

APÉNDICE 10

Aviso estándar: El individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) y el proveedor o la institución acuerdan una cantidad de pago después de iniciar la resolución de disputa entre el paciente y los proveedores

(Para ser utilizado por proveedores e instituciones de atención médica a partir del 1 de enero de 2022)

Instrucciones

Bajo la sección 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública y sus normativas de implementación, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. debe establecer un proceso de resolución de conflictos entre pacientes y proveedores en el que una entidad de Resolución de Conflictos Seleccionada (SDR) pueda resolver un conflicto de pago entre individuos que no están inscritos en un plan de salud grupal o una cobertura de salud grupal o individual o un programa de atención médica federal o un plan de beneficios de salud del programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados (FEHB) (individuos no asegurados), o que no intenten presentar una reclamación ante su plan de salud grupal, su cobertura de seguro de salud, o el plan de beneficios de salud FEHB (individuos que pagan por cuenta propia) y el proveedor, la institución de atención médica, o el proveedor de servicios de ambulancias aéreas mediante la determinación del importe que ese individuo debe pagarle a su proveedor, la institución de atención médica, o el proveedor de servicios de ambulancias aéreas. Bajo los criterios federales, las entidades SDR revisarán los avisos de iniciación para determinar que un individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) es elegible para cuestionar una factura.

Este aviso es para ser utilizado por el proveedor o la institución de atención médica para notificar a la entidad SDR en el caso de que ambas partes acuerden una cantidad de pago después de que el proceso de resolución del conflicto entre paciente y proveedor se haya iniciado y **antes de que la entidad SDR tome una determinación**. Mientras la determinación de la entidad SDR esté pendiente, las dos (2) partes del proceso de resolución del conflicto entre paciente y proveedor (el individuo no asegurado [o que paga por cuenta propia] y su representante autorizado y el proveedor de atención médica o la institución de atención médica) pueden acordar resolver el conflicto a través de un de una cantidad de pago acordada. Cuando las partes acuerdan la cantidad, las normas federales exigen que el proveedor o la institución le notifiquen a la entidad SDR como máximo tres (3) días hábiles después de la fecha del acuerdo.

HHS ha desarrollado este aviso modelo para que los proveedores o las instituciones puedan usarlo para informarles a las entidades SDR que se ha llegado a un arreglo entre un individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) y el proveedor o la institución de atención médica. Para usar este aviso modelo, el proveedor o la institución debe completar los espacios en blanco con la información apropiada.

Nota: La información provista en estas instrucciones está destinada únicamente a brindar un resumen informal general de normas técnicas legales. No está prevista para reemplazar a los estatutos, las normativas, o la orientación formal de políticas en los que se basa. Los lectores deben consultar los estatutos, las normativas y otros materiales interpretativos vigentes para ver la información completa y actual, incluidas [las reglas finales interinas \(IFR\) de HHS tituladas *Requirements Related to Surprise*](#)

[Billing; Part II, publicadas el 7 de octubre de 2021.](#)

Los proveedores y las instituciones no deben incluir estas instrucciones con los documentos que les proporcionan a las entidades SDR.

Declaración de la Ley de Reducción del Papeleo

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, no puede exigirse a ninguna persona que responda a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 1210-0169. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima que es en promedio de 1.3 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de los estimados de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de acuerdo de pago del proveedor o la institución de atención médica a la entidad Resolución de Conflictos Seleccionada

Un proveedor o una institución de atención médica debe completar este formulario cuando, en asociación con el individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) o el representante autorizado del individuo, han resuelto un conflicto de pago fuera del proceso de resolución de conflictos.

Las normas federales exigen que los proveedores y las instituciones de atención médica notifiquen a la entidad de Resolución de Conflictos Seleccionada (SDR) como máximo 3 días hábiles después de la fecha del acuerdo.

Complete la información sobre el acuerdo de pago.
Fecha de hoy: _____/_____/_____
Nombre de la entidad SDR:
Número de referencia:
Nombre del proveedor o la institución:
Importe de pago acordado
Fecha en que se llegó al nuevo acuerdo de pago: _____/_____/_____
Seleccione una opción:
<input type="checkbox"/> Acordamos una nueva cantidad de pago. La cantidad de pago final para el individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) es: \$
<input type="checkbox"/> Acordamos proveer ayuda financiera. La cantidad de pago final para el individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) es: \$

Solicite ayuda en un idioma que no sea español. Para solicitar información sobre cómo acceder a estos servicios y ayuda para completar los formularios, llame al Centro de Ayuda al 1-800-985-3059. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-985-3059. Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato accesible, como letras grandes, Braille, o audio, sin costo. Llame al Centro de Ayuda para solicitar un formato accesible. Usted tiene derecho a presentar una queja que siente que ha sido discriminado/a. Visite <https://cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice> o llame al Centro de Ayuda al 1-800-985-3059 para obtener más información. Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de EE. UU.

Información para individuos no asegurados (o que pagan por cuenta propia)		
Nombre del individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia):		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
(opcional) Nombre del representante autorizado:		
Información para proveedores o instituciones de atención médica		
Nombre del proveedor o la institución de atención médica:		
Calle		
Ciudad	Estado	Cód. postal
Correo electrónico	Teléfono	
He incluido con este formulario (marque una opción):		
<input type="checkbox"/> Documentación del individuo y/o firmada por el individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) en aceptación del nuevo importe de pago.		
<input type="checkbox"/> Confirmando que el importe de pago final acordado incluye un reembolso por al menos la mitad del costo de la cuota administrativa de \$25 (\$12.50) pagado por el individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) o el representante autorizado por la solicitud de resolución del conflicto.		

Una vez que usted envíe este formulario, la entidad SDR confirmará la recepción de la documentación y le notificará al individuo no asegurado (o que paga por cuenta propia) sobre la cuota administrativa reducido. Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

Para obtener más información, visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: CMS, conforme con una delegación de autoridad de HHS, está autorizado a recopilar la información que figura en este formulario y cualquier documentación de respaldo bajo la sección 2799B-7 de la Ley de Servicios de Salud Pública, según lo agrega la sección 112 de la Ley Sin Sorpresas, título I de la División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (Pub. L.116-260). Necesitamos la información de este formulario para procesar un conflicto en el que usted es una de las partes nombradas, para verificar la elegibilidad del conflicto para el proceso PPDR y para determinar si existe algún conflicto de interés con la entidad de resolución de conflictos seleccionada para decidir sobre su conflicto. La información también puede ser utilizada para: (1) apoyar una decisión con respecto al conflicto, (2) apoyar la operación y la supervisión permanentes del programa PPDR y (3) evaluar la conformidad de la entidad SDR seleccionada con las reglas del programa. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Sin embargo, no proporcionarla puede demorar o impedir el procesamiento del conflicto, o podría ser causa de que el conflicto se resolviera a favor de la otra parte. Si alguna persona omite proporcionar información correcta en este formulario o, a sabiendas y voluntariamente provee información falsa o fraudulenta, puede ser objeto de sanciones y otras acciones de aplicación de la ley.