OMB Control Number: 0938-NEW

Expiration Date: XX/XX/XXXX

附錄9

標準通知:選定的爭議解決 (SDR) 實體向醫療保健提供者或機構以及無保險(或自費)個人 發出通知·確認收到爭議解決和行動

(自 2022 年 1 月 1 日起供 SDR 實體使用)

用法說明

根據《公共衛生服務法》第2799B-7條及其實施條例,美國衛生與公眾服務部(HHS)必須建立患者與提供者爭議解決程序,選定爭議解決(SDR)實體可以在該程序中解決患者與提供者之間的爭議解決程序。未參加團體健康計劃、團體或個人健康保險、聯邦醫療保健計劃、聯邦僱員健康福利(FEHB)計劃健康福利計劃(無保險個人)的個人之間的付款爭議不尋求透過確定個人必須向其支付的金額來向其團體健康計劃、健康保險或 FEHB 健康福利計劃(自費個人)以及醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者提出索賠他們的醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者提出索賠他們的醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者。根據聯邦標準,特別提款權實體將審查啟動通知,以確定無保險(或自費)的個人是否有資格對帳單提出異議。

在爭議解決程序啟動後、特別提款權實體做出決定之前的任何時刻,各方都可以透過提供經濟援助或接受較低金額的要約來解決付款金額,或者透過無保險(或自費)個人同意全額支付帳單費用。如果雙方同意就付款金額進行結算,提供者或設施應盡快透過聯邦 IDR 入口網站以電子方式或紙本形式通知 SDR 實體,但不得遲於付款後 3 個工作天。協議日期。

本通知供 SDR 實體用來通知醫療保健提供者或機構以及無保險(或自費)個人已收到和解協議且爭議已結束,或者 SDR 實體需要各方提供更多資訊。

HHS 開發了此通知模型,以便提供者或機構可以使用它來通知 SDR 實體,無保險 (或自費)個人與醫療保健提供者或機構之間已達成和解。要使用此模型通知,提供者或設施必須在空白處填寫適當的資訊。

<u>注意</u>:這些說明中提供的資訊僅旨在作為技術法律標準的一般性非正式摘要。它無意取代其所依據的法規、法規或正式政策指引。讀者應參閱適用的法規、法規和其他解釋材料以獲取完整的最新信息,包括HHS 臨時最終規則 (IFR) <u>與意外計費相關的要求;第二部分</u>,發佈於2021年10月7日。

減少文書工作法案聲明

根據 1995 年《減少文書工作法案》,任何人都無需對資訊收集做出回應,除非資訊顯示有效的管理和預算辦公室 (OMB) 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-NEW。完成此資訊收集所需的時間估計為每次回覆平均 1.3 小時,其中包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議,請寫信至:CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。

根據該計劃收集的所有資訊將嚴格按照有關保密要求的法律和法規進行維護。因此,我們將根據經 2021 年綜合撥款法修訂的《公共衛生服務法》、經修訂的 HIPAA 頒布的法規 (45 CFR 160-164) 以及 1974 年《隱私法》的要求來保護信息,修訂(5 U.S.C. 第552a 條)。HHS 維護一個記錄系統,用於收集與索賠人爭議相關的個人識別資訊。與表格上和 PPDR 流程中收集的個人資訊相關的記錄通知系統標題為"針對健康保險發行者和健康計劃 (CAHII) 的投訴",系統編號 09-70-9005,可在以下網址取得:https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records。

如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議,請寫信至: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850,或發送電子郵件至: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov。

選定的爭議解決 (SDR) 實體向醫療保健提供者或機構以及無保險(或自費)個人發出通知,確認收到爭議解決和相應行動

[Date]

[Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative Name] [Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative Address] [Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative City, State, Zip]

[Health Care Provider or Facility Name]
[Health Care Provider or Facility Address]
[Health Care Provider or Facility Name City, State, Zip]

關於: 患者與提供者爭議解決流程和解決定關於:

參考編號:XXXXXXXX

[Uninsured (or Self-pay) Individual or Authorized Representative name], [Health Care Provider or Facility name]

我們已收到並審核了[Health Care Provider or Facility name] 提交的 [Reference Number: XXXXXXXX] 的和解資訊。

□ [Check this box if all information is included.] 和解協議符合所有要求。[Uninsured (or Self-pay) Individual (or Authorized Representative) name] 已同意為 [disputed item or service]支付[enter amount Uninsured (or Self-pay) Individual has agreed to pay]。該爭議被視為已解決並結束,並適用商定的付款金額。

該決定具有約束力,除非有欺詐指控或向我們提供的事實有誤,在這種情況下,您可能有權尋求其他法律補救措施。此外,[Health Care Provider or Facility name] 可能會提供經濟援助或同意較低付款金額的提議,或者 [Uninsured (or Self-pay) Individual name] 可能同意全額支付賬單費用,或者可能同意與[Health Care Provider or Facility name]支付不同的付款金額。有關更多信息,請參閱https://www.cms.gov/medical-bill-rights。

	[Check this box if information is missing.] 和解協議缺少資訊。[Health Ca Provider or Facility name] 應提供以下缺失項目:	are
	□ 無保險(或自費)個人將支付的商定的結算金額	
	□ 達成和解的日期	

- □ 證明提供者或設施及無保險(或自費)個人已同意和解的文件
- □ 證明病患的最終付款金額已減少至少一半的行政費
- □ 其他,説明:

真摯地,

[SDR Entity Name] 選定的爭議解決實體 [Company Email] [Company Phone] [Company Fax #]

隱私權法聲明:醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 有權根據《公共衛生服務法》(PHS A) 第 2799B-7 條收集本表格上的資訊以及任何支持文件,同樣添加的《無意外法》第 1 12 條,《2021 年綜合撥款法》BB 部第一章 (Pub. L. 116-260) 的規定。我們需要表格上的信息,以便美國衛生與公眾服務部部長能夠滿足 PHSA 第 2799B-7 條及其實施條例的要求,為某些無保險的人建立和運行患者與提供者爭議解決程序(或自費)收到的帳單大大超出醫療保健提供者或機構在收到物品或服務之前提供的善意估計的個人。我們可能會使用此資訊來處理發起付款爭議的請求、驗證爭議參與 PPDR 流程的資格,並確定與選定的用於解決爭議的爭議解決 (SDR) 實體是否存在任何利益衝突。此資訊也可用於:(1) 支持爭議的決定;(2) 支持 PPDR 計畫的持續運作和監督;(3) 評估SDR實體遵守計畫規則的情況。提供所要求的資訊是自願的。但未能提供可能會延遲或阻止爭議的處理,或可能導致爭議得到有利於提供者或設施的裁決。

保密聲明:根據本計劃收集的所有資訊將嚴格按照有關保密要求的法律和法規進行維護。因此,我們將根據經 2021 年綜合撥款法修訂的《公共衛生服務法》、經修訂的 HIPAA 頒布的法規 (45 CFR 160-164) 以及 1974 年《隱私法》的要求來保護信息,修訂(5 U.S. C. 第552a條)。HHS 維護一個記錄系統,用於收集與索賠人爭議相關的個人識別資訊。與表格上和 PPDR 流程中收集的個人資訊相關的記錄通知系統標題為 "針對健康保險發行人和健康計劃 (CAHII) 的投訴",系統編號 09-70-9005,可在 https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records。