

## APÉNDICE 1

### **Aviso estándar: Inelegible para la resolución de disputas entre paciente y proveedor o se necesita información adicional**

**(Para uso de entidades de resolución de disputas seleccionadas, para enviar a personas sin seguro (o que paguen por cuenta propia) o a sus representantes autorizados 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.

Este aviso será utilizado por las entidades de SDR para informar a una persona sin seguro (o que paga por cuenta propia), o a su representante autorizado, que la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) no es elegible para la resolución de disputas o que su solicitud de iniciar la resolución de disputas estaba incompleta. Si la solicitud estaba incompleta, el aviso informa a la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia), o a su representante autorizado, lo que necesita para establecer su elegibilidad para la resolución de disputas.

**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 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/2018/02/14/201803014/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).

Fecha

[Nombre de la persona sin seguro/que paga por cuenta propia o de su representante autorizado]  
[Dirección de la persona sin seguro/que paga por cuenta propia o de su representante autorizado]  
[Ciudad, estado, código postal de la persona sin seguro/que paga por cuenta propia o de su representante autorizado]

**Asunto: Información sobre su caso de resolución de disputas entre paciente y proveedor, Número de referencia: XXXXXXXX**

[Nombre de la persona sin seguro (o que paga por cuenta propia) o de su representante autorizado]:

Recibimos su formulario para iniciar el proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor, con número de referencia [insertar número], recibido el día [insertar fecha].

*[Si el rechazo se debió a la elegibilidad]* Sobre la base de nuestra revisión, usted no es elegible para el proceso de disputa entre paciente y proveedor porque *[seleccione todas las opciones aplicables de las siguientes]*

- La factura del proveedor o centro no es por lo menos \$400 más alta que la estimación de buena fe (GFE, por sus siglas en inglés) de ese proveedor o centro.
- [El HHS recibió su formulario / su formulario tenía matasellos de] el día [insertar fecha], que era 120 días calendario (o más) después de la fecha de la factura.

Aunque no puede usar el proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor para esta factura, aún puede contactar al proveedor o centro de servicios de salud que aparece en la estimación de buena fe para negociar la factura y solicitar asistencia financiera. *[FIN]*

*[Si el rechazo se debió a deficiencias]* Sobre la base de nuestra revisión, necesitamos más información para procesar su disputa. Envíe lo siguiente:

*[Indicar solo las deficiencias descubiertas]:*

- Los nombres de los artículos o servicios que desea disputar
- La fecha en que programó (o solicitó una estimación del costo de) los artículos o servicios que desea disputar
- La fecha en que recibió los artículos o servicios

- Una breve descripción de los artículos o servicios
- Una copia de la factura de los artículos o servicios que desea disputar
- Una copia de la estimación de buena fe u otros documentos de su proveedor o centro que se refieran al costo previsto de un artículo o servicio
- Información de contacto del proveedor o centro de servicios de salud, incluyendo su nombre, dirección de correo electrónico, número de teléfono y dirección postal
- Pago de la tarifa administrativa
- Otro:

Por favor envíe estos **documentos de sustento o su pago a más tardar el día {insertar la fecha que sea 21 días calendario después de la fecha de esta carta}** usando una de las siguientes opciones:

Por internet:

[inserte aquí el enlace GUID al formulario web del proceso federal de IDR]

O por correo electrónico:

FederalPPDRQuestions@cms.hhs.go

v

Correo postal: [Dirección de la entidad de SDR]

Pagos por internet: [inserte aquí la información para el pago]

Pago por correo: Cheque de caja o giro postal a favor de [Entidad de SDR], enviar por correo a [dirección de la entidad de SDR]

**Incluya su número de referencia [número de referencia] en todos los documentos que envíe.**

Cuando recibamos su información, continuaremos el proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor. Si no responde en un plazo de 21 días calendario de la fecha de esta carta, podemos rechazar su solicitud de usar el proceso de resolución de disputas entre paciente y proveedor. *[FIN]*

Atentamente,

[Entidad de SDR]

[Línea 1 de la dirección]

[Línea 2 de la dirección]

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.

**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>.