

الملحق رقم 7

**الإخطار النموذجي: إخطار كيان حل النزاعات المختار لمزودي ومنشآت الرعاية الصحية والأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا)**

(للاستخدام من قبل كيانات حل النزاعات المختارة اعتبارًا من 1 يناير 2022)

**التعليمات**

بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة، يتعين على وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) إنشاء عملية لحل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمة، حيث يمكن لأحد كيانات حل النزاعات المختارة (SDR) حل نزاع بخصوص المدفوعات بين مزودي<sup>1</sup> أو مرافق الرعاية الصحية وبين الأفراد غير المسجلين في خطة صحية جماعية، أو تغطية تأمين صحي جماعي أو فردي، أو برنامج رعاية صحية فيدرالي، أو خطة مزايا صحية لبرنامج المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين (FEHB) (الأفراد غير المؤمن عليهم)، أو الأفراد المسجلين لكنهم لا يسعون لتقديم مطالبة تخص خطتهم الصحية الجماعية، أو تغطية التأمين الصحي، أو خطة المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين (الأفراد الذين يدفعون ذاتيًا) من خلال تحديد المبلغ الذي يجب أن يدفعه هؤلاء الأفراد إلى مزود أو منشأة الرعاية الصحية. بموجب المعايير الفيدرالية، وبمجرد أن تحدد وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية أن الشخص مؤهل للاعتراض على الرسوم الواردة في الفاتورة، يجب عليها تقرير كيان حل النزاعات المختار لتسوية المنازعة.

بمجرد أن تحدد وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية كيان حل النزاعات المختار لتسوية المنازعة، يجب على هذا الكيان إخطار كلا الطرفين (الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) ومزود أو منشأة الرعاية الصحية) بالاختيار. بالإضافة إلى ذلك، يجب على كيان حل النزاعات المختار أن يطلب من مزود الرعاية الصحية تقديم معلومات محددة في خلال 10 أيام عمل من استلام الإخطار حتى يتمكن الكيان من استخدام البيانات لاتخاذ قرار بشأن النزاع.

طورت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية نموذج هذا الإخطار بحيث يتم إبلاغ المزودين بالخدمة أو المنشآت ذات الصلة والأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا) بقرار اختيار كيان حل النزاعات المختار. لاستخدام نموذج الإخطار هذا، يجب على كيان حل النزاعات المختار تعبئة الفراغات بالمعلومات المناسبة.

**ملاحظة:** تهدف المعلومات المقدمة في هذه التعليمات فقط إلى أن تكون ملخصًا عامًا غير رسمي للمعايير القانونية الفنية. وليس المقصود منها أن تحل محل القوانين أو اللوائح أو توجيهات السياسة الرسمية التي تستند إليها. يجب على القراء الرجوع إلى القوانين واللوائح المعمول بها والمواد التفسيرية الأخرى للحصول على معلومات كاملة وحديثة، بما في ذلك القواعد النهائية المؤقتة (IFR) لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بعنوان [المتطلبات المتعلقة بالفواتير المفاجئة؛ الجزء الثاني](#)، تاريخ النشر 7 أكتوبر 2021.

**بيان قانون الحد من الأعمال الورقية**

وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم صحيح لمراقبة مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لجمع المعلومات هذا هو NEW-0938. يُقدر الوقت اللازم لإكمال جمع المعلومات هذا بمتوسط 1.3 ساعة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى أن تكتب إلى:

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05,  
Baltimore, Maryland 21244-1850.

سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية. بناءً على ذلك، فسنعرض المعلومات وفقاً لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة بموجب قانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، بصيغته المعدلة (القسم 552a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات (PPDR) عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية" (CAHII)، رقم النظام 9005-70-09، المتاح على <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.

إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى أن تكتب إلى:  
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05,  
Baltimore, Maryland 21244-1850 ، أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى  
[FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov).

<sup>1</sup> لتسهيل الإحالة، ولأغراض هذه الوثيقة، ينبغي اعتبار مصطلح "المزود بالخدمات" شاملاً للمزودين بخدمات الإسعاف الجوي.

**إخطار للمزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة والشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتياً):**  
**كيان حل النزاعات المختار الذي تختاره وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية**

[Date]

تلقت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) إخطارًا ببدء حل النزاع بين المريض والمزود بالخدمة يحددك كطرف في هذه المسألة. حددت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية كيانًا مختارًا لحل النزاعات (SDR) لمراجعة الحالة؛ الرقم المرجعي لحالتك هو [XXXX].

[SDR entity name] المحدد لهذه الحالة. يمكن التواصل معه على:

[SDR Entity Mailing Address]

[SDR Entity Phone #]

[SDR Entity Fax #]

**[INCLUDE IF THE RECIPIENT OF THIS NOTICE IS THE PATIENT]**

[UNINSURED (OR SELF-PAY) INDIVIDUAL NAME] لا يحتاج لاتخاذ أي إجراء في هذا الوقت.

**[INCLUDE IF THE RECIPIENT OF THIS NOTICE IS THE PROVIDER OR FACILITY]**

- اسم المريض كاملاً
- تاريخ استلام إخطار مباشرة حل النزاع
- آخر 4 أرقام من الرقم المرجعي/رقم الفاتورة/رقم الحساب الموجود في الفاتورة التي قدمها المريض
- العناصر أو الخدمات محل النزاع

خلال 10 أيام عمل، [Health Care Provider / Facility Name] يجب أن يرسل [SDR Entity Name] المعلومات التالية. نشجعك بشدة على استخدام [بوابة حل النزاعات](#).

- نسخة من تقدير حسن النية المقدم للمريض في هذه الحالة
- نسخة من الفاتورة المرسلة للمريض عن العناصر أو الخدمات محل النزاع
- تبرير سبب كون مبلغ الفاتورة مناسبًا واستنادًا إلى ظروف غير متوقعة لم يمكن توقعها بشكل معقول عندما تم تقديم تقدير حسن النية

**FOR BOTH UNINSURED (OR SELF-PAY) INDIVIDUAL AND PROVIDER OR ] FACILITY]**

في أي وقت بعد بدء عملية حل النزاع لكن قبل أن يتخذ كيان حل النزاعات قرارًا، يمكن للأطراف تسوية مبلغ مدفوعاتهم. في حالة موافقة الأطراف على تسوية مبلغ الدفع، يجب على [health care provider / facility name] إخطار كيان حل النزاعات المختار من خلال بوابة حل النزاعات، إلكترونيًا أو ورقياً، في أقرب وقت ممكن، لكن في موعد لا يتجاوز 3 أيام عمل بعد تاريخ الاتفاق.

يجب أن يحتوي إخطار التسوية على مبلغ التسوية، وتاريخ التوصل إليها، والوثائق التي تثبت موافقة المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة والشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) على التسوية. يجب أن يوثق إخطار التسوية أيضًا أن المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة قد طُبِّق تخفيضًا على مبلغ تسوية الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) الذي يساوي على الأقل نصف مبلغ الرسوم الإدارية. يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-985-3059 لمعرفة المزيد حول إخطار التسوية.

ذكر [SDR entity's name] أنهم ليس لديهم أي تضارب في المصالح في هذه القضية، ما يعني أنهم:

- ليس لديهم مصلحة مالية في هذه الحالة وليسوا موظفين لدى مزود أو منشأة الرعاية الصحية أو الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا).
- لم تكن لديهم علاقة عائلية أو مالية أو مهنية مع مزود أو منشأة الرعاية الصحية أو الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا) خلال العام الماضي.
- ليس لديهم تضارب آخر في المصالح مع مزود أو منشأة الرعاية الصحية أو الشخص غير المؤمن عليه (أو الذي يدفع ذاتيًا).

إذا كانت لديك اهتمامات بشأن تضارب المصالح مع كيان حل النزاعات المختار، أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov).

للمزيد من المعلومات، قم بزيارة <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

**بيان قانون الخصوصية:** تُخوّل مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (CMS) بجمع المعلومات في هذا النموذج وأي وثائق داعمة بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة (PHSA)، كما تمت الإضافة بموجب المادة 112 من قانون عدم المفاجآت، القسم 1 من الفرع ب-ب من قانون الاعتمادات الموحدة، 2021 (المنشور L. 116-260) نحتاج إلى المعلومات الموجودة في النموذج لتمكين وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من تلبية المتطلبات بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة ولوائح التنفيذ لإنشاء وتفعيل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات لبعض الأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتياً) أو الأشخاص الذين يتلقون فاتورة تتجاوز بشكل كبير تقدير حسن النية المقدم من المزود بالرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة قبل استلام العناصر أو الخدمات. قد نستخدم هذه المعلومات للتعامل مع طلب لمباشرة نزاع حول الدفع، والتحقق من الأهلية للمنازعة لأجل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات، ولتحديد ما إذا كان هناك أي تضارب في المصالح مع كيان حل النزاعات (SDR) المختار الذي تم اختياره للفصل في النزاع. يجوز أيضاً استخدام المعلومات من أجل:

- (1) دعم القرار بشأن النزاع؛ (2) دعم التشغيل والإشراف المستمرين لبرنامج عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات؛ (3) تقييم امتثال كيان حل النزاعات المختار لقواعد البرنامج. يُعد توفير المعلومات المطلوبة أمر تطوعي. لكن التخلف عن تقديمه قد يؤخر أو يمنع التعامل مع النزاع، أو قد يؤدي إلى الفصل في النزاع لصالح المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة.

**بيان السرية:** سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية. وبناءً على ذلك، سنحمي المعلومات وفقاً لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة بموجب قانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، كما تم تعديله (القسم 525a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية" (CAHII)، رقم النظام 09-70-9005، المتاح

على <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.