

APENDISE 2

Form ng Paglutas ng Hindi Pagkakaunawaan ng Pasyente-Tagapaglaan

Alamin kung kwalipikado ka para sa proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan

Ang form na ito ay para lamang sa mga taong **walang** saklaw sa pangangalagang pangkalusugan o nagpasya na huwag gamitin ang kanilang saklaw para sa serbisyong pangkalusugan o item na ito.

Binigyan ka ba ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad ng Good Faith Estimate para sa isang item o serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan (o iba pang dokumentasyon ng inaasahang halaga ng isang item o serbisyo)?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
Ang singil ba ay mula sa iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad ng hindi bababa sa \$400 higit pa sa Good Faith Estimate (o iba pang dokumentasyon) mula sa tagapaglaan o pasilidad na iyon?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
Ang petsa ba ay dagdag sa bill na may item o serbisyo na gusto mong itanggi sa loob ng huling 120 araw sa kalendaryo (mga 4 na buwan)?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>

Kung **HINDI** ang sagot mo sa alinman sa mga tanong na ito:

- Hindi ka kwalipikado para sa proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan upang makipag-ayos sa iyong bayarin at humingi ng tulong pinansyal.
- Kung sa tingin mo dapat ay nabigyan ka ng Good Faith Estimate o may iba pang katanungan, mangyaring bumisita sa <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> o tumawag sa 1-800-985-3059.

Kung **OO** ang sagot mo sa **LAHAT** sa mga tanong na ito:

Maaaring kwalipikado ka para sa proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan. Pakikumpleto ang natitirang bahagi ng form na ito.

Tala: Habang itinatanggi mo ang iyong bill, hindi maaaring ilipat ng iyong tagapaglaan o pasilidad ang bill para sa pinagtatalunang item o serbisyo sa koleksyon o pagbabanta na gawin ito, o kung ang bill ay inilipat na sa koleksyon, ang tagapaglaan o pasilidad ay kailangang ihinto ang mga pagsisikap sa pagkolekta. Dapat ding suspindihin ng tagapaglaan o pasilidad ang pag-ipon ng anumang mga late na bayarin sa mga hindi pa nabayarang halaga ng singil hanggang matapos ang proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan. Ang tagapaglaan o pasilidad ay hindi maaaring gumawa o magbanta na gumawa ng anumang aksyon laban sa iyo para sa pagtanggì sa iyong bayarin. Sa panahon ng proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan, maaari mo pa ring hilingin sa iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ang mas mababang singil.

Pangalan ng pasyente (at pangalan ng Awtorisadong Kinatawan, kung kinakailangan)

Unang Pangalan

Gitnang Pangalan

Apelyido

(Opsyonal) **Kung pinupunan mo ang form na ito para sa pasyente, mangyaring i-print ang iyong pangalan dito:**

Lagyan ng check ang kahong ito kung ikaw ay isang Awtorisadong Kinatawan at dapat kontakin sa halip na ang pasyente. Isulat ang **iyong** impormasyon sa seksyong "address sa koreo at numero ng telepono".

Tala: Karaniwan ito para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang o mga pasyente na nangangailangan ng tulong sa pagkumpleto ng mga medikal na form.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Pasyente (o Awtorisadong Kinatawan).

Kalye o PO Box

Apartment

Lungsod

Estado

ZIP

Telepono

Email Address

Kagustuhan sa Pagkontak: Sa koreo Sa email Sa telepono

Mga detalye tungkol sa item o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na gusto mong itanggi

Ang Estado kung saan natanggap ng pasyente ang item o serbisyo:

Ang petsa kung kailan nakaikedyul ang item o serbisyo (o kung kailan hiniling ang pagtatantya ng gastos):

Buwan:

Araw:

Taon:

Ang petsa na natanggap ng pasyente ang item o serbisyo:

Buwan:

Araw:

Taon:

Sumulat ng maikling paglalarawan ng item o serbisyo na gusto mong itanggi. (Isama ang: Pangalan ng serbisyo/item na ipagtatalo at isang maikling paglalarawan ng serbisyo/item.)

Isinama ko sa form na ito:

- Isang kopya ng bill mula sa aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad na gusto kong itanggi
- Isang kopya ng Good Faith Estimate (o iba pang dokumentasyon ng inaasahang halaga ng isang item o serbisyo) para sa item o serbisyo na gusto kong itanggi

Impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan/pasilidad na nagbigay ng item o nagsagawa ng serbisyong pinagtatalunan. Dapat ito ay nasa iyong Good Faith Estimate.

Pangalan ng Tagabigay ng Pangangalagang Pangkalusugan / Pasilidad

Huling 4 na digit ng Numero ng Account sa iyong bill

Kalye

Lungsod

Estado

ZIP

Email

Telepono

Basahin at lagdaan

- Sumasang-ayon ako na hayaan ang aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na ilabas ang lahat ng nauugnay na rekord ng medikal o paggamot na nauugnay sa hindi pagkakaunawaan na ito sa isang entity ng Selected Dispute Resolution (SDR) na pinili ng U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Nauunawaan ko na gagamitin lamang ng SDR entity ang impormasyong ito upang makagawa ng desisyon sa hindi pagkakaunawaan na ito. Ang aking impormasyon ay pananatiling kumpidensyal at hindi ipapalabas sa sinuman.
- Sumasang-ayon akong magbayad ng \$25 na bayad para sa proseso ng hindi pagkakaunawaan. Kinakailangan ang pagbabayad upang simulan ang proseso ng hindi pagkakaunawaan. Ang mga personal na tseke o cash ay hindi tatanggapin. Ang mga tinatanggap na paraan ng pagbabayad ay: cashier's check, money order, o elektronikong pagbabayad gaya ng pagbabayad sa credit o debit card, o app sa pagbabayad. Ang mga pagbabayad ay dapat bayaran sa [SDR Entity].
- Kapag nagdesisyon ang entity ng SDR tungkol sa presyo para sa mga item o serbisyong ito sa pangangalagang pangkalusugan, sumasang-ayon akong bayaran ang napagpasyahan na halaga.

Lagyan ng check dito para sumang-ayon

Lagda

Petsa

I-print ang Pangalan

Paano ipapadala ang form na ito

Siguruing isinama mo ang:

- Isang kopya ng **bill** mula sa tagapagbigay mo ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad na gusto mong itanggi
- Isang kopya ng **Good Faith Estimate** (o iba pang dokumentasyon ng inaasahang halaga ng isang item o serbisyo) para sa item o serbisyo na gusto mong itanggi
- Ang iyong \$25 Bayad sa Pangangasiwa (Kung gumagamit ng koreo)

Maipapadala mo ang form na ito at mga dokumento sa:

- **Online**
<https://www.cms.gov/medical-bill-rights/help/dispute-a-bill>
- **Sa koreo**
[SDR entity name] Address
Address

Para sa karagdagang tulong, tumawag sa 1-800-985-3059 o mag-e-mail sa FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

Kung mas gusto mong magbayad nang elektroniko, kapag natanggap ng SDR entity ang form na ito, padadalhan ka nila ng link kung saan maaari mong bayaran ang bayad sa elektronikong paraan upang simulan ang proseso ng hindi pagkakaunawaan. Kung ipinapadala mo ang iyong bayad, magpadala ng cashier's check o money order na babayaran sa [the SDR Entity] kasama ang iyong form. Huwag magpadala ng cash o personal na mga tseke dahil hindi sila katanggap-tanggap na paraan ng pagbabayad ng iyong bayad sa pangangasiwa.

Magtago ng kopya o kumuha ng mga larawan ng nakumpletong form na ito. Baka kailanganin mo ito sa ibang pagkakataon.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong karapatan sa ilalim ng pederal na batas para itanggi ang mga medikal na singil, bisitahin ang: <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa ilalim ng No Surprises Act, mangyaring bumisita sa <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> o tumawag sa 1-800-985-3059. Kung sa tingin mo ay maaaring hindi sinusunod ng iyong provider ang mga patakaran, mag-email sa FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov para magsumite ng reklamo. Maaari ka ring mag-email sa FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov kung mayroon kang mga tanong tungkol sa impormasyong nakapaloob sa paunawa na ito.

Pahayag ng Batas sa Pagbawas ng mga Papel

Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, walang tao ang inaatasang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng balidong numero ng kontrol ng Office of Management and Budget (OMB). Ang balidong numero ng kontrol ng OMB para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-NEW. Ang kailangang oras para kumpletuhin ang pagkolekta ng impormasyong ito ay tinatayang karaniwang 1.3 oras bawat sagot, kasama ang oras para repasuhin ang mga tagubilin, maghanap ng umiiral na dulugang data, kalapin ang kailangang data, at kumpletuhin at repasuhin ang pagkolekta ng impormasyon. Kung may mga komento ka tungkol sa katumpakan ng (mga) estima ng oras o mga mungkahi para pabutihin ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26- 05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Ang lahat ng impormasyong nakolekta sa ilalim ng inisyatiba na ito ay pananatilihin sa mahigpit na alinsunod sa mga batas at mga regulasyong namamahala sa mga kinakailangan sa pagiging kumpidensyal. Alinsunod dito, poprotektahan namin ang impormasyon sa alinsunod sa mga kinakailangan ng Public Health Service Act na sinususunod ng Consolidated Appropriations Act of 2021, ang mga regulasyong ipinahayag sa ilalim ng HIPAA bilang susugan (45 CFR 160-164), at ang Privacy Act of 1974, bilang susugan (5 U.S.C. Seksyon 552a). Ang HHS ay nagpapanatili ng isang sistema ng mga talaan para sa ang pagkolekta ng personal na makikilalang impormasyon kaugnay ng mga hindi pagkakaunawaan ng mga naghahabol. Ang sistema ng mga talaan ng notice na may kaugnayan sa personal na impormasyong nakolekta sa mga form at sa loob ng proseso ng PPDR ay pinamagatang, "Mga Reklamo Laban sa Mga Nag-isyu ng Seguro sa Pangkalusugan at Mga Planong Pangkalusugan (CAHII)," System No. 09-70-9005, na makukuha sa <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>. Kung may mga komento ka tungkol sa katumpakan ng (mga) estima ng oras o mga mungkahi para pabutihin ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, o email FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

PAHAYAG SA BATAS SA PAGKAPRIBADO: Ang Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ay awtorisadong kumolekta ng impormasyon sa form na ito at anumang sumusuportang dokumentasyon sa ilalim ng seksyon 2799B-7 ng Public Health Service Act (PHSA), gaya ng idinagdag ng seksyon 112 ng No Surprises Act, pamagat I ng Division BB ng Consolidated Appropriations Act, 2021 (Pub. L. 116-260). Kailangan namin ang impormasyon sa form upang matugunan ng Kalihim ng Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S. ang mga kinakailangan sa ilalim ng Seksyon 2799B-7 ng PHSA at ang mga regulasyong nagpapatupad nito upang magtatag at magpatakbo ng proseso ng paglutas ng hindi pagkakaunawaan ng pasyente-tagapaglaan para sa ilang partikular na hindi nakaseguro (o sariling pagbabayad) na mga indibidwal na tumatanggap ng singil na labis na labis sa pagtatantya ng magandang loob na ibinigay ng isang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad bago matanggap ang mga bagay o serbisyo. Maaari naming gamitin ang impormasyong ito upang iproseso ang isang kahilingan upang simulan ang isang hindi pagkakaunawaan sa pagbabayad, patotohanan ang pagiging karapat-dapat ng isang hindi pagkakaunawaan para sa proseso ng PPDR, at upang matukoy kung mayroong anumang salungatan ng interes sa napiling entity sa pagresolba ng hindi pagkakaunawaan (SDR) na pinili upang magpasya sa isang hindi pagkakaunawaan. Ang impormasyon ay maaari ring gamitin para: (1) suportahan ang isang desisyon sa isang hindi pagkakaunawaan; (2) suportahan ang patuloy na operasyon at pangangasiwa ng programa ng PPDR; (3) suriin ang pagsunod ng SDR entity sa mga patakaran ng programa. Ang pagbibigay ng hinihiling na impormasyon ay boluntaryo. Ngunit ang hindi pagbibigay nito ay maaaring maantala o maiwasan ang pagpoproseso ng isang hindi pagkakaunawaan, o maaari itong maging sanhi ng isang hindi pagkakaunawaan upang mapagpasyahan pabor sa tagapaglaan o pasilidad.

PAHAYAG SA PAGIGING KUMPIDENSIYAL: Ang lahat ng impormasyong nakolekta sa ilalim ng inisyatiba na ito ay pananatilihin sa mahigpit na alinsunod sa mga batas at mga regulasyong namamahala sa mga kinakailangan sa pagiging kumpidensyal. Alinsunod dito, poprotektahan namin ang impormasyon sa alinsunod sa mga kinakailangan ng Public Health Service Act na sinusugan ng Consolidated Appropriations Act of 2021, ang mga regulasyong ipinahayag sa ilalim ng HIPAA bilang susugan (45 CFR 160-164), at ang Privacy Act of 1974, bilang susugan (5 U.S.C. Seksiyon 552a). Ang HHS ay nagpapanatili ng isang sistema ng mga talaan para sa ang pagkolekta ng personal na makikilalang impormasyon kaugnay ng mga hindi pagkakaunawaan ng mga naghahabol. Ang sistema ng mga talaan ng notice na may kaugnayan sa personal na impormasyong nakolekta sa mga form at sa loob ng proseso ng PPDR ay pinamagatang, "Mga Reklamo Laban sa Mga Nag-isyu ng Seguro sa Pangkalusugan at Mga Planong Pangkalusugan (CAHII)," System No. 09-70-9005, na makukuha sa <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.