



WYSTĘPOWANIE Z  
ROSZCZENIEM O  
ŚWIADCZENIA  
ZDROWOTNE



**EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION**  
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

Niniejszą publikację opracowała Administracja zabezpieczeń świadczeń pracowniczych Departamentu Pracy Stanów Zjednoczonych (EBSA – ang. Employee Benefits Security Administration).

Z tą oraz innymi publikacjami EBSA można zapoznać się odwiedzając stronę internetową Administracji pod adresem: **dol.gov/ebsa**.

By zamówić publikację lub porozmawiać z doradcą ds. świadczeń prosimy o kontakt z EBSA drogą elektroniczną, pisząc na adres **askebsa.dol.gov**.

Można również zadzwonić na bezpłatny numer: **1-866-444-3272**

Publikacja ta zostanie udostępniona na życzenie w alternatywnych formatach na użytek osób z niepełnosprawnością.

Głosowe usługi telefoniczne: **(202) 693-8664**.

Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą zadzwonić pod numer **7-1-1**, by skorzystać z usług przekazywania telekomunikacyjnego.

Ta ulotka stanowi przewodnik dla małych przedsiębiorstw w ramach ustawy Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act (ang. Ustawa o sprawiedliwym wdrażaniu przepisów dla małych przedsiębiorstw) z 1996 roku.

## Wprowadzenie



**Jeśli jesteś osobą zatrudnioną przez pracodawcę zapewniającego świadczenia zdrowotne, niniejsza broszura wyjaśni wybrane obowiązki Twojego planu zdrowotnego i pokrótce wyjaśni procedury oraz ramy czasowe występowania z roszczeniami zdrowotnymi.**

Ustawa o Zabezpieczeniu Świadczeń Emerytalnych Pracowników z 1974 roku (ang. ERISA – Employee Retirement Income Security Act) chroni przysługujące Ci świadczenia zdrowotne i ustala standardy dla podmiotów zarządzających Twoim planem. Między innymi, ustawa i powiązane z nią zasady obejmują:

- Wymogi dotyczące rozpatrywania roszczenia
- Ramy czasowe podejmowania decyzji
- Twoje prawa w przypadku odrzucenia roszczenia

Zasady dla roszczeń zdrowotnych opisanych w niniejszej broszurze dotyczą osób otrzymujących świadczenia zdrowotne w ramach planu dla zatrudnionych w sektorze prywatnym. Istnieją jednak wyjątki w przypadku planów sponsorowanych przez rząd lub większość instytucji religijnych.

Jeśli masz wątpliwości, czy ERISA dotyczy Ciebie, skontaktuj się z administratorem swojego planu, by uzyskać więcej informacji.

## Zapoznanie się z informacjami w planie

Gdy zapisujesz się do planu swojego pracodawcy, otrzymujesz tzw. Skrócony Opis Planu (ang. SPD - Summary Plan Description). Zawiera on szczegółowe streszczenie planu: jak działa, jakie zapewnia świadczenia, jak występować z roszczeniem o świadczenia oraz wszelkie możliwe ograniczenia. Opisuje też przysługujące Ci prawa i obowiązki wynikające z ustawy ERISA i zasad planu. Wiele odpowiedzi na mogące się pojawić pytania można znaleźć w tzw. Skróconym Opisie Świadczeń i Pokrycia (ang. SBC - Summary of Benefits and Coverage), stanowiącym krótkie i łatwe do zrozumienia streszczenie dostępnych w ramach planu świadczeń oraz szczegółowe informacje na temat kosztów własnych w związku z pokryciem. Jeśli uczestniczysz w planie indywidualnego pracodawcy objętym układem zbiorowym pracy, procedury występowania z roszczeniami, składania zażaleń i odwołań mogą również być określone przez postanowienia układu zbiorowego.

Zanim wystąpisz o świadczenia, zapoznaj się ze Skróconym Opisem Planu i upewnij się, że spełniasz wymogi planu i rozumiesz procedury występowania z roszczeniem. Czasem procedury występowania z roszczeniem opisane są w osobnej broszurze. Jeśli nie posiadasz egzemplarza Skróconego Opisu Planu lub innego dokumentu z procedurami, skontaktuj się ze swoim administratorem planu, gdyż jest on zobowiązany taki egzemplarz zapewnić. Zachowaj dla siebie fotokopię lub inną dokumentację swojej próby o dostarczenie dokumentów.

## Występowanie z roszczeniem

Ważnym pierwszym krokiem występowania z roszczeniem jest przegląd Skróconego Opisu Planu i Skróconego Opisu Świadczeń i Pokrycia dla upewnienia się, że spełniasz wymogi planu dla otrzymania świadczenia. Przykładowo, plan może zawierać postanowienie, że możesz zapisać się do planu i otrzymać świadczenia dopiero po zakończeniu się okresu oczekiwania lub, że osoba pozostająca na utrzymaniu nie jest objęta ubezpieczeniem po osiągnięciu pewnego wieku. Musisz również wiedzieć, czego wymaga plan do wystąpienia z roszczeniem. Skrócony Opis Planu lub broszura zawierająca procedury występowania z roszczeniem muszą zawierać informacje o tym, gdzie zgłosić roszczenie, co musi ono zawierać i z kim należy się skontaktować w razie pytań dotyczących planu. Jeśli danych tych nie ma w ww. broszurach, skontaktuj się w formie pisemnej ze swoim administratorem planu, działem zasobów ludzkich pracodawcy (lub działem zajmującym się rozpatrywaniem wniosków) lub z pracodawcą i poinformuj o swoim roszczeniu. Zachowaj dla siebie kopię tego listu. Dobrze jest też wysłać taki list jako przesyłkę poleconą z poświadczeniem odbioru, aby możliwe było udowodnienie, że list dotarł i kto go odebrał.

Jeśli wniosek składa w Twoim imieniu uprawniony pełnomocnik, Twój plan może wymagać złożenia formularza wskazującego osobę pełnomocnika. Uprawniony pełnomocnik musi postępować zgodnie z procedurami występowania z roszczeniem opisanymi w Skróconym Opisie Planu. W przypadku roszczenia dotyczącego nagłej pomocy ambulatoryjnej, lekarz może automatycznie pełnić rolę Twojego uprawnionego pełnomocnika bez konieczności uprzedniego wypełnienia przez Ciebie ww. formularza.

Występując z roszczeniem upewnij się, aby zachować kopię dokumentu roszczenia dla siebie. Uwaga: plany na ogół nie mają prawa żądać opłaty za wystąpienie z roszczeniem lub odwołaniem.

## Rodzaje roszczeń

Istnieją trzy rodzaje roszczeń w ramach grupowej opieki zdrowotnej – nagłe ambulatoryjne, poprzedzające usługę oraz pouśługowe.

**Nagle roszczenia ambulatoryjne (ang. urgent care claims)** to specjalna forma roszczenia poprzedzającego usługę, gdzie wymagana jest szybka decyzja ze względu na ryzyko dla Twojego zdrowia, a normalne tempo rozpatrywania roszczeń poprzedzających wiązałoby się z zagrożeniem. Jeśli lekarz posiadający wiedzę na temat Twojego schorzenia medycznego poinformuje plan, że roszczenie poprzedzające ma charakter nagły, plan musi potraktować je jako nagłe roszczenie ambulatoryjne.

**Roszczenia poprzedzające usługę (ang. pre-service claims)** to wnioski o zatwierdzenie wymagane zanim usługa medyczna zostanie wykonana, takie jak autoryzacja wstępna lub decyzja dotycząca medycznego uzasadnienia dla danej procedury.

**Roszczenia pousługowe (ang. post-service claims)** to wszelkie inne roszczenia o świadczenia objęte zbiorowym planem ubezpieczeniowym, w tym zgłaszane po wykonaniu usługi medycznej, jak np. wnioski o refundację lub opłacenie otrzymanych już usług. Większość roszczeń o świadczenia w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego to właśnie roszczenia pousługowe.

## Oczekiwanie na decyzję w sprawie Twojego roszczenia

ERISA ustala ściśle ramy czasowe, w jakich plany zobowiązane są rozpatrzyć Twoje roszczenie i poinformować o decyzji. Terminy liczone są według dni kalendarzowych, a więc włącznie z weekendami i świętami. Plany zobowiązane są opłacić lub zapewnić świadczenie w rozsądnym czasie po pozytywnym rozpatrzeniu roszczenia, choć ERISA nie określa limitu czasowego. Skrócony Opis Planu zawiera informacje dotyczące tego, jak i kiedy świadczenia są wypłacane.

TYP ROSZCZENIA	TERMIN PODJĘCIA DECYZJI
Nagłe ambulatoryjne	Niezwłocznie, nie później niż <b>72 godziny</b> od otrzymania roszczenia
Poprzedzające usługę	W rozsądnym czasie, ale nie później niż <b>15 dni</b> od otrzymania roszczenia *
Pousługowe	W rozsądnym czasie, ale nie później niż <b>30 dni</b> od otrzymania roszczenia *

\*Uwaga: plan może wydłużyć termin podjęcia decyzji w pewnych określonych sytuacjach.

**Nagłe roszczenia ambulatoryjne** muszą być rozpatrzone najszybciej jak to możliwe, z uwzględnieniem potrzeb medycznych pacjenta i nie później niż **72 godziny** od otrzymania przez plan roszczenia.

Plan musi poinformować Cię w ciągu 24 godzin, czy potrzebne są dodatkowe informacje i dać Ci przynajmniej 48 godzin na udzielenie odpowiedzi. Następnie plan musi podjąć decyzję w ciągu 48 godzin po otrzymaniu brakujących informacji uzupełniających lub w ciągu 48 godzin od terminu dostarczenia brakujących informacji – zależnie od tego, co nastąpi wcześniej. Plan nie może przedłużać terminu podjęcia wstępnej decyzji bez Twojej zgody. Plan musi poinformować Cię o pozytywnym lub negatywnym rozpatrzeniu roszczenia w określonym terminie. Może tej informacji udzielić ustnie, o ile w ciągu 3 dni przedstawi też decyzję w formie pisemnej.

**Roszczenia poprzedzające usługę** muszą być rozpatrzone w rozsądnym terminie odpowiadającym okolicznościom medycznym lecz nie później niż **15 dni** po otrzymaniu roszczenia przez plan.

Plan może wydłużyć ten okres o maksymalnie 15 dni, jeśli z przyczyn niezależnych od siebie nie może podjąć decyzji w ciągu pierwszych 15 dni. Jednakże musi wówczas przed końcem pierwszych 15 dni poinformować Cię o tym, przekazując:

- przyczynę wystąpienia opóźnienia,
- prośbę o wszelkie informacje uzupełniające,
- przypuszczalny termin podjęcia decyzji.

Jeśli plan zażąda od Ciebie dodatkowych informacji, masz przynajmniej 45 dni na ich udzielenie. Plan musi następnie rozpatrzyć roszczenie w ciągu 15 dni od otrzymania informacji uzupełniających lub w ciągu 15 dni po terminie dostarczenia dodatkowych informacji – zależnie od tego, co nastąpi wcześniej. Plan nie może przedłużyć terminu bez Twojej zgody. Plan musi poinformować Cię pisemnie o tym, czy Twoje roszczenie zostało rozpatrzone pozytywnie czy odrzucone przed upłynięciem terminu decyzji.

**Pousługowe roszczenia zdrowotne** muszą być rozpatrzone w rozsądnym czasie, nie później niż **30 dni** po otrzymaniu roszczenia przez plan.

Plan może wydłużyć termin o maksymalnie 15 dni, jeśli nie można podjąć decyzji z powodu okoliczności niezależnych od planu w ciągu pierwszych 30 dni. Jednakże plan musi Cię o tym poinformować przed upłynięciem ww. 30-dniowego terminu, przekazując:

- przyczynę wystąpienia opóźnienia,
- prośbę o wszelkie informacje uzupełniające,
- przypuszczalny termin podjęcia decyzji.

Jeśli plan zażąda od Ciebie podania dodatkowych informacji, masz przynajmniej 45 dni na ich dostarczenie. Plan musi po tym rozpatrzyć roszczenie w ciągu 15 dni od otrzymania dodatkowych danych lub w ciągu 15 dni od upłynięcia terminu udzielenia informacji uzupełniających – zależnie od tego, co nastąpi wcześniej. Plan nie może przedłużyć terminu bez Twojej zgody. Plan musi poinformować Cię o tym, że roszczenie zostało odrzucone w całości lub częściowo (refundacja w wysokości mniejszej niż 100% roszczenia kwalifikuje się jako odrzucenie częściowe) przed upłynięciem terminu podjęcia decyzji.

W przypadku negatywnego rozpatrzenia roszczenia, administrator planu musi przesłać Ci zawiadomienie w formie pisemnej lub elektronicznej.

Zawiadomienie o odrzuceniu roszczenia musi zawierać:

- konkretną przyczynę odmowy (np. brak medycznie uzasadnionej konieczności przeprowadzenia usługi, usługa nie objęta planem lub wyczerpanie zakresu usług przewidzianych w planie),
- konkretny zapis planu stanowiący podstawę odmowy,
- w razie odmowy z powodu braku informacji – opis wszelkich dodatkowych informacji, które są wymagane i wyjaśnienie ich zasadności,
- opis procedury przeglądu decyzji w ramach planu (na przykład jak funkcjonuje proces odwołania i/lub jak zainicjować odwołanie),





- w razie odmowy na podstawie zasad, wytycznych lub protokołów – opis zasad, wytycznych lub protokołów, na których oparto decyzję o negatywnym rozpatrzeniu roszczenia, lub informacje o dostępności takiego opisu nieodpłatnie na żądanie,
- w razie odmowy z uwagi na medyczną zasadność usługi, eksperymentalny charakter usługi lub inny podobny wyjątek bądź limit – naukowy lub kliniczny osąd stanowiący podstawę odmowy, wyjaśnienie związku między zasadami planu a Twoją sytuacją zdrowotną, lub informacje o dostępności takiego wyjaśnienia nieodpłatnie na żądanie,
- informacje o przysługującym Ci prawie do wejścia na drogę sądową z żądaniem refundacji świadczeń w ramach planu.

## **Odwołanie od decyzji o odrzuceniu roszczenia**

Roszczenia są odrzucane z różnych przyczyn. Na przykład, dane świadczenie może Ci nie przysługiwać. Być może otrzymana usługa medyczna nie jest refundowana przez plan. Może też być tak, że plan potrzebuje po prostu więcej informacji na temat roszczenia. Niezależnie od konkretnej przyczyny, masz przynajmniej 180 dni na złożenie odwołania (należy sprawdzić w Skróconym Opisie Planu lub opisie procedury występowania z roszczeniem, czy plan zawiera klauzulę o dłuższym terminie składania odwołania).

Przygotowując odwołanie, odnieś się do informacji przedstawionych w zawiadomieniu o odrzuceniu roszczenia. Plan musi udostępnić Ci nieodpłatnie na żądanie kopie dokumentów, akt i innych informacji mogących mieć związek z Twoim roszczeniem. Możesz również zwrócić się o podanie tożsamości konkretnego specjalisty z zakresu medycyny lub medycyny pracy, którego ekspertyza stanowiła podstawę decyzji podjętej przez plan. Upewnij się, aby w odwołaniu zawrzeć wszystkie informacje związane z Twoim roszczeniem, szczególnie wszelkie informacje dodatkowe i dowody, które chcesz przedstawić planowi do ponownego rozpatrzenia. Odwołanie należy przekazać osobie podanej w zawiadomieniu o odrzuceniu roszczenia przed upływem 180 dni.

## Rozpatrywanie odwołania

W ramach odwołania, Twoje roszczenie musi zostać przejrane przez nową osobę, która będzie miała za zadanie zapoznać się z wszystkimi informacjami i skonsultować się w wykwalifikowanymi specjalistami z dziedziny medycyny, jeśli potrzebna jest ocena medyczna. Odwołanie musi rozpatrywać ktoś, kto nie był zaangażowany w podejmowanie pierwotnej decyzji, ani jego/jej podwładny. Osoba ta nie może również brać pod uwagę pierwotnej decyzji.

Ramy czasowe dokonania przez plan przeglądu Twojego odwołania zależą od rodzaju złożonego roszczenia.

TYP ROSZCZENIA	TERMIN DOKONANIA PRZEGLĄDU ODWOŁANIA
Nagłe ambulatoryjne	Możliwie jak najszybciej, biorąc pod uwagę Twoje potrzeby medyczne, nie później niż <b>72 godziny</b> od otrzymania wniosku o dokonanie przeglądu odrzuconego roszczenia
Poprzedzające usługę	W rozsądnym czasie, stosownym do okoliczności medycznych, lecz nie później niż <b>30 dni</b> od otrzymania wniosku o dokonanie przeglądu odrzuconego roszczenia*
Pouługowe	W rozsądnym czasie, lecz nie później niż <b>60 dni</b> od otrzymania wniosku o dokonanie przeglądu odrzuconego roszczenia*

\* Uwaga: plan może wydłużyć termin dokonania przeglądu odwołania za zgodą wnioskodawcy.

Plan nie może przedłużyć terminu bez Twojej zgody. Istnieją dwa wyjątki od tej zasady:

- **Plany indywidualnego pracodawcy objęte układem zbiorowym pracy** generalnie mogą korzystać z grupowej procedury zażaleniowej, dotyczącej odwołania od decyzji w sprawie roszczenia, o ile posiadają przepisy regulujące składanie, podejmowanie decyzji i przegląd roszczeń o świadczenia.
- **Wielozakładowe plany objęte układem zbiorowym pracy** mają zdefiniowane specjalne ramy czasowe umożliwiające im dokonywanie przeglądów odwołań dotyczących odrzuconych roszczeń pouługowych podczas regularnych kwartalnych posiedzeń rad nadzorczych.

Jeśli należysz do któregoś z powyższych planów i masz pytania dotyczące procedur obowiązujących w planie, możesz poszukać odpowiedzi w Skróconym Opisie Planu i układzie zbiorowym pracy, lub skontaktować się z Departament Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych Państwowym Urzędzie Pracy (EBSA – ang. Employee Benefits Security Administration) pod numerem **1-866-444-3272**.

Plany mogą wymagać dwóch etapów przeglądu odwołania od decyzji o odrzuceniu roszczenia zdrowotnego zanim zapadnie ostateczna decyzja. W takich przypadkach maksymalny termin każdego przeglądu wynosi na ogół połowę czasu przewidzianego na pojedynczy przegląd. Przykładowo, grupowy plan zdrowotny z jednoetapowym procesem odwołania musi rozpatrzyć roszczenie poprzedzające usługę w rozsądnym czasie, odpowiednim do konkretnej sytuacji zdrowotnej lecz nie później niż 30 dni po otrzymaniu Twojego odwołania. Jeśli plan zakłada dwuetapowe rozpatrywanie odwołań, każdy przegląd musi zostać ukończony w ciągu 15 dni w przypadku roszczeń poprzedzających usługę. Jeśli Twoje odwołanie ponownie zostanie rozpatrzone negatywnie po pierwszym etapie, plan musi dać Ci rozsądny termin (ale mniej niż pełne 180 dni) na skorzystanie z drugiego etapu przeglądu.



Gdy plan podejmie ostateczną decyzję w sprawie Twojego roszczenia, musi przesłać Ci pisemne uzasadnienie decyzji. Takie uzasadnienie musi zawierać:

- konkretne przyczyny negatywnego rozpatrzenia odwołania,
- konkretne przepisy planu, na podstawie których wydano decyzję,
- opis ewentualnej dobrowolnej procedury oferowanej przez plan w celu rozwiązywania sporów roszczeniowych,
- opis przysługującego Ci prawa do otrzymania nieodpłatnie dokumentów dotyczących Twojego roszczenia o świadczenie (dokumenty i akta, na podstawie których podjęto decyzję oraz wszelkie inne dokumenty sporządzone lub wykorzystane w toku procesu decyzyjnego),
- opis przysługujących Ci praw do wystąpienia do sądu o przegląd decyzji planu.

## **Dodatkowe zasady dla planów niewłączonych na zasadzie praw nabytych do ustawy ACA**

Ustawa o przystępnej cenie (ang. ACA – Affordable Care Act) zawiera dodatkowe wymogi odnośnie rozpatrywania roszczeń o świadczenia dla grupowych planów zdrowotnych, niepodlegających zasadzie praw nabytych (ang. „grandfathered”). Plany niepodlegające zasadzie praw nabytych to plany, które powstały lub podległy pewnym istotnym zmianom po 23 marca 2010 r. Proces występowania z roszczeniami i odwoływania się musi obejmować anulowanie pokrycia z mocą wsteczną (ang. rescission), a także inne odmowy udzielenia świadczeń. Plany te, lub ich ubezpieczyciele, muszą ponadto spełniać następujące warunki:

- udzielić Ci nowych lub dodatkowych dowodów bądź uzasadnień oraz rozsądną możliwość odpowiedzi na nie przed podjęciem ostatecznej decyzji dotyczącej Twojego roszczenia;
- zapewnić, że roszczenia i odwołania będą rozpatrywane z zachowaniem niezależności i bezstronności;
- zawierać we wszystkich zawiadomieniach o odrzuceniu roszczenia szczegółowe informacje dotyczące roszczenia, przyczynę odmowy (wraz z konkretnym kodem odmowy i jego definicją), wszelkie dostępne wewnętrzne i zewnętrzne procesy odwoławcze oraz informacje o pomocy konsumenckiej;
- podawać na żądanie kody diagnostyczne i kody procedur medycznych (wraz z ich definicjami) dla każdego odrzuconego roszczenia;
- dostarczyć zawiadomienia w sposób odpowiedni ze względu na daną kulturę i język;
- umożliwić Ci rozpoczęcie zewnętrznego procesu odwoławczego w razie, gdy plan nie zachowa zgodności z wewnętrznymi wymogami dotyczącymi roszczeń (chyba, że naruszenie procedur planu ma minimalny charakter);
- umożliwić Ci ponowne wystąpienie z roszczeniem w ramach wewnętrznego procesu rozpatrywania roszczeń, jeśli wniosek o natychmiastowy zewnętrzny przegląd zostanie odrzucony przez zewnętrznego audytora w pewnych okolicznościach.

Ponadto, plany niewłączone na zasadzie praw nabytych do ustawy ACA muszą zapewnić możliwość zewnętrznego przeglądu odrzuconych roszczeń przez niezależny podmiot. Zewnętrzny proces przeglądu stosowany przez plan zależy od tego, czy plan jest samofinansujący, czy też zapewnia świadczenia za pomocą firmy ubezpieczeniowej. Zawiadomienie o odrzuceniu roszczenia, które otrzymasz od planu, będzie zawierać opis procesu przeglądu zewnętrznego oraz przysługujące Ci prawa. W celu ubiegania się o dokonanie przeglądu zewnętrznego należy postępować zgodnie z instrukcjami zawartymi w zawiadomieniu o odrzuceniu roszczenia.

## **Negatywne rozpatrzenie odwołania w sprawie świadczenia zdrowotnego**

Jeśli ostateczną decyzją planu w sprawie Twojego roszczenia będzie odmowa, możesz zasięgnąć porady prawnej w zakresie przysługującego Ci prawa do zaskarżenia odmowy w sądzie. Zwykle musisz jednak najpierw ukończyć proces występowania z roszczeniem przewidziany przez plan zanim będzie można podjąć próbę sądowego rozwiązania sprawy.

Jeśli jednak istnieje z Twojej strony przekonanie, że plan nie opracował lub nie postępował zgodnie z procedurą rozpatrywania roszczeń spełniającą przepisy ministerstwa, możesz zwrócić się o pomoc prawną w zakresie przysługującego Ci prawa do sądowego przeglądu roszczenia o świadczenia bez czekania na podjęcie decyzji przez plan. Możesz też skontaktować się z najbliższym oddziałem EBSA w sprawie przysługujących Ci praw, jeśli uważasz, że plan nie spełnił wymogów ustawy ERISA podczas rozpatrywania Twojego roszczenia o świadczenia.

## **Występowanie z roszczeniem – podsumowanie**

- Zapoznaj się ze świadczeniami i procedurą postępowania z roszczeniem w planie zanim wystąpisz z roszczeniem. Przeczytaj Skrócony Opis Planu i Skrócony Opis Świadczeń i Pokrycia. W razie pytań, zwróć się do administratora planu.
- Po wystąpieniu z roszczeniem, maksymalny dozwolony okres oczekiwania na decyzję zależy od typu roszczenia i może wynosić od 72 godzin do 30 dni. Twój plan może przedłużyć niektóre terminy, ale musi Cię wcześniej o tym poinformować. Zazwyczaj otrzymasz decyzję w tym terminie.
- Jeśli roszczenie zostanie rozpatrzone negatywnie, musisz otrzymać zawiadomienie na piśmie i musi ono zawierać konkretne wyjaśnienia przyczyny, na podstawie której podjęto odmowną decyzję oraz informację jak odwołać się od decyzji.
- Masz przynajmniej 180 dni na złożenie wniosku o pełny i sprawiedliwy przegląd odrzuconego roszczenia. Postępuj zgodnie z procedurą odwoławczą swojego planu. Może być konieczne zebranie i przesłanie przez Ciebie nowych dowodów i informacji w sprawie, które pomogą planowi dokonać przeglądu roszczenia.
- Przegląd odwołania może trwać od 72 godzin do 60 dni, zależnie od rodzaju roszczenia. Plan musi otrzymać od Ciebie zgodę na ewentualne przedłużenie tego terminu. Plan musi przesłać Ci pisemne zawiadomienie o wyniku rozpatrzenia odwołania.
- W przypadku decyzji odmownej, pisemne zawiadomienie musi zawierać wyjaśnienie przyczyny odmowy, opis wszelkich dodatkowych etapów procesu odwołania lub opis dobrowolnej procedury odwoławczej przewidzianej przez plan. Musi również zawierać informację o przysługującym Ci prawie do żądania przeglądu sądowego decyzji planu.

- Jeśli odwołanie zostanie odrzucone, a Twój plan nie jest objęty zasadą praw nabytych, zawiadomienie o odmowie będzie zawierać opis przysługującego Ci prawa do niezależnego zewnętrznego przeglądu odrzuconego roszczenia. Aby zażądać zewnętrznego przeglądu, postępuj zgodnie z instrukcjami zawartymi w zawiadomieniu.
- Możesz rozważyć zwrócenie się o pomoc prawną, jeśli Twoje odwołanie zostało rozpatrzone negatywnie lub plan nie opracował lub nie przestrzegał rozsądnych procedur rozpatrywania roszczenia. Jeśli uważasz, że plan nie spełnił wymogów ERISA, możesz skontaktować się z biurem EBSA.

## Zasoby

Niniejsza publikacja oraz inne materiały EBSA dostępne są pod adresem [dol.gov/ebsa](https://dol.gov/ebsa).

By zamówić publikacje lub poprosić o pomoc doradcy ds. świadczeń, skontaktuj się z nami na stronie [askebsa.dol.gov](https://askebsa.dol.gov) lub zadzwoń pod bezpłatny numer **1-866-444-3272**.



**EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION**  
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR