

Порядок подачи запроса об апелляционном пересмотре решения

Если вы получили отказ от вашей организации координированного обслуживания (ССО), плана стоматологического или психиатрического страхования в предоставлении услуги, которую, как вы полагаете, вам должны были предоставить, вы можете сделать запрос о пересмотре решения в апелляционном порядке. Для того, чтобы сделать это:

- Заполните страницы 3 и 4 этого бланка. Передайте их в администрацию вашей организации ССО или плана страхования; или
- Свяжитесь с вашей организацией ССО или планом обслуживания по телефону, факсу или почте. Если запрос о пересмотре решения подается вами по телефону, и вы не требуете ускоренного пересмотра решения по апелляции, вы должны направить запрос в письменном виде.

Если вам необходима помощь, попросите сотрудников отдела обслуживания клиентов вашей организации ССО или плана страхования предоставить вам её.

Крайний срок подачи документов

Ваш запрос на проведение апелляционного пересмотра принятого решения должен быть получен вашей организацией ССО или планом страхования в течение 60 дней с даты, указанной в *Уведомлении о предпринимаемом действии* (полученном вами письме с решением об отказе).

Если вы подаете запрос после истечения крайнего срока, вы должны указать уважительную причину для этого.

Что произойдет, если я обращусь с ходатайством об апелляционном пересмотре принятого решения?

Запрошенная услуга и вся информация в вашем запросе об апелляционном пересмотре дела будет рассмотрена другой медсестрой или врачом из вашей организации ССО или плана страхования.

- Это рассмотрение поможет им установить, требуется ли изменить решение об отказе.
- Вы имеете право на получение рассматриваемой информации до вынесения ими нового решения (свяжитесь с отделом обслуживания клиентов вашей организации ССО или плана страхования для получения данной информации).
- Вы или ваш врач также можете предоставить дополнительную информацию в устном или письменном виде в вашу организацию ССО или план страхования для того, чтобы помочь им в принятии решения.

Сотрудники вашей организации ССО или плана страхования направят вам в течение 16 дней с момента подачи запроса *Уведомление о решении по апелляционной жалобе* для сообщения вам вынесенного решения.

Что вам следует делать, если в обслуживании по-прежнему отказано?

Если, после принятия решения по апелляции, организацией ССО или планом страхования не было изменено решение об отказе, вы можете обратиться с запросом в управление ОНА.

Как подать запрос на проведение слушания?

Если вы сделали запрос на апелляционный пересмотр принятого решения, вынесенного организацией ССО или планом страхования в результате апелляционного процесса, и не согласны с ним, вы можете обратиться с запросом в управление ОНА. Для того, чтобы сделать это:

- Заполните страницы 3 и 4 этого бланка. Верните их в управление ОНА или отделение Департамента социального обеспечения штата Орегон (ODHS); **ИЛИ**
- Заполните бланк в Интернете по адресу bit.ly/ohp-hearing-form; **ИЛИ**
- Заполните и отправьте бланк запроса на проведение административного слушания (MSC 443). Для получения этого формуляра или помощи в его заполнении, обратитесь в отделение департамента

ODHS или позвоните по тел. 800-273-0557 (телетайп для слабослышащих 711).

Вы также можете найти этот формуляр на веб-сайте **ONP.Oregon.gov** (нажмите на раздел «Forms» (бланки)).

Крайний срок подачи документов

Ваш запрос должен быть получен управлением ОНА в течение 120 дней с даты, указанной в *Уведомлении о решении по апелляционной жалобе* (полученном вами письме относительно апелляционного процесса).

Если вы подаете запрос после истечения крайнего срока, вы должны указать уважительную причину для этого.

Что произойдет, если я подам запрос на проведение слушания?

До момента проведения слушания вам позвонит сотрудник управления ОНА, чтобы попросить вас поделиться дополнительной информацией и ответить на ваши вопросы.

Во время слушания вы можете сообщить, почему вы не согласны с принятым решением.

Большинство слушаний проводятся по телефону. На слушании также будут присутствовать следующие лица:

- представитель управления ОНА на слушаниях;
- Представитель от вашей организации ССО или плана обслуживания;
- Ваш личный представитель или помощник (если таковой имеется);
- Судья по административным делам;
- любые свидетели, приглашенные вами для дачи показаний;

После проведения слушания судья рассмотрит материалы, представленные в ходе слушания, и вынесет решение. В течение 30 дней вы получите *Уведомление о предлагаемом решении и окончательный приказ* (решении, вынесенным судьей).

Слушания проводятся в соответствии с Законом об административных процедурах, главой 183 Свода законов ORS, и административными правилами штата Орегон под номерами со 137-003-0501 по 0700, 410-120-1860, 410-141-3900.

Что вам необходимо знать, прежде чем вы обратитесь с просьбой о проведении апелляционного пересмотра принятого решения или слушания.

Ниже перечислены два варианта действий, которые вы можете предпринять в любой момент в дополнение к просьбе о проведении апелляционного пересмотра принятого решения или слушания. Этими действиями **не** предусмотрено дополнительное время для обращения с запросом о проведении апелляционного пересмотра принятого решения или слушания, поэтому вам необходимо будет выполнить их незамедлительно:

1. Вы можете спросить вашего врача о других способах лечения вашего заболевания.
2. Вы можете попросить предоставить вам информацию, используемую для принятия этого решения. Для этого позвоните в отдел обслуживания клиентов вашей организации ССО или плана страхования.

Непрерывность обслуживания

Если вы получали это обслуживание **до того**, как вы получили отказ от организации ССО или плана страхования, вы можете обратиться с просьбой о непрерывном предоставлении обслуживания в период ожидания решения по апелляции или по результатам слушания. Для того, чтобы это сделать, вы должны:

- Отметить «Да» в вопросе 8 на странице 4 этого бланка; а также
- Обратиться с просьбой о проведении апелляционного пересмотра принятого решения не позднее 10 дней с «даты издания уведомления», указанного в *Уведомлении о предпринимаемом действии* или «даты вступления в силу» (если таковая указана в уведомлении), в зависимости от того, какая из дат наступает позже; а также
- Обратиться с просьбой о проведении слушания не позднее 10 дней с «даты уведомления», указанной в *Уведомлении о решении по апелляционной жалобе* или «даты вступления в силу» (если таковая указана в уведомлении), в зависимости от того, какая из дат наступает позже.

Если в результате апелляционного процесса или слушания решение не будет изменено, вы, возможно, должны будете возратить сумму стоимости всех услуг, полученных вами после «даты

вступления в силу», указанной в *Уведомлении о предпринимаемом действии* или *Уведомлении о решении по апелляционной жалобе*.

Если вы желаете получить помощь во время апелляционного процесса или слушания:

Вы можете попросить своего друга, члена семьи, социального защитника, врача или адвоката помочь вам в ходе апелляционного процесса или судебного слушания. Решение о том, кто будет присутствовать на вашем апелляционном слушании остается за организацией ССО или планом страхования. Если вы желаете воспользоваться услугами адвоката, вы можете получить помощь в:

- Горячей линии по вопросам получения государственных льгот по тел. 800-520-5292 (телетайп 711), чтобы получить рекомендации и возможно защиту правовых интересов. Данную программу предоставляют Служба юридической помощи штата Орегон и Юридический центр штата Орегон.
- Адвокатуры штата Орегон по тел. 800-452-8260, чтобы получить информацию о бесплатных или недорогих юридических услугах.

Если вы хотите, чтобы в ходе судебного заседания ваши интересы представляло другое лицо, сообщите контактную информацию данного лица в данной форме или в форме MSC 443, либо предоставьте данную информацию представителю на слушаниях управления ОНА.

Если ваш запрос был подан по истечении крайнего срока или был аннулирован, если вы не обратились с запросом о проведении слушания или вы не явились на слушание:

Вы можете потерять право на подачу апелляции или проведение слушания по пересмотру принятого решения. В этом случае самое последнее уведомление о принятом решении, полученное от вашей организации ССО или плана страхования, станет окончательным решением по делу (или «окончательным приказом, принятым в отсутствие противной стороны»). Оно вступит в силу спустя 120 дней после даты, указанной в уведомлении. Вы не получите специального уведомления, касающегося этого решения. Материалы для принятия окончательного приказа составят досье по делу, используемое для принятия решения и включающее в себя любые материалы, приобщенные вами впоследствии.

Если вы отзовете свое прошение на проведение слушания или пропустите слушание, вы получите указ о прекращении дела. Вы по-прежнему можете обжаловать решение о прекращении дела в соответствии со статьёй 183.482 Свода ORS, подав прошение в апелляционный суд штата Орегон. Вы должны сделать это в течение 60 дней со дня оформления указа о прекращении дела. В решении о прекращении дела будет указан крайний срок, до которого вам нужно будет подать апелляцию.

Примечание для военнослужащих: Федеральный Закон о гражданских льготах военнослужащим (SCRA) наделяет военнослужащих, находящихся на действительной службе, правом на приостановление данного делопроизводства. Для получения более подробной информации вы можете связаться с адвокатурой штата Орегон по тел. 800-452-8260, военным ведомством штата Орегон по тел. 503-584-3571, либо отделом юрисконсульта Вооруженных сил, перейдя по ссылке <http://legalassistance.law.af.mil>.

Если после апелляционного процесса или слушания вам по-прежнему отказано в обслуживании

Вы можете решить оплачивать стоимость обслуживания самостоятельно. Попросите своего врача предоставить вам дополнительную информацию об этом. Вы с вашим поставщиком услуг должны будете затем подписать *Соглашение об оплате услуг*, чтобы продемонстрировать, что вы осознаете свою ответственность за оплату незастрахованного обслуживания.

| Agency Use Only | | |
|-----------------|--------|-------------|
| Program | Branch | Case Number |
| | | |

Запрос на пересмотр решения о медицинском обслуживании

Заполните страницы 3 и 4 настоящего формуляра или заполните бланк в Интернете по адресу bit.ly/ohp-hearing-form.

Отправьте запрос об апелляционном пересмотре принятого решения:

В свою организацию ССО или план страхования (Используйте адрес, указанный в Уведомлении о предпринимаемом действии, полученном от вашей организации ССО или плана страхования)

Отправьте запрос на слушание:

ОНА-Medical Hearings

500 Summer St NE E49

Salem, OR 97301-1077

Факс: 503-945-6035

Вид запроса – Отметьте только один из предложенных ниже вариантов (см. дополнительную информацию на стр. 1):

Члены организации ССО или плана страхования **должны** обращаться с запросом о проведении апелляционного пересмотра принятого решения, прежде чем обращаться в управление ОНА о проведении слушания. Обращение с запросом о проведении апелляционного пересмотра принятого решения или слушания **не** повлияет на ваше право участвовать в плане льготного медицинского страхования штата Орегон. Выбор остается за вами.

- Запрос о проведении апелляционного пересмотра принятого решения:** Обратитесь в организацию ССО или план страхования с просьбой о пересмотре их решения об отказе в обслуживании.

Приложите копию «Уведомления о предпринимаемом действии» (уведомления о принятом решении), полученного от вашей организации ССО или плана страхования.

- Запрос о назначении слушания:** Попросите управление ОНА пересмотреть решение об отказе или апелляционное решение, принятое организацией ССО или планом страхования.

Приложите копию «Уведомления о решении по апелляционной жалобе» (решение, принятое в результате апелляционного процесса), полученного от вашей организации ССО или плана страхования.

Сообщите нам информацию об участнике, который получил отказ в обслуживании:

1. Имя участника: _____ Идентификационный № клиента: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Дата рождения: _____

Номер социального обеспечения* (по желанию): _____

Язык для устного общения: Английский Испанский Русский Вьетнамский
 Другой: _____

Необходимы ли вам печатные материалы в другом формате? Да Нет

Если да, пожалуйста, уточните:

**Законодательство позволяет Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) просить вас указать ваш номер в системе социального обеспечения (SSN). Эти положения содержатся в следующих федеральных законах: 42 USC 1320b-7(a) и (b), 7*

USC 2011-2036, 42 CFR 436.920, и 42 CFR 457.340(b). Вы не обязаны сообщать нам свой номер SSN. Если вы решите его указать, Управление ОНА будет использовать его исключительно с целью поиска ваших записей и досье.

2. Собирается ли участник воспользоваться чьей-либо помощью в процессе подготовки апелляции или в ходе проведения слушания? Например, друг, член семьи, социальный защитник, врач или адвокат. *Если в настоящее время вы не собираетесь воспользоваться чьей-либо помощью, вы можете внести вашего представителя в дело в любой момент до проведения апелляции или слушания:*

Нет

Да, фамилия, имя: _____

Адрес, город, штат,
почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____

Кто заполнил этот бланк? Сообщите нам об этом лице (если отличается от самого участника):

3. Имя, фамилия: _____ Номер телефона: _____

4. Степень родства с заявителем: _____

Сообщите нам об этой просьбе:

5. В какой(-их) услуге(-ах) вам было отказано? Укажите их здесь.
-

6. Получил ли участник уведомление о решении в письменном виде? Отметьте один вариант:

Да. Дата уведомления: _____

Нет

7. Получал ли участник это обслуживание до того, как он получил отказ?

Да

Нет

8. Если это обслуживание предоставлялось участнику до отказа в нём, желает ли участник продолжать получать это обслуживание в период проведения апелляционного пересмотра или слушания?

Да (прежде чем отметить этот пункт, прочтите раздел «продолжение обслуживания» на странице 2)

Нет

Не относится: Участнику не предоставлялось это обслуживание до отказа в нём.

9. Необходимо ли участнику воспользоваться ускоренной процедурой вынесения решения в процессе апелляционного пересмотра принятого решения или слушания в связи с тем, что ожидание решения по делу может поставить жизнь, здоровье или работоспособность участника под угрозу?

Нет

- Да. Пожалуйста, объясните, какой ущерб может быть понесен участником программы в случае ожидания решения по делу?

-
- 1 Сообщите нам, почему организация ССО или план страхования должны оплачивать эту
0. услугу. Вы также можете отправить нам документы и медицинские записи, в которых
указано обоснование.

Подпись участника (обязательна для запроса на апелляционный пересмотр принятого решения):

Подпись участника или законного представителя участника

Дата