

الملحق رقم 2

نموذج حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات

اكتشف ما إذا كنت مؤهلاً لمباشرة عملية حل النزاع

هذا النموذج مُخصَّص فقط للأشخاص الذين ليس لديهم تغطية رعاية صحية أو الذين قرروا عدم استخدام تغطيتهم لهذه الخدمة الصحية أو العنصر الصحي.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل أعطاك المزود بخدمات الرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة تقدير حسن النية لأحد عناصر أو خدمات الرعاية الصحية (أو وثائق أخرى عن التكلفة المتوقعة لعنصر أو خدمة)؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل الفاتورة من مقدم الرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة الخاصة بك لا تزيد على الأقل عن \$ 400 من تقدير حسن النية (أو وثائق أخرى) من ذلك المزود أو تلك المنشأة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل التاريخ أعلى الفاتورة الخاصة بالعنصر أو الخدمة التي ترغب في المنازعة عليها يقع ضمن آخر 120 يومًا تقويميًا (حوالي 4 أشهر)؟

إذا كانت إجابتك "لا" على أي من هذه الأسئلة:

- أنت غير مؤهل لمباشرة عملية حل النزاع. يمكنك الاتصال بالمزود بالرعاية الصحية الخاص بك للتفاوض بشأن فاتورتك وطلب المساعدة المالية.
- إذا كنت تعتقد أنه كان ينبغي أن تحصل على تقدير حسن النية أو كانت لديك أسئلة أخرى، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> أو اتصل بالرقم 1-800-985-3059.

إذا كانت إجابتك نعم على جميع هذه الأسئلة:

قد تتأهل لمباشرة عملية حل النزاع. برجاء إكمال باقي هذا النموذج.

ملاحظة: أثناء المنازعة على فاتورتك، لا يستطيع المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة نقل فاتورة العنصر أو الخدمة المتنازع عليها إلى التحصيل أو التهديد بالقيام بذلك، أو إذا تم نقل الفاتورة بالفعل إلى التحصيل، فيجب على المزود بالخدمة أو المنشأة التوقف عن إجراءات التحصيل. يجب على المزود بالخدمة أو المنشأة أيضًا تعليق استحقاق أي رسوم متأخرة على مبالغ الفواتير غير المدفوعة حتى بعد انتهاء

عملية حل النزاع. لا يمكن للمزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة اتخاذ أو التهديد باتخاذ أي إجراء ضدك بسبب الاعتراض على فاتورتك. أثناء عملية حل النزاع، لا يزال بإمكانك أن تطلب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك فاتورة أقل.

اسم المريض (واسم الممثل المفوض، إن لزم)

الاسم الأول اسم الأب اللقب

(اختياري) إذا كنت تملأ هذا النموذج للمريض، يُرجى طباعة اسمك هنا:

حدد هذا المربع إذا كنت ممثلاً معتمداً ويجب الاتصال بك بدلاً من المريض. اكتب المعلومات الخاصة بك في قسم "العنوان البريدي ورقم الهاتف".

ملاحظة: هذا أمر شائع بالنسبة للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا أو من يحتاجون إلى مساعدة في إكمال النماذج الطبية.

معلومات الاتصال بالمريض (أو الممثل المفوض)

الشارع أو صندوق البريد الشقة

المدينة الدولة الرمز البريدي

الهاتف عنوان البريد الإلكتروني

تفضيلات الاتصال: عبر البريد العادي عبر البريد الإلكتروني عبر الهاتف

تفاصيل عنصر أو خدمة الرعاية الصحية التي تريد المنازعة عليها

الدولة التي تلقى فيها المريض العنصر أو الخدمة:

التاريخ الذي تمت فيه جدولة العنصر أو الخدمة (أو عندما تم طلب تقدير التكلفة):

الشهر: اليوم: العام:

التاريخ الذي تلقى فيه المريض العنصر أو الخدمة:

الشهر: اليوم: العام:

اكتب وصفاً قصيراً للعنصر أو الخدمة التي تريد المنازعة عليهما.
(أدرج: العنصر أو الخدمة التي تريد المنازعة عليهما ووصفاً قصيراً للعنصر أو الخدمة.)

أوردت في هذا النموذج:

- نسخة من الفاتورة من مزود أو منشأة الرعاية الصحية الخاصين بي التي أريد المنازعة عليها
- نسخة من تقدير حسن النية (أو أية وثائق أخرى للتكلفة المتوقعة لعنصر أو خدمة) للعنصر أو الخدمة التي أريد المنازعة عليها

معلومات الاتصال بمزود/منشأة الرعاية الصحية، ممن قدموا العنصر أو نفذوا الخدمة محل النزاع.
ينبغي أن يكون هذا ضمن تقدير حسن النية الخاص بك.

اسم مزود/منشأة الرعاية الصحية

آخر 4 أرقام من رقم الحساب على فاتورتك

الشارع

المدينة

الدولة

الرمز البريدي

البريد الإلكتروني

الهاتف

قراءة النموذج والتوقيع عليه

- أوافق على السماح لمزود الرعاية الصحية الخاص بي بالإفراج عن جميع السجلات الطبية أو العلاجية ذات الصلة المتعلقة بهذا النزاع إلى كيان حل النزاعات المختار من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. أدرك أن كيان حل النزاعات المختار لن يستخدم هذه المعلومات إلا لاتخاذ قرار بشأن هذا النزاع. سيتم الحفاظ على سرية معلوماتي ولن يتم الإفصاح عنها لأي شخص آخر.
- أوافق على دفع رسوم قدرها \$ 25 أمريكيًا لأجل عملية حل النزاع. مطلوب الدفع لأجل مباشرة عملية حل النزاع. لن يتم قبول الشيكات الشخصية أو النقد. طرق الدفع المقبولة هي: شيك أمين الصندوق، أو حوالة مالية، أو الدفع الإلكتروني مثل الدفع ببطاقتي الائتمان أو الخصم، أو تطبيق الدفع ذي الصلة. ينبغي سداد الدفعات إلى [SDR Entity].
- عندما يتخذ كيان حل النزاعات المختار قرارًا بشأن سعر عناصر أو خدمات الرعاية الصحية هذه، فإنني أوافق على دفع المبلغ المقرر.

ضع علامة هنا للموافقة

التاريخ

التوقيع

الاسم مطبوعًا

كيفية إرسال هذا النموذج

تأكد من تضمين ما يلي:

- نسخة من الفاتورة من مزود أو منشأة الرعاية الصحية الخاصين بي التي أريد المنازعة عليها
- نسخة من تقدير حسن النية (أو أية وثائق أخرى للتكلفة المتوقعة لعنصر أو خدمة) للعنصر أو الخدمة التي أريد المنازعة عليها
- رسومك الإدارية من \$ 25 (في حالة استخدام البريد العادي)

يمكنك إرسال هذا النموذج وهذه الوثائق:

- عبر الإنترنت

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

- عبر البريد العادي

[SDR entity name]

عنوان

العنوان

للمزيد من المساعدة، اتصل بالرقم 1-800-985-3059 أو أرسل رسالة بريد إلكتروني على FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

إذا كنت تفضل الدفع إلكترونياً، فعندما يتلقى كيان حل النزاعات المختار هذا النموذج، سيرسل إليك رابطاً يمكنك من خلاله دفع الرسوم إلكترونياً لمباشرة عملية حل النزاع. إذا كنت ترسل الرسوم الخاصة بك بالبريد، فأرسل شيكاً مصرفياً أو حوالة بريدية مستحقة الدفع إلى [the SDR Entity] مع النموذج الخاص بك. لا ترسل نقدًا أو شيكات شخصية لأنها ليست طرقاً مقبولة لدفع الرسوم الإدارية الخاصة بك.

احتفظ بنسخة أو التقط صوراً لهذا النموذج المكتمل. قد تحتاج إليها لاحقاً.

للمزيد من المعلومات حول حقك بموجب القانون الفيدرالي في الاعتراض على الفواتير الطبية، قم بزيارة:

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

إذا كانت لديك أسئلة حول حقوقك بموجب قانون عدم المفاجآت، يُرجى زيارة <https://www.cms.gov/medical-bill-rights> أو اتصل بالرقم 1-800-985-3059. إذا كنت تعتقد أن المزود بالخدمة الخاص بك ربما لا يتبع القواعد، أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov لتقديم شكوى. بإمكانك أيضًا إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة بهذا الإخطار.

بيان قانون الحد من الأعمال الورقية

وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم صحيح لمراقبة مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لجمع المعلومات هذا هو 0938-NEW. يُقدر الوقت اللازم لإكمال جمع المعلومات هذا بمتوسط 1.3 ساعة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى أن تكتب إلى:

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية. وبناءً على ذلك، سنحمي المعلومات وفقًا لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة بموجب قانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، كما تم تعديله (القسم 552a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلق بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية"، رقم النظام 09-70-9005، المتاح على <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records> إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى أن تكتب إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov.

بيان قانون الخصوصية: تُخوّل مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (CMS) بجمع المعلومات في هذا النموذج وأي وثائق داعمة بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة (PHSA)، كما تمت الإضافة بموجب المادة 112 من قانون عدم المفاجآت، القسم 1 من الفرع ب-ب من قانون الاعتمادات الموحدة، 2021 (المنشور L. 116-260). نحتاج إلى المعلومات الموجودة في النموذج لتمكين وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من تلبية المتطلبات بموجب المادة 7-2799B من قانون خدمات الصحة العامة ولوائح التنفيذ لإنشاء وتفعيل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات لبعض الأشخاص غير المؤمن عليهم (أو الذين يدفعون ذاتيًا) أو الأشخاص الذين يتلقون فاتورة تتجاوز بشكل كبير تقدير حسن النية المقدم من المزود بالرعاية الصحية أو المنشأة ذات الصلة قبل استلام العناصر أو الخدمات. قد نستخدم هذه المعلومات للتعامل مع طلب لمباشرة نزاع حول الدفع، والتحقق من الأهلية للمنازعة لأجل عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات، ولتحديد ما إذا كان هناك أي تضارب في المصالح مع كيان حل النزاعات (SDR) المختار الذي تم اختياره للفصل في النزاع. يجوز أيضًا استخدام المعلومات من أجل: (1) دعم القرار بشأن النزاع؛ (2) دعم التشغيل والإشراف المستمرين لبرنامج عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات؛ (3) تقييم امتثال كيان حل النزاعات المختار لقواعد البرنامج. يُعد توفير المعلومات المطلوبة أمر تطوعي. لكن التخلف عن تقديمه قد يؤخر أو يمنع التعامل مع النزاع، أو قد يؤدي إلى الفصل في النزاع لصالح المزود بالخدمة أو المنشأة ذات الصلة.

بيان السرية: سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بموجب هذه المبادرة بما يتفق بدقة مع القوانين واللوائح التي تحكم متطلبات السرية. وبناءً على ذلك، سنحمي المعلومات وفقًا لمتطلبات قانون خدمات الصحة العامة بصيغته المعدلة

بموجب قانون الاعتمادات الموحدة لعام 2021، واللوائح الصادرة بموجب قانون قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة بصيغته المعدلة (القسم 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160-164)، وقانون الخصوصية لعام 1974، كما تم تعديله (القسم 552a من الفصل 5 من مدونة قانون الولايات المتحدة الأمريكية). تحتفظ وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بنظام للسجلات بخصوص جمع معلومات التعريف الشخصية فيما يتعلق بنزاعات المطالبين. يحمل نظام إخطارات السجلات المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تم جمعها في النماذج وضمن عملية حل النزاعات بين المرضى والمزودين بالخدمات عنوان "شكاوى ضد جهات إصدار التأمين الصحي والخطط الصحية" (CAHII)، رقم النظام 09-70-9005، المتاح على <https://www.federalregister.gov/documents/2018/02/14/2018-03014/privacy-act-of-1974-system-of-records>.