에 한합니다. 본 지침은 그 근거가 되는 법령, 규정 또는 공식적인 정책 안내를 대신하지 않습니다. 독자는 완전한 최신 정보를 얻기 위해 해당 법령, 규정 및 그 외 해석 자료를 참조해야 합니다.

정부문서감축법 성명서

1995년 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 미국 관리예산실(Office of Management and Budget, OMB) 통제번호가 표시된 경우를 제외하고 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 통제번호는 0938-NEW입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 1.3시간으로 추정됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 다음으로 서신을 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

본 개시에 따라 수집된 모든 정보는 기밀유지 요건을 관리하는 법령 및 규정을 엄격히 준수하여 유지됩니다. 이에 따라, 당국은 2021년 통합세출법(Consolidated Appropriations Act of 2021)에 의해 개정된 공중보건법(Public Health Service Act), 개정된 건강보험 이전과 책임에 관한 법(HIPAA)에 따라 공포된 규정(45 CFR 160-164) 및 개정된(5 U.S.C. 제552a절) 1974년 개인정보보호법(Privacy Act of 1974)의 요건에 따라 정보를 보호할 것입니다. HHS는 청구인의 분쟁과 관련하여 개인식별정보 수집을 위한 기록 시스템을 유지 관리합니다. 양식 및 PPDR 절차 내에서 수집된 개인정보와 관련된 기록 통지 시스템은 "건강보험 발행처 및 의료보험 관련 민원(Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans, (CAHII)", 시스템 번호 09-70-9005라는 명칭으로 <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>에서 확인하실 수 있습니다.

예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 서신을 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 보내주시거나 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주시기 바랍니다.

[SDRE logo]

[SDRE address]

[Date]

[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative Name]

[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative Address]

[Uninsured/Self-pay Individual or Authorized Representative City, State, Zip]

제목: 환자-제공자 분쟁조정 케이스 관련 정보, 참조 번호: XXXXXXXX

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

당국은 환자-제공자 분쟁조정 절차를 시작하고자 하는 귀하의 양식을 [insert date]에 참조 번호, [insert number](으)로 접수했습니다.

[If rejection based on eligibility] 당국의 심사에 따르면 귀하는 [select all that apply from the following] 사유로 환자-제공자 분쟁절차의 자격 대상이 아닙니다.

- 제공자 또는 시설의 청구서가 해당 제공자 또는 시설의 예상비용 내역서(Good Faith Estimate, GFE)보다 최소 \$400 이상이 아닙니다.
- [HHS received your form / your form was postmarked] 날짜가 [insert date]입니다 즉, 청구서 날짜로부터 120일(또는 그 이상)이 경과했습니다.

귀하는 본 청구서에 대해 환자-제공자 분쟁조정 절차를 이용할 수 없지만, 예상비용 내역서에 기재된 의료 제공자 또는 시설에 연락하여 청구서를 협의하고 재정 지원을 요청하실 수 있습니다. [END]

[If rejection based on deficiencies] 당국의 심사에 따르면 귀하의 분쟁을 처리하는데 추가 정보가 필요합니다. 다음을 제출해 주십시오.

[List only deficiencies discovered]:

- 이의신청하려는 항목 또는 서비스 명칭
- 이의신청하려는 항목 또는 서비스를 예약한(또는 예상비용 내역서를 요청한) 날짜
- 항목 또는 서비스를 받은 날짜
- 항목 또는 서비스에 대한 간단한 설명
- 이의신청하려는 항목 또는 서비스에 대한 청구서 사본

- 예상비용 내역서 사본 또는 담당 제공자 또는 시설의 항목 또는 서비스의 예상 비용에 대한 기타 문서
- 성명, 이메일 주소, 전화번호, 우편 주소를 포함한 의료 제공자 또는 시설의 연락처 정보
- 행정수수료 납부
- 기타:

다음 옵션 중 하나를 사용하여 **{insert date that is 21 calendar days from the date on this letter}**까지 해당 증빙 서류나 납부를 제출해 주십시오.

온라인:
 [insert Federal IDR webform GUID link here]
 또는 이메일:
 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov
 우편: [SDR Entity Address]

온라인 납부: [insert payment information here]
 우편 납부: [SDR Entity]을(를) 수취인으로 하는 자기앞수표 또는 우편환
 우편 주소: [SDR Entity Address]

귀하께서 제출하는 모든 문서에 참조번호, [reference number]을(를) 기재해 주시기 바랍니다.

당국은 귀하의 정보를 수령한 후에, 환자-제공자 분쟁조정 절차를 계속 진행할 것입니다. 귀하께서 본 서신 날짜로부터 21일 이내에 회신하지 않는 경우, 당국은 환자-제공자 분쟁절차를 이용하려는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. **[END]**

감사합니다.

[SDR Entity]
 [Address line 1]
 [Address line 2]

기습청구금지법(No Surprises Act)에 따른 귀하의 권리에 대해 궁금한 사항이 있는 경우, <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>를 참조하거나 1-800-985-3059번으로 전화해 주십시오. 의료 제공자의 규칙 미준수로 인한 민원을 제기하시려면 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주십시오. 본 통지문에 포함된 정보에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov로 이메일을 보내실 수도 있습니다.

개인정보보호법 성명서: Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS)는 2021년 통합세출법(Consolidated Appropriations Act) Division BB 제I편(공법 116-260), 기습청구금지법(No Surprises Act) 제112절에 추가된 대로, 공중보건법(Public Health Service Act, PHSA) 제2799B-7절에 따라 본 양식과 모든 증빙문서에 대한 정보를 수집할 권한이 있습니다. 당국은 미 보건복지부 장관(Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services)이 PHSA 제2799B-7절 및 시행 규칙에 따른 요건을 충족하여 항목이나 서비스를 받기 전에 의료 제공자 또는 시설에 의해 제공된 예상비용 내역서를 상당히 초과하는 청구서를 받은 특정 무보험(또는 자기부담) 개인을 위해 환자-제공자 분쟁조정 절차를 확립 및 운영하도록 허용하기 위해 양식에 정보가 필요합니다. 당국은 지급분쟁 착수 요청을 처리하고, PPDR 절차에 대한 분쟁의 적격성을 확인하고, 분쟁을 결정하기 위해 선정된 선별분쟁조정(SDR) 기관과 이해 상충이 존재하는지 여부를 판단하기 위해 이 정보를 사용할 수 있습니다. 해당 정보는 또한 (1) 분쟁에 대한 결정을 뒷받침하고, (2) PPDR 프로그램의 지속적인 운영 및 감독을 지원하고, (3) SDR 기관의 프로그램 규칙 준수 여부를 평가하기 위해 사용될 수 있습니다. 요청된 정보 제공은 자발적 의사입니다. 다만, 정보를 제공하지 않을 경우 분쟁 처리가 지연되거나 진행되지 않을 수 있으며, 분쟁이 제공자나 시설에 유리한 결정으로 이어질 수 있습니다.

기밀유지 성명서: 본 개시에 따라 수집된 모든 정보는 기밀유지 요건을 관리하는 법령 및 규정을 엄격히 준수하여 유지됩니다. 이에 따라, 당국은 2021년 통합세출법에 의해 개정된 공중보건법, 개정된 HIPAA에 따라 공포된 규정(45 CFR 160-164) 및 개정된 1974년 개인정보 보호법(5 U.S.C. 제552a절)의 요건에 따라 정보를 보호할 것입니다. HHS는 청구인의 분쟁과 관련하여 개인식별정보 수집을 위한 기록 시스템을 유지 관리합니다. 양식 및 PPDR 절차 내에서 수집된 개인정보와 관련된 기록 통지 시스템은 "건강보험 발행처 및 의료보험 관련 민원(Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans, (CAHII)", 시스템 번호 09-70-9005라는 명칭으로 <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>에서 이용하실 수 있습니다.