

附錄 6

標準通知：根據《無意外法》向各方提供的選定爭議解決 (SDR) 決定通知

(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 (未投保個人) 的個人之間的付款爭議不尋求透過確定該個人的金額來向其團體健康計劃、健康保險或承保範圍、或 FEHB 健康福利計劃 (自費個人) 以及醫療保健提供者、或設施或空中救護服務提供者提出索賠必須向其醫療保健提供者、設施或空中救護服務提供者付款。根據聯邦標準，HHS SDR 實體將審查啟動通知，以確定未投保 (或自費) 的個人是否有資格對帳單提出異議。

特別提款權實體將使用此通知來通知未投保 (或自費) 個人以及醫療保健提供者或醫療保健機構，帳單金額與「善意估價」之間的差異是否合理。監管確定流程以及未投保個人應向醫療保健提供者或醫療保健機構支付的金額。

HHS 制定了此通知範本，以便提供者或設施以及未投保 (或自費) 個人了解 SDR 實體的決定。要使用此模型通知，SDR 實體必須使用適當的資訊填寫空白處。

注意：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、法規和其他解釋資料，以獲取完整且最新的資訊。

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

致未投保（或自費）個人的選定爭議解決 (SDR) 實體決定通知

[Date]

[Patient or Authorized Representative Name]

[Patient or Authorized Representative Address]

[Patient or Authorized Representative City, State, Zip]

關於：患者與醫療提供者爭議程序決定回覆：

參考編號：XXXXXXX

[Patient or Authorized Representative Name]，

我們已審核了 [Reference Number: XXXXXXXX] 的資訊。根據我們的審查，我們的決定是 [health care provider or facility name] [select one: 已經 OR 沒有] 提供足夠的可信資訊來證明帳單金額與善意估計之間的差異反映了醫療必需的費用項目或服務，並且基於在提供善意估計時無法合理預期的不可預見的情況。

根據此決定，[uninsured (or self-pay) individual name] 必須支付 [select one: \$XXX, 這是預期費用總額 [for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] 誠信估價減去您已經支付的 \$25 行政費 OR \$YYY, 這是帳單費用 [for AA item/service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] OR \$ZZZ, 這是團體健康計劃或健康保險發行人為相同或類似的費用支付的中位數 [AA services] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.] 由您所在地理區域內相同或相似的醫療提供者提供]。[Uninsured (or self-pay) individual name] 必須直接支付 [health care provider or facility name]。

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。

如需了解更多信息，或者如果您對《無意外法案》賦予您的權利有疑問，請訪問 <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> 或致電 1-800-985-3059。如果您認為您的提供者可能不遵守規則，請發送電子郵件至 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov 提交投訴。如果您對本通知中包含的資訊有疑問，也可以發送電子郵件至 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov。

真摯地，

[SDR Entity Name] · 選定的爭議解決實體

[Company email]

[Company phone]

[Company Fax #]

向醫療保健提供者或機構發出的選定爭議解決 (SDR) 實體決定通知

日期

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

關於患者與提供者爭議程序決定回覆：
參考編號：XXXXXXXX

[Health Care Provider or Facility] ·

我們已審核了 [Reference Number: XXXXXXXX] 的資訊。根據我們的審查，我們確定您 **[select one: 已經 OR 沒有]** 提供了可靠的信息，以證明賬單費用與誠信估算之間的差異反映了醫療必需項目或服務的成本，並且基於不可預見的情況無法合理預期的情況。

[If uninsured (or self-pay) individual prevailed:]

根據這一決定，[patient name] 必須支付 \$XXX，這是預期費用總額 **[select one: [for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** 誠信估價中提供的金額減去未投保（或自費）個人為爭議處理支付的 \$25 行政費 **OR** \$ZZZ，這是相同或相似情況的中位數 **[AA services] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** 由您所在地理區域內相同或相似的醫療提供者提供。您必須安排此類付款直接給 [uninsured (or self-pay) individual name]。

[If health care provider or facility prevailed:]

根據此決定，[patient name] 必須支付 \$YYY，這是 **[for AA service] [and BB item/service if needed and CC item/service if needed etc.]** 的帳單費用。您必須直接與 [uninsured (or self-pay) individual name] 安排此類付款。

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] 支付不同的費用。

如需了解更多資訊或對《無意外法案》有疑問，請訪問 <https://www.cms.gov/nosurprises> 或致電 1-800-985-3059。如果您對本通知中包含的資訊有疑問，也可以發送電子郵件至 FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov。

真摯地，

[SDR 實體名稱]，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》(PHSA) 第 279 9B-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 112 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，為某些未投保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 USC 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](https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records)。