

## APÉNDICE 8

**Aviso estándar: La persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) y el proveedor o centro acuerdan un importe a pagar después de iniciar la resolución de disputas entre paciente y proveedor**

**(Para uso de los proveedores y centros de servicios de salud a partir del 1 de enero de 2022)**

### **Instrucciones**

De conformidad con la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública y sus reglamentaciones de implementación, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) tiene la obligación de establecer un proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores en el que una entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR, por sus siglas en inglés) pueda resolver una disputa sobre los pagos entre personas que no estén inscritas en un plan de salud colectivo ni en una cobertura de seguro de salud colectivo o individual, ni en un programa federal de servicios de salud, ni en un plan de beneficios de salud del programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) (las personas sin seguro), o que no deseen presentar una reclamación a su plan de salud colectivo, cobertura de seguro de salud o plan de beneficios de salud del FEHB (personas que pagan por cuenta propia), y un proveedor o centro de servicios de salud, o proveedor de servicios de ambulancia aérea, al determinar el importe que dicha persona debe pagar a su proveedor o centro de servicios de salud, o al proveedor de servicios de ambulancia aérea. De acuerdo con los criterios federales, las entidades de SDR deben estudiar los avisos de inicio del proceso para determinar que una persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) es elegible para disputar una factura.

El proveedor o centro de servicios de salud debe usar este aviso para notificar a la entidad de SDR en caso de que ambas partes lleguen a un acuerdo sobre el importe del pago después de que se ha iniciado el proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor, y **antes de que la entidad de SDR haga una determinación**. Mientras la determinación de la entidad de SDR sigue pendiente, las dos (2) partes en el proceso de resolución de disputa entre paciente y proveedor (la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) y su representante autorizado, y el proveedor de servicios de salud o centro de servicios de salud por el otro) pueden llegar a un acuerdo para resolver la disputa al acordar un importe a pagar. Cuando las partes acuerden un importe, las normas federales ordenan que el proveedor o centro lo notifique a la entidad de SDR a más tardar tres (3) días hábiles después de la fecha del acuerdo.

El HHS ha elaborado este modelo de aviso para que los proveedores o centros lo usen para informar a la entidad de SDR que se ha llegado a un acuerdo entre una persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) y el proveedor o centro de servicios de salud. Para usar este modelo de aviso, el proveedor o centro debe rellenar los espacios en blanco con la información correspondiente.

**Nota:** la información provista en estas instrucciones solamente pretende ser un resumen general e informal de las normas legales técnicas. No pretende sustituir a los estatutos, las reglamentaciones y las orientaciones formales sobre políticas en las que se basa. Los lectores deben consultar los estatutos, las reglamentaciones y otros materiales de interpretación aplicables para obtener

información completa y vigente, incluyendo las reglas definitivas transitorias (IFR) del HHS [\*Requisitos relacionados con las facturas sorpresivas; parte II\*](#), publicadas el 7 de octubre de 2022.

Los proveedores y centros no deben incluir estas instrucciones con los documentos que entreguen a las entidades de SDR seleccionadas.

### **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a contestar un petición de información que no presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuestos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta petición de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para contestar esta petición de información es de 1.3 horas por respuesta en promedio, lo que incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar datos en los recursos existentes, reunir los datos necesarios y contestar y revisar la petición de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo, o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Toda la información recolectada conforme a esta iniciativa se mantendrá en estricto cumplimiento de los estatutos y las reglamentaciones que rigen los requisitos de confidencialidad. Por lo tanto, protegeremos la información conforme a los requisitos de la Ley del Servicio de Salud Pública, con las enmiendas de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales de 2021, las reglamentaciones promulgadas conforme a la HIPAA con sus enmiendas (45 CFR 160-164) y la Ley de Privacidad de 1974, con sus enmiendas (5 U.S.C. sección 552a). El HHS mantiene un sistema de registros para la recolección de información de identificación personal relacionada con las disputas de los reclamantes. El aviso del sistema de registros que corresponde a la información personal recolectada en los formularios y durante el proceso de PPDR se titula "Quejas contra emisoras de seguros de salud y planes de salud (CAHII)", número de sistema 09-70-9005, disponible en <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.

Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo, o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, o envíe correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov).

## **Aviso del proveedor o centro de servicios de salud a la entidad de resolución de disputas seleccionada sobre un acuerdo de pago**

Un proveedor o centro de servicios de salud debe rellenar este formulario cuando, en colaboración con la persona no asegurada (o que paga por cuenta propia) o con el representante autorizado de la persona, han resuelto una disputa sobre el pago fuera del proceso de resolución de disputas.

Las normas federales ordenan que los proveedores y centros de servicios de salud notifiquen a la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR, por sus siglas en inglés) a más tardar 3 días hábiles después de la fecha del acuerdo.

### **Rellene la información sobre el acuerdo de pago.**

Fecha de hoy:                    /                    /

Nombre de la entidad de SDR:
Número de referencia:
Nombre del proveedor o centro:
<b>Importe de pago acordado</b>
Fecha en la que se llegó a un acuerdo sobre el nuevo pago: _____ / _____ / _____
<b>Seleccione una opción:</b>
<input type="checkbox"/> Acordamos un nuevo importe de pago. El importe definitivo del pago de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) es: \$
<input type="checkbox"/> Acordamos brindar asistencia financiera. El importe definitivo del pago de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) es: \$

<b>Información de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)</b>		
Nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia):		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
(Opcional) Nombre del representante autorizado:		
<b>Información del proveedor o centro de servicios de salud</b>		
Nombre del proveedor o centro de servicios de salud		
Calle y número		
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	
<b>Adjunto a este formulario</b> (marque una opción):		
<input type="checkbox"/> Documentos de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia), o firmados por dicha persona, en los que acepta el nuevo importe de pago.		
<input type="checkbox"/> Reconozco que el importe definitivo de pago acordado incluye el reembolso de por lo menos la mitad del costo de la tarifa administrativa de \$25 (\$12.50) pagada por la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o por su representante autorizado para solicitar la resolución de disputas.		

Después de que entregue este formulario, la entidad de SDR acusará recibo de los documentos y notificará a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) sobre la reducción de la tarifa administrativa. Si tiene alguna pregunta, envíe correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov).

Para ver más información, visite <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

**DECLARACIÓN CONFORME A LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están autorizados para recibir la información de este formulario y sus documentos de sustento conforme a la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública (PHSA, por sus siglas en inglés), con la adición de la sección 112 de la Ley de No Sorpresas, título I de la división BB de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales, 2021 (ley pública 116-260). Necesitamos la información de este formulario para permitir que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cumpla con las obligaciones establecidas por la sección 2799B-7 de la PHSA y sus reglamentaciones de implementación, a fin de establecer y operar un proceso de resolución de disputas entre pacientes y proveedores para ciertas personas sin seguro (o que paguen por cuenta propia) que reciban una factura que sea sustancialmente superior a la estimación de buena fe provista por un proveedor o centro de servicios de salud antes de que recibiera los artículos o servicios. Podemos usar esta información para procesar una solicitud de iniciar una disputa del pago, verificar la elegibilidad de una disputa para el proceso de PPDR y determinar si existe algún conflicto de intereses con la entidad de resolución de disputas seleccionada que sea seleccionada para decidir una disputa. La información también puede usarse para los siguientes fines: (1) respaldar una decisión en una disputa; (2) ayudar en la operación y vigilancia constante del programa de PPDR; (3) evaluar el cumplimiento de la entidad de SDR con las reglas del programa. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Pero en caso de no proporcionarla, puede demorarse o impedirse el procesamiento de una disputa, o podría provocar que una disputa se decida a favor del proveedor o centro.

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información recolectada conforme a esta iniciativa se mantendrá en estricto cumplimiento de los estatutos y las reglamentaciones que rigen los requisitos de confidencialidad. Por lo tanto, protegeremos la información conforme a los requisitos de la Ley del Servicio de Salud Pública, con las enmiendas de la Ley Consolidada de Asignaciones Presupuestales de 2021, las reglamentaciones promulgadas conforme a la HIPAA con sus enmiendas (45 CFR 160-164) y la Ley de Privacidad de 1974, con sus enmiendas (5 U.S.C. sección 552a). El HHS mantiene un sistema de registros para la recolección de información de identificación personal relacionada con las disputas de los reclamantes. El aviso del sistema de registros que corresponde a la información personal recolectada en los formularios y durante el proceso de PPDR se titula "Quejas contra emisoras de seguros de salud y planes de salud (CAHII)", número de sistema 09-70-9005, disponible en <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.