

APÉNDICE 2

**Formulario de resolución de disputas entre paciente y proveedor**

**Determine si es elegible para el proceso de resolución de disputas**

Esta formulario es solamente para personas que **no** tienen cobertura de servicios de salud o que decidieron no usar su cobertura para este servicio o artículo médico.

¿Su proveedor o centro de servicios de salud le entregó una estimación de buena fe de un artículo o servicio médico (u otros documentos referentes al costo previsto de un artículo o servicio)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La factura de su proveedor o centro de servicios de salud es por lo menos \$400 más alta que la estimación de buena fe (o otros documentos) de ese proveedor o centro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La <b>fecha en la parte superior de la factura que contiene el artículo o servicio que quiere disputar</b> es de los últimos 120 días calendario (alrededor de 4 meses)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si contestó que **NO** a cualquiera de estas preguntas:

- Usted no es elegible para el proceso de resolución de disputas. Puede contactar a su proveedor de servicios de salud para negociar su factura y solicitar asistencia financiera.
- Si cree que debió recibir una estimación de buena fe, o tiene otras preguntas, visite [CMS.gov, Medical Bill Rights](https://www.cms.gov/medicare/medical-coverage-benefits/medical-bill-rights) o llame al teléfono 1-800-985-3059.

Si contestó que **SÍ** a **TODAS** estas preguntas:

**Usted puede ser elegible para el proceso de resolución de disputas. Rellene el resto de este formulario.**

Nota: mientras su factura está en disputa, su proveedor o centro no puede enviar la factura por el artículo o servicio en disputa a cobranza, ni amenazarlo con





Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

Teléfono

## Lea y firme

- Me comprometo a permitir que mi proveedor de servicios de salud entregue todos los registros médicos y de tratamiento pertinentes, que se relacionen con esta disputa, a la entidad de resolución de disputas seleccionadas (SDR, por sus siglas en inglés) que seleccione el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés). Entiendo que la entidad de SDR solamente usará esta información para tomar una decisión sobre la disputa. Mi información se mantendrá confidencial y no se le divulgará a nadie más.
- Me comprometo a pagar una tarifa de \$25 por el proceso de disputa. Es necesario hacer el pago al iniciar el proceso de disputa. No se aceptarán cheques personales ni dinero en efectivo. Los formas de pago aceptadas son: cheque de caja, giro postal o pagos electrónicos, como los pagos con tarjeta de crédito o débito o con una aplicación móvil de pagos. Los pagos deben hacerse a favor de [entidad de SDR].
- Cuando la entidad de SDR tome la decisión sobre el precio de estos artículos o servicios médicos, me comprometo a liquidar el importe decidido.

Marque aquí para indicar su aceptación

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

## Cómo enviar este formulario

Asegúrese de incluir:

- Una copia de la **factura** de su proveedor o centro de servicios de salud que quiere disputar
- Una copia de la **estimación de buena fe** (u otros documentos referentes al costo previsto de un artículo o servicio) del artículo o servicio que quiere disputar.
- Su tarifa administrativa de \$25 (si usa correo postal)

Puede enviar este formulario y los documentos:

- **Por internet**

[CMS.gov, Medical Bill Rights, Dispute a medical bill](#)

- **Por correo postal**

[Nombre de la entidad de SDR]

Dirección

Dirección

Para recibir ayuda adicional, llame al teléfono 1-800-985-3059 o envíe correo electrónico a [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)

Si prefiere hacer su pago de manera electrónica, cuando la entidad de SDR reciba este formulario le enviará un enlace para que pueda pagar de manera electrónica la tarifa, a fin de iniciar el proceso de disputa. Si envía su tarifa por correo, envíe un cheque de caja o giro postal a favor de [la entidad de SDR] junto con su formulario. No envíe efectivo ni cheques personales, ya que no son formas de pago aceptables para su tarifa administrativa

**Conserve una copia de este formulario relleno, o tómese una fotografía. Podría necesitarla después.**

Para ver más información sobre su derecho a disputar facturas médicas conforme a las leyes federales, visite: [CMS.gov, Medical Bill Rights](#).

Si tiene preguntas sobre sus derechos conforme a la Ley de No Sorpresas, visite [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.

## **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).

**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 [federalregister.gov](https://www.federalregister.gov), [Privacy Act of 1974](#); [System of Records](#).