

APÉNDICE 4

Formulario para resolución de conflictos entre pacientes y proveedores

Averigüe si usted califica para el proceso de resolución de conflictos

Este formulario es únicamente para personas que no tienen un seguro de salud o que decidieron no usar el seguro para su atención médica.		
¿Su proveedor de atención médica le proporcionó un estimado de buena fe para el artículo o el servicio?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La factura de su proveedor de atención médica es al menos \$400 más que el estimado de buena fe?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La fecha de la parte superior de la factura está dentro de los últimos 120 días calendario (aproximadamente 4 meses)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si contestó **NO** a cualquiera de estas preguntas:

- Usted no califica para el proceso de resolución de conflictos. Comuníquese con su proveedor de atención médica para negociar su factura y solicitar ayuda financiera.
- Si piensa que deberían haberle proporcionado un estimado de buena fe o si tiene otras preguntas, visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> o llame al 1-800-985-3059.

Si contestó **SÍ** a **TODAS** estas preguntas:

Usted califica para el proceso de resolución de conflictos. Complete el resto de este formulario.

Nota: Mientras se está desarrollando el proceso de resolución de conflictos, usted igualmente puede solicitarle a su proveedor de atención médica una factura más baja.

Nombre del paciente (y nombre del representante autorizado, si es necesario)		
Nombre	Segundo nombre	Apellido del paciente
(Opcional) Si usted completa este formulario por el paciente, escriba su nombre en letra de imprenta:		
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si usted es un representante autorizado y debe ser contactado en lugar del paciente. Escriba su información en la sección de "dirección postal y número de teléfono".		
Nota: esto es frecuente para pacientes menores de 18 años de edad o que necesitan ayuda para completar formularios médicos.		
Dirección postal y número de teléfono		
Calle o apartado de correo	Apartamento	
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		
Detalles sobre el artículo o servicio médico que desea cuestionar		
Estado en el que el paciente recibió el artículo o servicio:		
Fecha en que el paciente recibió el artículo o servicio:		
Mes	Día	Año

Escriba una descripción breve del artículo o servicio que desea disputar. (Por ejemplo, “reemplazo de rodilla” o “examen de diagnóstico de cáncer cervical”)		
He incluido con este formulario:		
<input type="checkbox"/> Una copia de la factura de mi proveedor de atención médica que deseo disputar		
<input type="checkbox"/> Una copia del estimado de buena fe por el artículo o servicio que deseo disputar		
Información de contacto del proveedor de atención médica que proporcionó el artículo o realizó el servicio. Ese dato debe estar en su estimado de buena fe.		
Nombre del proveedor de atención médica		
Nombre del hospital, la institución o el grupo		
Calle		
Ciudad	Estado	Cód. postal
Correo electrónico	Teléfono	

Lea y firme

- Acepto permitirle a mi proveedor de atención médica que divulgue todos los registros médicos o de tratamiento relevantes relacionados con este conflicto a una entidad de Resolución de Conflictos Seleccionada (SDR) y seleccionada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. Entiendo que la entidad SDR solo usará esta información para tomar una decisión sobre este conflicto. Mi información se mantendrá confidencial y no se divulgará a nadie más. Si esta información sigue siendo necesaria después de 1 año, se me pedirá que divulgue mi información nuevamente.
- Acepto pagar una cuota de \$25 por el proceso de resolución del conflicto. El pago es necesario para iniciar el proceso. Tenga en cuenta que no se aceptarán cheques personales ni efectivo. Las formas de pago aceptadas son: cheque certificado, giro o pago electrónico como tarjeta de crédito, tarjeta de débito o aplicaciones de pago.
- Cuando la entidad SDR tome la decisión sobre el precio de esos artículos o servicios médicos, acepto pagar el importe decidido.

Marque aquí para aceptar

Firma

Fecha

Nombre en imprenta

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.

Solicite ayuda en un idioma que no sea español. Para pedir 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.

Cómo enviar este formulario

Asegúrese de haber incluido lo siguiente:

- Una copia de la **factura** de su proveedor o institución de atención médica que desea cuestionar
- Una copia del **estimado de buena fe** por el artículo o servicio que desea cuestionar
- Su cuota administrativa de \$25 (si envía este formulario por correo)

Puede enviar este formulario y los documentos:

- **Por Internet**

<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>

- **Por correo postal**

C2C Innovative Solutions Inc,
Patient-Provider Dispute Resolution, P.O. Box 45105,
Jacksonville, FL, 32232-5105

- **Por fax:**

888-610-4092

Para obtener ayuda adicional, llame al 1-800-985-3059 o envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov

Cuando HHS reciba este formulario, le enviará un enlace donde puede pagar de forma electrónica la cuota para iniciar el proceso de resolución del conflicto. Si envía este formulario por correo, puede incluir un cheque certificado o un giro postal con su formulario. No envíe cheques personales ni efectivo, ya que no se aceptarán.

**Conserve una copia o tome fotos de este formulario completado.
Las puede necesitar más adelante.**

Si desea más información sobre sus derechos bajo la ley federal para cuestionar facturas médicas, visite: <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>