

부록 2

## 환자-제공자 분쟁조정 양식

### 분쟁조정 절차에 대한 자격 대상 여부 확인

본 양식은 의료보장이 없거나 본 의료 서비스 또는 항목에 대한 보장 혜택을 이용하지 않기로 결정한 분들에 한합니다.

귀하의 의료제공자 또는 시설에서 귀하에게 의료 항목 또는 서비스에 대한 예상비용 내역서(또는 항목 또는 서비스의 예상비용에 대한 기타 문서)를 제공했습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>
귀하의 의료 제공자 또는 시설에서 청구한 금액이 해당 제공자 또는 시설의 예상비용 내역서(또는 기타 문서)보다 최소 \$400 이상입니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>
청구서 상단에 있는 이의를 신청하려는 항목 또는 서비스의 날짜가 지난 120일(약 4개월) 이내입니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니요 <input type="checkbox"/>

위 문항 중 하나라도 **아니요**라고 답변한 경우:

- 귀하는 분쟁조정 절차에 자격 대상이 아닙니다. 귀하는 담당 의료제공자에게 연락하여 청구서를 협의하고 재정 지원을 요청할 수 있습니다.
- 귀하께서 예상비용 내역서를 제공받아야 했다고 생각되거나 다른 궁금한 사항이 있는 경우 <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>를 참조하시거나 1-800-985-3059번으로 전화해 주십시오.

위 문항에 모두 **예**라고 답변한 경우:

**귀하는 분쟁조정 절차에 자격이 될 수 있습니다. 이 양식의 나머지 부분을 작성해 주십시오.**

유의사항: 귀하께서 청구서에 이의를 신청하는 동안, 담당 의료 제공자 또는 시설은 분쟁이 발생한 항목 또는 서비스에 대한 청구서를 추심으로 전환할 수 없거나 전환하겠다고 위협할 수 없습니다. 또는 청구서가 이미 추심으로 전환된 경우 제공자 또는 시설은 추심 활동을 중단해야 합니다. 제공자 또는 시설은 또한 분쟁조정 절차가 종결될 때까지 미지급 청구 금액에 대한 모든 연체료 가산을 중단해야 합니다. 제공자 또는 시설은 귀하의





시

주

우편번호

이메일

전화

## 검토 후 서명

- 본인은 본인의 의료 제공자가 이 분쟁과 관련된 모든 관련 의료 또는 치료 기록을 미 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services, HHS)가 선택한 선별분쟁조정(Selected Dispute Resolution, SDR) 기관에 공개하는 데 동의합니다. 본인은 SDR 기관이 이 분쟁에 대한 결정을 내리는 데에만 이 정보를 사용할 것임을 이해합니다. 본인의 정보는 기밀로 유지되며 다른 누구에게도 공개되지 않습니다.
- 본인은 분쟁 절차에 대해 \$25의 수수료를 지불하는 데 동의합니다. 분쟁 절차를 시작하려면 납부는 필수입니다. 개인 수표나 현금은 허용되지 않습니다. 허용되는 납부 방법은 자기앞수표, 우편환, 신용카드나 직불카드 결제 등 전자결제, 결제 앱 등입니다. 납부는 [SDR Entity] 앞으로 이루어져야 합니다.
- SDR 기관이 해당 의료 항목이나 서비스의 가격을 결정할 때 본인은 결정된 금액을 지불하는 데 동의합니다.

동의하려면 여기에 체크 표시

서명

날짜

성명 정자체

## 이 양식의 제출 방법

다음 사항을 포함했는지 확인하십시오.

- 이의신청하려는 의료 제공자 또는 시설의 청구서 사본
- 이의신청하려는 항목 또는 서비스에 대한 **예상비용 내역서**(또는 항목 또는 서비스의 예상 비용에 대한 기타 문서) 사본
- 행정수수료 \$25(우편 사용 시)

본 양식과 문서를 다음과 같이 제출할 수 있습니다.

- 온라인  
<https://www.cms.gov/medical-bill-rights/help/dispute-a-bill>
- 우편  
[SDR entity name]  
주소  
주소

추가 도움이 필요한 경우, 전화 1-800-985-3059 또는 이메일 문의  
[FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)

전자 납부를 선호하는 경우 SDR 기관에서 본 양식을 접수하면, 기관에서 분쟁 절차를 시작하기 위해 수수료를 전자 결제할 수 있는 링크를 보내드립니다. 수수료를 우편으로 보내는 경우, 양식과 함께 [the SDR Entity]을(를) 수신자로 하는 자기앞수표나 우편환을 제출해 주십시오. 현금이나 개인 수표는 행정수수료 납부 방식으로 허용되지 않으므로 보내지 마십시오.

작성된 이 양식의 사본을 보관하거나 사진을 촬영해 두십시오. 추후 필요할 수도 있습니다.

의료비 청구에 대해 이의를 신청할 수 있는 연방법에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 사항은 다음을 방문하십시오:

<https://www.cms.gov/medical-bill-rights>

기습청구금지법(No Surprises Act)에 따른 귀하의 권리에 대해 궁금한 사항이 있는 경우,

<https://www.cms.gov/medical-bill-rights> <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>를 참조하거나 1-800-985-3059번으로 전화해 주십시오. 의료 제공자의 규칙 미준수로 인한 민원을 제기하시려면 [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)로 이메일을 보내주십시오. 본 통지문에 포함된 정보에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)로 이메일을 보내실 수도 있습니다.

## 정부문서감축법 성명서

1995년 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 미국 관리예산실(Office of Management and Budget, OMB) 통제번호가 표시된 경우를 제외하고 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 통제번호는 0938-NEW입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 1.3시간으로 추정됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 다음으로 서신을 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

본 개시에 따라 수집된 모든 정보는 기밀유지 요건을 관리하는 법령 및 규정을 엄격히 준수하여 유지됩니다. 이에 따라, 당국은 2021년 통합세출법에 의해 개정된 공중보건법, 개정된 HIPAA에 따라 공포된 규정(45 CFR 160-164) 및 개정된 1974년 개인정보보호법(5 U.S.C. 제552a절)의 요건에 따라 정보를 보호할 것입니다. HHS는 청구인의 분쟁과 관련하여 개인식별정보 수집을 위한 기록 시스템을 유지 관리합니다. 양식 및 PPDR 절차 내에서 수집된 개인정보와 관련된 기록 통지 시스템은 "건강보험 발행처 및 의료보험 관련 민원(Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans, CAHII)", 시스템 번호 09-70-9005라는 명칭으로 <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>에서 확인하실 수 있습니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 서신을 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 보내주시거나 [FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov](mailto:FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov)로 이메일을 보내주시기 바랍니다.

**개인정보보호법 성명서:** Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS)는 2021년 통합세출법(Consolidated Appropriations Act) Division BB 제I편(공법 116-260), 기습청구금지법(No Surprises Act) 제112절에 추가된 대로, 공중보건법(Public Health Service Act, PHSA) 제2799B-7절에 따라 본 양식과 모든 증빙문서에 대한 정보를 수집할 권한이 있습니다. 당국은 미 보건복지부 장관(Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services)이 PHSA 제2799B-7절 및 시행 규칙에 따른 요건을 충족하여 항목이나 서비스를 받기 전에 의료 제공자 또는 시설에 의해 제공된 예상비용 내역서를 상당히 초과하는 청구서를 받은 특정 무보험(또는 자기부담) 개인을 위해 환자-제공자 분쟁조정 절차를 확립 및 운영하도록 허용하기 위해 양식에 정보가 필요합니다. 당국은 지급분쟁 착수 요청을 처리하고, PPDR 절차에 대한 분쟁의 적격성을 확인하고, 분쟁을 결정하기 위해 선정된 선별분쟁조정(SDR) 기관과 이해 상충이 존재하는지 여부를 판단하기 위해 이 정보를 사용할 수 있습니다. 해당 정보는 또한 (1) 분쟁에 대한 결정을 뒷받침하고, (2) PPDR 프로그램의 지속적인 운영 및 감독을 지원하고, (3) SDR 기관의 프로그램 규칙 준수 여부를 평가하기 위해 사용될 수 있습니다. 요청된 정보 제공은 자발적 의사입니다. 다만, 정보를 제공하지 않을 경우 분쟁 처리가 지연되거나 진행되지 않을 수 있으며, 분쟁이 제공자나 시설에 유리한 결정으로 이어질 수 있습니다.

**기밀유지 성명서:** 본 개시에 따라 수집된 모든 정보는 기밀유지 요건을 관리하는 법령 및 규정을

엄격히 준수하여 유지됩니다. 이에 따라, 당국은 2021년 통합세출법에 의해 개정된 공중보건법, 개정된 HIPAA에 따라 공포된 규정(45 CFR 160-164) 및 개정된 1974년 개인정보보호법(5 U.S.C. 제552a절)의 요건에 따라 정보를 보호할 것입니다. HHS는 청구인의 분쟁과 관련하여 개인식별정보 수집을 위한 기록 시스템을 유지 관리합니다. 양식 및 PPDR 절차 내에서 수집된 개인정보와 관련된 기록 통지 시스템은 "건강보험 발행처 및 의료보험 관련 민원(Complaints Against Health Insurance Issuers and Health Plans, (CAHII)", 시스템 번호 09-70-9005라는 명칭으로 <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>에서 이용하실 수 있습니다.