

PHỤ LỤC 2

Biểu mẫu Giải quyết Tranh chấp giữa Bệnh nhân và Nhà cung cấp

Tìm hiểu xem liệu quý vị có đủ điều kiện cho quy trình giải quyết tranh chấp hay không

Biểu mẫu này chỉ dành cho những người **không** có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hoặc quyết định không sử dụng bảo hiểm của họ cho mặt hàng hoặc dịch vụ y tế này.

Nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe của quý vị có cung cấp cho quý vị bản Ước tính Thiện chí cho mặt hàng hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe (hoặc tài liệu khác về chi phí dự kiến của mặt hàng hoặc dịch vụ) không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
Hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe có nhiều hơn ít nhất \$400 so với Ước tính Thiện chí (hoặc tài liệu khác) do nhà cung cấp hoặc cơ sở đó cung cấp không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
Ngày ghi trên hóa đơn mặt hàng hoặc dịch vụ mà quý vị muốn khiếu nại có nằm trong vòng 120 ngày theo lịch gần đây (khoảng 4 tháng) không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>

Nếu quý vị trả lời **KHÔNG** cho bất kỳ câu hỏi nào trong số các câu hỏi này:

- Quý vị không đủ điều kiện cho quy trình giải quyết tranh chấp. Quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để thương lượng hóa đơn và yêu cầu được hỗ trợ tài chính.
- Nếu quý vị cho rằng lẽ ra quý vị phải nhận được bản Ước tính Thiện chí hoặc quý vị có câu hỏi khác, vui lòng truy cập <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> hoặc gọi 1-800-985-3059.

Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho **TẤT CẢ** câu hỏi trong số các câu hỏi này:

Quý vị có thể đủ điều kiện cho quy trình giải quyết tranh chấp. Vui lòng hoàn thành phần còn lại của biểu mẫu này.

Lưu ý: Trong quá trình quý vị tranh chấp hóa đơn của mình, nhà cung cấp hoặc cơ sở không được chuyển hóa đơn mặt hàng hoặc dịch vụ đang tranh chấp vào hạng mục thu nợ hoặc đe dọa làm như vậy, hoặc nếu hóa đơn đã được chuyển vào hạng mục thu nợ,

thì nhà cung cấp hoặc cơ sở đó phải tạm dừng việc thu nợ. Nhà cung cấp hoặc cơ sở cũng phải đình chỉ việc tính cộng dồn mọi khoản phí trễ hạn trên số tiền hóa đơn chưa thanh toán cho đến khi quá trình giải quyết tranh chấp kết thúc. Nhà cung cấp hoặc cơ sở không được thực hiện hoặc đe dọa thực hiện bất kỳ hành động nào chống lại quý vị vì quý vị đã tranh chấp hóa đơn. Trong quá trình giải quyết tranh chấp, quý vị vẫn có thể đề nghị nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình giảm tiền hóa đơn.

Tên bệnh nhân (và tên Người Đại diện được Ủy quyền, nếu có)

Tên

Tên Đệm

Họ

(Tùy chọn) **Nếu quý vị điền vào biểu mẫu này thay cho bệnh nhân, vui lòng viết in hoa tên của quý vị tại đây:**

Đánh dấu ô này nếu quý vị là Người Đại diện được Ủy quyền và sẽ được liên hệ thay cho bệnh nhân. Viết thông tin **của quý vị** vào phần “địa chỉ nhận thư và số điện thoại”.

Lưu ý: Điều này là phổ biến đối với bệnh nhân dưới 18 tuổi hoặc bệnh nhân cần trợ giúp để điền các biểu mẫu y tế.

Thông tin Liên hệ của Bệnh nhân (hoặc Người Đại diện được Ủy quyền)

Tên phố hoặc PO Box

Căn hộ

Thành phố

Tiểu bang

ZIP

Điện thoại

Địa chỉ Nhận thư

Liên hệ Ưa thích: Qua thư Qua email Qua điện thoại

Thông tin chi tiết về mặt hàng hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị muốn tranh chấp

Tiểu bang nơi bệnh nhân nhận mặt hàng hoặc dịch vụ đó:

Ngày mà mặt hàng hoặc dịch vụ đó được lên lịch (hoặc thời điểm yêu cầu chi phí ước tính):

Tháng:

Ngày:

Năm:

Ngày bệnh nhân nhận được mặt hàng hoặc dịch vụ:

Tháng:

Ngày:

Năm:

Viết mô tả ngắn gọn về mặt hàng hoặc dịch vụ mà quý vị muốn tranh chấp.
(Bao gồm: Tên của mặt hàng/dịch vụ tranh chấp và mô tả ngắn gọn về mặt hàng/dịch vụ.)

Tôi đã gửi kèm với biểu mẫu này:

- Bản sao của hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi muốn tranh chấp
- Bản sao của bản Ước tính Thiện chí (hoặc tài liệu khác về chi phí dự kiến của một mặt hàng hoặc dịch vụ) cho mặt hàng hoặc dịch vụ mà tôi muốn tranh chấp

Thông tin liên hệ của nhà cung cấp/cơ sở chăm sóc sức khỏe đã cung cấp mặt hàng hoặc thực hiện dịch vụ đang tranh chấp. Thông tin này sẽ có trong bản Ước tính Thiện chí của quý vị.

Tên Nhà cung cấp Dịch vụ / Cơ sở

4 chữ số cuối của Số Tài Khoản trên hóa đơn của quý vị

Tên phố

Thành phố

Tiểu bang

ZIP

Email

Điện thoại

Đọc và ký tên

- Tôi đồng ý cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ tất cả hồ sơ y tế hoặc điều trị có liên quan đến tranh chấp này cho tổ chức Giải quyết Tranh chấp được Chọn (SDR) do Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) lựa chọn. Tôi hiểu rằng tổ chức SDR sẽ chỉ sử dụng những thông tin này để đưa ra quyết định về tranh chấp này. Thông tin của tôi sẽ được bảo mật và không tiết lộ cho bất kỳ ai khác.
- Tôi đồng ý trả khoản phí \$25 cho quy trình tranh chấp. Cần phải thanh toán để bắt đầu quy trình tranh chấp. Không chấp nhận séc cá nhân hoặc tiền mặt. Các hình thức thanh toán được chấp nhận là: séc thu ngân, phiếu chuyển tiền, hoặc thanh toán điện tử như thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ, hoặc ứng dụng thanh toán. Các khoản thanh toán phải được trả cho [SDR Entity].
- Khi tổ chức SDR đưa ra quyết định về giá cho các mặt hàng hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe này, tôi đồng ý thanh toán số tiền đã được quyết định.

Đánh dấu vào đây để đồng ý

Chữ ký

Ngày

Tên Viết In Hoa

Cách để gửi biểu mẫu này

Hãy chắc chắn rằng quý vị đã gửi kèm:

- Bản sao của **hóa đơn** từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở mà quý vị muốn tranh chấp
- Bản sao của bản **Ước tính Thiện chí** (hoặc tài liệu khác về chi phí dự kiến của một mặt hàng hoặc dịch vụ) cho mặt hàng hoặc dịch vụ mà quý vị muốn tranh chấp
- Phí hành chính \$25 (Nếu sử dụng đường thư bưu điện)

Quý vị có thể gửi biểu mẫu và các tài liệu này:

- **Trực tuyến**
<https://www.cms.gov/medical-bill-rights/help/dispute-a-bill>
- **Qua thư bưu điện**
[SDR entity name]
Địa chỉ
Địa Chỉ

Để được trợ giúp thêm, hãy gọi 1-800-985-3059 hoặc gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

Nếu quý vị muốn thanh toán bằng phương thức điện tử, thì khi tổ chức SDR nhận được biểu mẫu này, họ sẽ gửi cho quý vị một liên kết để quý vị có thể thanh toán phí bằng phương thức điện tử nhằm bắt đầu quá trình tranh chấp. Nếu quý vị gửi phí qua đường bưu điện, hãy gửi séc thu ngân hoặc phiếu chuyển tiền cho [the SDR Entity] cùng với biểu mẫu của quý vị. Không gửi tiền mặt hoặc séc cá nhân vì chúng không phải là hình thức thanh toán phí hành chính được chấp nhận.

Giữ một bản sao hoặc chụp ảnh biểu mẫu này sau khi điền xong. Quý vị có thể cần đến nó sau này.

Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị theo luật liên bang trong việc tranh chấp hóa đơn y tế, hãy truy cập:

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

Nếu quý vị có câu hỏi về các quyền của mình theo Đạo luật No Surprises, vui lòng truy cập <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> hoặc gọi 1-800-985-3059. Nếu quý vị cho rằng nhà cung cấp của mình không tuân thủ các quy tắc, hãy gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov để đệ trình khiếu nại. Quý vị cũng có thể gửi email đến FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov nếu quý vị có câu hỏi về thông tin trong thông báo này.

Tuyên bố của Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ

Theo Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi một bản thu thập thông tin trừ khi nó có mã kiểm soát hợp lệ của Văn phòng Quản lý và Ngân sách (OMB). Mã kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 1.3 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, cũng như hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Tất cả thông tin được thu thập theo sáng kiến này sẽ được lưu giữ nghiêm ngặt tuân theo các đạo luật và quy định chi phối các yêu cầu bảo mật. Theo đó, chúng tôi sẽ bảo vệ thông tin tuân theo các yêu cầu của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng đã được sửa đổi bởi Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất năm 2021, các quy định được ban hành theo HIPAA đã sửa đổi (45 CFR 160-164), và Đạo luật Quyền Riêng tư năm 1974, đã sửa đổi (5 U.S.C. Mục 552a). HHS duy trì một hệ thống hồ sơ để thu thập thông tin nhận dạng cá nhân liên quan đến các tranh chấp của nguyên đơn. Hệ thống thông báo hồ sơ liên quan đến thông tin cá nhân được thu thập trên các biểu mẫu và trong quy trình PPDR có tiêu đề “Khiếu nại Đối với các Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe và các Chương trình Sức khỏe (CAHII),” Hệ thống số 09-70-9005, có sẵn tại

<https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, hoặc email FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ: Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) được phép thu thập thông tin trên biểu mẫu này và mọi tài liệu chứng minh tuân theo mục 2799B-7 của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng (PHSA), như được bổ sung theo mục 112 của Đạo luật No Surprises, tiêu đề I của Khoản BB của Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất, 2021 (Pub. L. 116-260). Chúng tôi cần thông tin trên biểu mẫu để giúp Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ đáp ứng các yêu cầu theo Mục 2799B-7 của PHSA và các quy định triển khai của PHSA nhằm thiết lập và vận hành quy trình giải quyết tranh chấp giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ đối với một số cá nhân không có bảo hiểm (hoặc tự chi trả), mà nhận được hóa đơn vượt quá đáng kể so với ước tính thiện chí do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở cung cấp trước khi nhận các mặt hàng hoặc dịch vụ. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin này để xử lý yêu cầu khởi xướng tranh chấp thanh toán, xác minh tính đủ điều kiện của một tranh chấp cho quy trình PPDR, và để xác định xem có tồn tại xung đột lợi ích với tổ chức giải quyết tranh chấp đã chọn (SDR) được chọn để quyết định tranh chấp hay không. Thông tin cũng có thể được sử dụng để: (1) hỗ trợ quyết định về một tranh chấp; (2) hỗ trợ việc vận hành và giám sát liên tục đối với chương trình PPDR; (3) đánh giá việc tuân thủ các quy định của chương trình của tổ chức SDR. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu là tự nguyện. Nhưng việc không cung cấp thông tin có thể trì hoãn hoặc ngăn cản việc xử lý một tranh chấp, hoặc có thể khiến tranh chấp được quyết định có lợi cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở.

TUYÊN BỐ BẢO MẬT THÔNG TIN: Tất cả thông tin được thu thập theo sáng kiến này sẽ được lưu giữ nghiêm ngặt tuân theo các đạo luật và quy định chi phối các yêu cầu bảo mật. Theo đó, chúng tôi

sẽ bảo vệ thông tin tuân theo các yêu cầu của Đạo luật Dịch vụ Sức khỏe Công cộng đã được sửa đổi bởi Đạo luật Phân bổ Ngân sách Hợp nhất năm 2021, các quy định được ban hành theo HIPAA đã sửa đổi (45 CFR 160-164), và Đạo luật Quyền Riêng tư năm 1974, đã sửa đổi (5 U.S.C. Mục 552a). HHS duy trì một hệ thống hồ sơ để thu thập thông tin nhận dạng cá nhân liên quan đến các tranh chấp của nguyên đơn. Hệ thống thông báo hồ sơ liên quan đến thông tin cá nhân được thu thập trên các biểu mẫu và trong quy trình PPDR có tiêu đề “Khiếu nại Đối với các Nhà cung cấp Bảo hiểm Sức khỏe và các Chương trình Sức khỏe (CAHII),” Hệ thống số 09-70-9005, có sẵn tại <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.