

## APÉNDICE 6

### **Aviso estándar: Aviso de determinación de la resolución de disputas seleccionada (SDR) a las partes, entregada conforme a la Ley de No Sorpresas**

**(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 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 dicho 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 del HHS 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 presente aviso debe ser utilizado por las entidades de SDR para notificar a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) y al proveedor o centro de servicios de salud si la diferencia entre el monto facturado y la "estimación de buena fe" está justificado o no, conforme al proceso de determinación regulatoria, y el monto que la persona sin seguro debe pagar al proveedor o centro de servicios de salud.

El HHS ha elaborado este modelo de aviso para que los proveedores o centros y las personas sin seguro (o que pagan por cuenta propia) sean informadas de la determinación de la entidad de SDR. Para usar este modelo de aviso, 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.

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

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a contestar una 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 de decisión de la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR)  
a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)**

Fecha

Nombre del paciente o representante autorizado

Dirección del paciente o representante autorizado

Ciudad, estado, código postal del paciente o representante autorizado

**Asunto: Decisión sobre el proceso de disputa entre paciente y proveedor  
referente a: Número de referencia: XXXXXXXX**

[Nombre del paciente o representante autorizado]:

Hemos estudiado la información de [número de referencia: XXXXXXXX]. Sobre la base de nuestra revisión, nuestra decisión es que [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] [seleccione una opción: ha  no ha] proporcionado suficiente información creíble para demostrar que la diferencia entre el monto facturado y la estimación de buena fe refleja los costos de un artículo o servicio médicamente necesario y se basa en circunstancias imprevistas que no podían preverse razonablemente cuando se proporcionó la estimación de buena fe.

Sobre la base de esta decisión, **[nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)] debe pagar [seleccione una opción: \$XXX, que es el total de los cargos esperados **[por el artículo o servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]** de la estimación de buena fe, menos la tarifa administrativa de \$25 que usted pagó  \$YYY, que es el monto facturado **[por el artículo o servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]  \$ZZZ,** que es el monto mediano pagado por un plan de salud colectivo o una compañía de seguro de salud por **[servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]** iguales o similares, de un proveedor igual o similar en su región geográfica]. [La persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)] debe pagarle directamente a [nombre del proveedor o centro de servicios de salud].**

Esta decisión es vinculante, a menos que existan acusaciones de fraude o falsedad en los datos que se nos presentaron, en cuyo caso usted puede tener derecho a otros remedios legales. Además, [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] puede ofrecer asistencia financiera o aceptar una oferta de pago de un monto menor, o [nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)] puede aceptar pagar los cargos facturados en su totalidad, o puede acordar el pago de un monto diferente con [nombre del proveedor o centro de servicios de salud].

Para obtener más información, o si tiene preguntas sobre sus derechos conforme a la Ley de No Sorpresas, visite <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> o llame al teléfono 1-800-985-3059. Si cree que su proveedor quizá no está cumpliendo las reglas, envíe correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) para presentar una queja. También puede enviar correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) si tiene preguntas sobre la información que contiene este aviso.

Atentamente,

[Nombre de la entidad de SDR], entidad de resolución de disputas seleccionada

[Correo electrónico de la compañía]

[Teléfono de la compañía]

[Fax de la compañía]

**Aviso de decisión de la entidad de resolución de disputas seleccionada (SDR)  
al proveedor o centro de servicios de salud**

Fecha

Nombre del proveedor o centro de servicios de salud

Dirección del proveedor o centro de servicios de salud

Ciudad, estado, código postal del proveedor o centro de servicios de salud

**Asunto: Decisión sobre el proceso de disputa entre paciente y proveedor  
referente a: Número de referencia: XXXXXXXX**

[Proveedor o centro de servicios de salud]:

Hemos estudiado la información de [número de referencia: XXXXXXXX]. Sobre la base de nuestra revisión, nuestra determinación es que usted **[seleccione una opción: ha O no ha]** proporcionado información creíble para demostrar que la diferencia entre los cargos facturados y la estimación de buena fe refleja los costos de un artículo o servicio médicamente necesario y se basa en circunstancias imprevistas que no podían preverse razonablemente.

**[Si la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) ganó:]**

Sobre la base de esta decisión, [nombre del paciente] debe pagar \$XXX, que es el total de los cargos esperados **[seleccione una opción: [por el artículo o servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]** incluidos en la estimación de buena fe, menos la tarifa administrativa de \$25 que pagó la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) por el proceso de disputa **O** \$ZZZ, que es el monto mediano pagado por **[servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]** iguales o similares, de un proveedor igual o similar en su región geográfica]. Usted debe hacer los arreglos para dicho pago directamente con [nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)].

**[Si el proveedor o centro de servicios de salud ganó:]**

Sobre la base de esta decisión, [nombre del paciente] debe pagar \$YYY, que es el cargo facturado **[por el artículo o servicio AA] [y el artículo o servicio BB si era necesario y el artículo o servicio CC si era necesario etc.]**. Usted debe hacer los arreglos para dicho pago directamente con [nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)].

Esta decisión es vinculante, a menos que existan acusaciones de fraude o falsedad en los datos que se nos presentaron, en cuyo caso usted puede tener derecho a otros remedios legales. Además, [nombre del proveedor o centro de servicios de salud] puede ofrecer asistencia financiera o aceptar una oferta de pago de un monto menor, o [nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia)] puede aceptar pagar los cargos facturados en su totalidad, o puede acordar el pago de un monto diferente con [nombre del proveedor o centro de servicios de salud].

Para obtener más información, o si tiene preguntas sobre la Ley de No Sorpresas, visite <https://www.cms.gov/nosurprises> o llame al teléfono 1-800-985-3059. También puede enviar correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov) si tiene preguntas sobre la información que contiene este aviso.

Atentamente,

[Nombre de la entidad de SDR], entidad de resolución de disputas seleccionada

[Correo electrónico de la compañía]

[Teléfono de la compañía]

[Fax de la compañía]

**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>.