

PHỤ LỤC 6

Thông báo Tiêu chuẩn: Thông báo Quyết định của Tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn (SDR) cho các Bên được Cung cấp Tuân theo Đạo luật No Surprises

(Dành cho các Tổ chức SDR sử dụng bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2022)

Hướng dẫn

Theo Mục 2799B-7 của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng và các quy định triển khai của đạo luật này, Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) được yêu cầu thiết lập một quy trình giải quyết tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ trong đó tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn (SDR) có thể giải quyết một tranh chấp về thanh toán giữa các cá nhân không ghi danh tham gia chương trình sức khỏe nhóm, hoặc bảo hiểm sức khỏe nhóm hoặc cá nhân, hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe Liên bang, hoặc chương trình Phúc lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang (FEHB) (cá nhân không có bảo hiểm), hoặc những người không tìm cách nộp đơn yêu cầu bồi thường cho chương trình sức khỏe nhóm, bảo hiểm y tế, hoặc chương trình phúc lợi sức khỏe FEHB (cá nhân tự chi trả), với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở, hoặc nhà cung cấp dịch vụ cứu thương bằng đường không bằng cách xác định số tiền mà cá nhân đó phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc nhà cung cấp dịch vụ cứu thương bằng đường không của họ. Theo các tiêu chí liên bang, các tổ chức SDR của HHS sẽ xem xét các thông báo khởi đầu để xác định rằng một cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả) có đủ điều kiện để tranh chấp hóa đơn hay không.

Thông báo này sẽ được các tổ chức SDR sử dụng để thông báo cho cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả) và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe xem liệu chênh lệch giữa số tiền được lập hoá đơn và “Ước tính Thiện chí” có hợp lý hay không tuân theo quy trình xác định theo quy định và số tiền mà cá nhân không có bảo hiểm phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe là bao nhiêu.

HHS đã xây dựng thông báo mẫu này để các nhà cung cấp hoặc cơ sở và các cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả) nhận được thông tin đầy đủ về quyết định của tổ chức SDR. Để sử dụng thông báo mẫu này, tổ chức SDR phải điền thông tin thích hợp vào các chỗ trống.

LƯU Ý: Thông tin được cung cấp trong các hướng dẫn này chỉ nhằm mục đích tóm tắt chung không chính thức về các tiêu chuẩn pháp lý kỹ thuật. Nó không nhằm mục đích thay thế các đạo luật, quy định, hoặc hướng dẫn chính sách chính thức làm cơ sở cho nó. Người đọc cần tham khảo các đạo luật, quy định hiện hành, và các tư liệu diễn giải khác để biết thông tin đầy đủ và cập nhật.

Tuyên bố của Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ

Theo Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi một bản thu thập thông tin trừ khi nó có mã kiểm soát hợp lệ của Văn phòng Quản lý và Ngân sách (OMB). Mã kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 1.3 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, cũng như hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Tất cả thông tin được thu thập theo sáng kiến này sẽ được lưu trữ nghiêm ngặt tuân theo các đạo luật và quy định chi phối các yêu cầu bảo mật. Theo đó, chúng tôi sẽ bảo vệ thông tin tuân các yêu cầu của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng đã được sửa đổi bởi Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất năm 2021, các quy định được ban hành theo

HIPAA đã sửa đổi (45 CFR 160-164), và Đạo luật Quyền Riêng tư năm 1974, đã sửa đổi (5 U.S.C. Mục 552a). HHS duy trì một hệ thống hồ sơ để thu thập thông tin nhận dạng cá nhân liên quan đến các tranh chấp của nguyên đơn. Hệ thống thông báo hồ sơ liên quan đến thông tin cá nhân được thu thập trên các biểu mẫu và trong quy trình PPDR có tiêu đề “Khiếu nại Đối với các Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe và các Chương trình Sức khỏe (CAHII),” Hệ thống số 09-70-9005, có sẵn tại <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.

Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, hoặc email FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

Thông báo Quyết định của Tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn (SDR) cho Cá nhân Không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả)

[Date]

[Patient or Authorized Representative Name]

[Patient or Authorized Representative Address]

[Patient or Authorized Representative City, State, Zip]

**Về việc: Quyết định về quy trình tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp:
Mã Tham chiếu: XXXXXXXX**

[Patient or Authorized Representative Name],

Chúng tôi đã xem xét thông tin của [Reference Number: XXXXXXXX]. Dựa trên đánh giá của chúng tôi, quyết định của chúng tôi là [health care provider or facility name] [select one: đã **OR** đã **không**] đã cung cấp đủ thông tin đáng tin cậy để chứng minh khoản chênh lệch giữa số tiền được lập hóa đơn và Ước tính Thiện chí phản ánh chi phí của mặt hàng hoặc dịch vụ cần thiết về mặt y tế và dựa trên những tình huống không thể lường trước một cách hợp lý khi đưa ra ước tính thiện chí.

Dựa trên quyết định này, [uninsured (or self-pay) individual name] phải trả **[select one: \$XXX, là tổng phí dự kiến [for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] từ Ước tính Thiện chí, trừ đi \$25 phí hành chính mà quý vị đã trả **HOẶC** \$YYY, là khoản phí được lập hóa đơn [for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] **HOẶC** \$ZZZ, là số tiền trung bình được trả bởi chương trình sức khỏe nhóm hoặc tổ chức phát hành bảo hiểm y tế cho cùng [AA services] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] hoặc dịch vụ tương tự bởi cùng một nhà cung cấp hoặc nhà cung cấp tương tự trong khu vực địa lý của quý vị].**

[Uninsured (or self-pay) individual name] phải thanh toán trực tiếp cho [health care provider or facility name].

Quyết định này có tính ràng buộc, trừ khi có khiếu nại về gian lận hoặc trình bày sai sự thật được cung cấp cho chúng tôi, trong trường hợp đó quý vị có thể có quyền sử dụng các biện pháp pháp lý khác. Ngoài ra, [health care provider or facility name] có thể cung cấp hỗ trợ tài chính hoặc đồng ý với đề nghị giảm bớt số tiền thanh toán, hoặc [Uninsured (or self-pay) individual name] có thể đồng ý thanh toán toàn bộ các khoản phí được lập hóa đơn, hoặc có thể đồng ý với [health care provider or facility name] về một số tiền thanh toán khác.

Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị có câu hỏi về các quyền của mình theo Đạo luật No Surprises, vui lòng truy cập <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> hoặc gọi 1-800-985-3059. Nếu quý vị cho rằng nhà cung cấp của mình không tuân thủ các quy tắc, hãy gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov để đệ trình khiếu nại. Quý vị cũng có thể gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov nếu quý vị có câu hỏi về thông tin trong thông báo này.

Trân trọng,

[SDR Entity Name], Tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

Thông báo Quyết định của Tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn (SDR) cho Nhà cung cấp hoặc Cơ sở Chăm sóc Sức khỏe

[Date]

[Health Care Provider or Facility Name]

[Health Care Provider or Facility Address]

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

**Về việc: Quyết định về quy trình tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp:
Số Tham chiếu:XXXXXXXX**

[Health Care Provider or Facility],

Chúng tôi đã xem xét thông tin của [Reference Number: XXXXXXXX]. Dựa trên đánh giá của chúng tôi, quyết định của chúng tôi là quý vị **[select one: đã OR đã không]** đã cung cấp thông tin đáng tin cậy để chứng minh khoản chênh lệch giữa các khoản phí được lập hóa đơn và Ước tính Thiện chí phản ánh chi phí của mặt hàng hoặc dịch vụ cần thiết về mặt y tế và dựa trên những tình huống không thể lường trước được một cách hợp lý.

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

Dựa trên quyết định này, [patient name] phải trả \$XXX, là tổng phí dự kiến **[select one: [for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** được cung cấp trong Ước tính Thiện chí trừ đi \$25 phí hành chính mà cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả) đã trả cho quy trình tranh chấp **HOẶC** \$ZZZ, là số tiền trung bình cho cùng **[AA services] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** hoặc dịch vụ tương tự bởi cùng một nhà cung cấp hoặc nhà cung cấp tương tự trong khu vực địa lý của quý vị]. Quý vị phải thu xếp khoản thanh toán đó trực tiếp cho [uninsured (or self-pay) individual name].

[If health care provider or facility prevailed:]

Dựa trên quyết định này, [patient name] phải trả \$YYY, là khoản phí được lập hóa đơn **[for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]**. Quý vị phải thu xếp khoản thanh toán đó trực tiếp cho [uninsured (or self-pay) individual name].

Quyết định này có tính ràng buộc, trừ khi có khiếu nại về gian lận hoặc trình bày sai sự thật được cung cấp cho chúng tôi, trong trường hợp đó quý vị có thể có quyền sử dụng các biện pháp pháp lý khác. Ngoài ra, [health care provider or facility name] có thể cung cấp hỗ trợ tài chính hoặc đồng ý với đề nghị giảm bớt số tiền thanh toán, hoặc [Uninsured (or self-pay) individual name] có thể đồng ý thanh toán toàn bộ các khoản phí được lập

hóa đơn, hoặc có thể đồng ý với [health care provider or facility name] về một số tiền thanh toán khác.

Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị có câu hỏi về các quyền của mình theo Đạo luật No Surprises, vui lòng truy cập <https://www.cms.gov/nosurprises> hoặc gọi 1-800-985-3059. Quý vị cũng có thể gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov nếu quý vị có câu hỏi về thông tin trong thông báo này.

Trân trọng,

[SDR Entity Name], Tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ: Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) được phép thu thập thông tin trên biểu mẫu này và mọi tài liệu chứng minh tuân theo mục 2799B-7 của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng (PHSA), như được bổ sung theo mục 112 của Đạo luật No Surprises, tiêu đề I của Khoản BB của Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất, 2021 (Pub. L. 116-260). Chúng tôi cần thông tin trên biểu mẫu để giúp Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ đáp ứng các yêu cầu theo Mục 2799B-7 của PHSA và các quy định triển khai của PHSA nhằm thiết lập và vận hành quy trình giải quyết tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ đối với một số cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả), mà nhận được hóa đơn vượt quá đáng kể so với ước tính thiện chí do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở cung cấp trước khi nhận các mặt hàng hoặc dịch vụ. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin này để xử lý yêu cầu khởi xướng tranh chấp thanh toán, xác minh tính đủ điều kiện của một tranh chấp cho quy trình PPDR, và để xác định xem có tồn tại xung đột lợi ích với tổ chức giải quyết tranh chấp đã chọn (SDR) được chọn để quyết định tranh chấp hay không. Thông tin cũng có thể được sử dụng để: (1) hỗ trợ quyết định về một tranh chấp; (2) hỗ trợ việc vận hành và giám sát liên tục đối với chương trình PPDR; (3) đánh giá việc tuân thủ các quy định của chương trình của tổ chức SDR. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu là tự nguyện. Nhưng việc không cung cấp thông tin có thể trì hoãn hoặc ngăn cản việc xử lý một tranh chấp, hoặc có thể khiến tranh chấp được quyết định có lợi cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở.

TUYÊN BỐ BẢO MẬT THÔNG TIN: Tất cả thông tin được thu thập theo sáng kiến này sẽ được lưu giữ nghiêm ngặt tuân theo các đạo luật và quy định chi phối các yêu cầu bảo mật. Theo đó, chúng tôi sẽ bảo vệ thông tin tuân theo các yêu cầu của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng đã được sửa đổi bởi Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất năm 2021, các quy định được ban hành theo HIPAA đã sửa đổi (45 CFR 160-164), và Đạo luật Quyền Riêng tư năm 1974, đã sửa đổi (5 U.S.C. Mục 552a). HHS duy trì một hệ thống hồ sơ để thu thập thông tin nhận dạng cá nhân liên quan đến các tranh chấp của nguyên đơn. Hệ thống thông báo hồ sơ liên quan đến thông tin cá nhân được thu thập trên các biểu mẫu và trong quy trình PPDR có tiêu đề “Khiếu nại Đối với các Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe và các Chương trình Sức khỏe (CAHII),” Hệ thống số 09-70-9005, có sẵn tại <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.