

## APÉNDICE 7

### **Aviso estándar: Notificación de la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR) a los proveedores y centros de servicios de salud y a las personas sin seguro (o que pagan por cuenta propia)**

**(Para uso de las entidades de SDR a partir del 1 de enero de 2022)**

#### **Instrucciones**

De conformidad con la sección 2799B-7 de la Ley del Servicio de Salud Pública, 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 proveedores de servicios de salud,<sup>1</sup> o centros de servicios de salud y 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 personas que estén inscritas pero 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), al determinar el importe que dichas personas deben pagar a su proveedor o centro de servicios de salud. De acuerdo con los criterios federales, una vez que el HHS determine que una persona es elegible para disputar los cargos facturados, el HHS debe seleccionar una entidad de SDR para la resolución de la disputa.

Una vez que el HHS asigne una entidad de SDR a una disputa, la entidad de SDR debe informar a ambas partes (la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) y el proveedor o centro de servicios de salud) sobre la selección. Además, la entidad de SDR debe solicitar que el proveedor de servicios de salud entregue información específica, en un plazo de 10 días hábiles de que reciba el aviso, para que la entidad de SDR pueda usar los datos para hacer una determinación sobre la disputa.

El HHS ha elaborado este aviso estándar para que los proveedores o centros y las personas sin seguro (o que pagan por cuenta propia) sean informadas de la selección de la entidad de SDR. Para usar este aviso estándar, la entidad de SDR 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 tituladas [\*Requisitos relacionados con las facturas sorpresivas; parte II\*](#), publicadas el 7 de octubre de 2021.

#### **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).

---

<sup>1</sup> Para simplificar las referencias, en este documento debe considerarse que el término "proveedor" incluye a los proveedores de servicios de ambulancia aérea.

# **Aviso al proveedor o centro y a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia): Entidad de resolución de disputas seleccionada elegida por el HHS**

[Fecha]

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) recibió un aviso de inicio de resolución de disputa entre paciente y proveedor que los identifica como las partes en este asunto. El HHS ha designado a una entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR) para estudiar el caso; el número de referencia de su caso es [XXXX].

**Se ha asignado a [nombre de la entidad de SDR] a este caso.** Puede contactarlos en:

[Dirección postal de la entidad de SDR]

[Teléfono de la entidad de SDR]

[Fax de la entidad de SDR]

**[INCLUIR SI EL DESTINATARIO DE ESTE AVISO ES EL PACIENTE]**

**[NOMBRE DE LA PERSONA SIN SEGURO (O QUE PAGA POR CUENTA PROPIA)]**

no necesita realizar ninguna acción por ahora.

**[INCLUIR SI EL DESTINATARIO DE ESTE AVISO ES EL PROVEEDOR O CENTRO]**

- Nombre completo del paciente
- Fecha de recepción del aviso de inicio
- Últimos 4 dígitos del número de referencia / número de factura / número de cuenta en la factura que entregó el paciente
- Artículos o servicios en disputa

**Dentro de un plazo de 10 días hábiles, [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] debe enviar a [nombre de la entidad de SDR] la siguiente información.** Se le recomienda encarecidamente que use el [portal de resolución de disputas](#).

- Una copia de la estimación de buena fe entregada al paciente en este caso
- Una copia de la factura enviada al paciente con los artículos o servicios en disputa
- La justificación de por qué el monto facturado fue apropiado y se basó en circunstancias imprevistas que no podían preverse razonablemente cuando se entregó la estimación de buena fe.

**[TANTO PARA LA PERSONA SIN SEGURO (O QUE PAGA POR CUENTA PROPIA) COMO PARA EL PROVEEDOR O CENTRO]**

Las partes pueden llegar a un acuerdo sobre el monto de su pago en cualquier momento después de que inicie el proceso de resolución de disputa, pero antes de que la entidad de SDR haga una determinación. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo sobre el monto

del pago, [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] debe notificarlo a la entidad de SDR por medio del portal de resolución de disputas, de manera electrónica o mediante un formulario impreso, lo antes posible y a más tardar 3 días hábiles después de la fecha del acuerdo.

La notificación del acuerdo debe contener el monto acordado, la fecha en que se llegó al acuerdo y documentos que demuestren que el proveedor o centro y la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) están de acuerdo con el monto acordado. El aviso de acuerdo también debe documentar que el proveedor o centro ha aplicado al monto acordado con la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) un descuento que sea por lo menos igual a la mitad del monto de la tarifa administrativa. Puede llamar al teléfono 1-800-985-3059 para recibir más información sobre el aviso de acuerdo.

[Nombre de la entidad de SDR] declaró que no tiene conflictos de intereses en este caso, lo que significa que:

- No tiene intereses financieros en el caso y no está empleada por el proveedor o centro de servicios de salud, ni por la persona asegurada (o que paga por cuenta propia).
- No tuvo una relación familiar, financiera o profesional con el proveedor o centro de servicios de salud, ni con la persona asegurada (o que paga por cuenta propia), durante el último año.
- No tuvo otro conflicto de intereses con el proveedor o centro de servicios de salud, ni con la persona asegurada (o que paga por cuenta propia).

Si tiene alguna inquietud sobre posibles conflictos de intereses con esta entidad de SDR, 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 (SDR) 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>.