



ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ
НА ПОЛУЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКИХ
СТРАХОВЫХ ПОСОБИЙ



АДМИНИСТРАЦИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
БЕЗОПАСНОСТИ ВЫПЛАТ СОТРУДНИКАМ
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА США

Эта публикация была подготовлена Министерством труда США и Администрация по обеспечению безопасности выплат сотрудникам (EBSA).

Для просмотра этой и других публикаций EBSA Вы можете посетить веб-сайт учреждения по адресу: **dol.gov/ebsa**.

Чтобы заказать публикации или пообщаться с консультантом по обеспечению пособий, свяжитесь с EBSA онлайн по адресу: **askebsa.dol.gov**.

Или звоните бесплатно по номеру: **1-866-444-3272**

Для лиц с ограниченными возможностями этот материал может быть предоставлен в альтернативном формате по запросу:

Голосовой телефон: **(202) 693-8664**

Если у Вас имеются нарушения слуха, Вы плохо слышите, или у Вас есть нарушения речи, наберите **7-1-1** для доступа к соответствующим телекоммуникационным реле-сервисам.

Эта брошюра представляет собой руководство по соблюдению требований малыми предприятиями с целью соблюдения Закона о справедливости в области регулирования малого бизнеса от 1996 года.

Введение



Если Вы являетесь участником программы медицинского страхования по месту работы, в данной брошюре описаны некоторые обязательства Вашей программы и кратко объясняются порядок и сроки подачи заявления о возмещении медицинских расходов.

Закон «О страховании пенсионных выплат» 1974 года (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) защищает Ваши медицинские страховые пособия и устанавливает требования к администраторам Вашей страховой программы. В частности, закон и связанные с ним нормативные акты предусматривают:

- Требования к обработке заявлений на получение страховых выплат,
- Сроки принятия решения, а также
- Ваши права в случае отказа в удовлетворении заявления.

Правила рассмотрения заявлений о возмещении расходов на медицинское обслуживание, описанные в этой брошюре, в основном относятся к людям, которые получают медицинские страховые пособия по программе финансируемой частным сектором. Однако, существуют исключения для программ финансируемых государством или большинством религиозных организаций.

Если Вы не уверены применяется ли к Вам закон «ERISA», обратитесь к администратору своей страховой программы для получения дополнительной информации.

Изучение информации о страховой программе

При первоначальной регистрации в страховой программе своего работодателя Вы получаете документ под названием «Краткое описание программы» (Summary Plan Description, SPD). Этот документ содержит подробное описание программы: как она работает, какие выплаты предоставляет, как подать заявление на получение выплат, и какие ограничения могут применяться. В нем также описаны Ваши права и обязанности в рамках закона «ERISA» и Вашей программы страхования. Ответы на многие вопросы можно также найти в документе «Краткое описание пособий и страхового покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) – кратком и понятном описании выплат доступных в рамках Вашей программы страхования, а также подробной информации о дополнительных расходах на страховое покрытие. Если Вы участвуете в программе коллективного договора с одним работодателем, порядок подачи заявлений, жалоб и апелляций также может зависеть от коллективного договора.

Прежде чем подавать заявление на получение выплат, изучите Краткое описание программы (Summary Plan Description) и убедитесь, что Вы отвечаете требованиям программы и понимаете порядок подачи заявлений. Иногда порядок подачи заявлений приводится в отдельной брошюре. Если у Вас нет копии Краткого описания программы (Summary Plan Description) или порядка подачи заявлений, обратитесь к администратору программы, который обязан предоставить Вам копию документа. Сохраните для себя ксерокопию или аналогичный документ, отражающий Ваш запрос.

Подача заявления

В первую очередь необходимо ознакомиться с Кратким описанием программы (Summary Plan Description) и Краткой информацией о пособиях и страховом покрытии (Summary of Benefits and Coverage) и убедиться в том, что Вы отвечаете требованиям своей программы для получения выплат. Например, в Вашей программе может быть указано, что для регистрации и получения выплат необходимо соблюсти период ожидания, или что по достижении определенного возраста член семьи не подлежит страхованию. Также обратите внимание на требования к подаче заявления. Краткое описание программы (Summary Plan Description) или брошюра с описанием порядка подачи заявлений должны содержать информацию о том куда подавать заявление, что подавать, и к кому обращаться если возникают вопросы по программе. Если этой информации нет в брошюрах, обратитесь к администратору программы страхования, в отдел кадров своего работодателя (или в отдел, который обычно занимается рассмотрением заявлений), или к своему работодателю и сообщите им о наличии страхового случая. Сохраните копию письма для учета. Вы также можете отправить заказное письмо с уведомлением о вручении, чтобы иметь подтверждение того, что письмо было получено и кем.

Если от Вашего имени заявление подает уполномоченный представитель, страховая компания может потребовать от Вас заполнить форму с указанием имени представителя. Уполномоченный представитель должен следовать порядку подачи заявлений, указанному в Кратком описании программы. В случае оформления заявления связанного с неотложной помощью, лечащий врач может автоматически выступать в качестве уполномоченного представителя без заполнения Вами формы.

При подаче заявления обязательно сохраните копию для учета. Примечание: как правило, страховые программы не вправе брать деньги за подачу заявлений и апелляций.

Виды заявлений

Существует три вида заявлений о возмещении медицинских расходов по программе группового страхования – о неотложной помощи, до начала обслуживания и после окончания обслуживания.

Заявления о неотложной медицинской помощи – это особый вид заявлений до начала обслуживания требующий быстрого принятия решения, поскольку Ваше здоровье окажется под угрозой если страховой программе потребуется обычное время для принятия решения по предварительной заявке на обслуживание. Если врач, осведомленный о состоянии Вашего здоровья, сообщает программе о срочности заявления до начала обслуживания, программа должна рассматривать его как заявление о неотложной помощи.

Заявления до начала обслуживания – это запросы на одобрение необходимое перед оказанием медицинской помощи, например предварительное разрешение, или решение о том является ли лечение или процедура необходимой с медицинской точки зрения.

Заявления после окончания обслуживания – это все прочие заявления на получение выплат по Вашей программе группового медицинского страхования, включая заявления после оказания медицинских услуг, например запросы на возмещение или оплату оказанных услуг. Большинство заявлений на выплаты по программе группового медицинского страхования относятся к заявлениям после окончания обслуживания.

Ожидание решения по заявлению

Закон «ERISA» устанавливает конкретные сроки, в течение которых страховые программы должны проанализировать Ваше заявление и сообщить о принятом решении. Сроки исчисляются в календарных днях, включая выходные и праздничные дни. Страховые программы обязаны оплатить или предоставлять выплаты в течение приемлемого периода времени после одобрения заявления, хотя «ERISA» не устанавливает предельных сроков. Ознакомьтесь с Кратким описанием программы (Summary Plan Description) и выясните, как и когда производятся выплаты.

ВИД ЗАЯВЛЕНИЯ	СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ
Неотложная помощь	В кратчайшие сроки, но не позднее 72 часов после получения заявления
До начала обслуживания	В приемлемые сроки, но не позднее 15 дней после получения заявления*
После окончания обслуживания	В приемлемые сроки, но не позднее 30 дней после получения заявления*

*Обратите внимание: При определенных обстоятельствах программа может продлить срок принятия решения.

Решение по **Заявлениям о неотложной помощи** должно быть принято в максимально короткие сроки с учетом медицинских потребностей пациента, но не позднее чем через 72 часа после получения заявлений страховой компанией.

Если требуется дополнительная информация, программа должна сообщить Вам об этом в течение 24 часов и дать Вам не менее 48 часов на ответ. Затем программа должна принять решение по заявлению в течение 48 часов после получения недостающей информации, или в течение 48 часов после истечения срока предоставления недостающей информации, в зависимости от того, что наступит раньше. Без Вашего согласия программа не может продлить срок принятия первоначального решения. Программа должна уведомить Вас о положительном или отрицательном решении по Вашему заявлению до истечения отведенного срока. Программа может уведомить Вас устно при условии, что письменное уведомление будет отправлено в течение трех дней после устного уведомления.

Решение по **Заявлениям до начала обслуживания** должно быть принято в приемлемые сроки с учетом медицинских обстоятельств, но не позднее чем через **15 дней** после получения заявления страховой компанией.

Программа может продлить этот срок до 15 дней, если по независящим от нее причинам решение не может быть принято в течение первых 15 дней. Однако программа должна уведомить Вас об этом до истечения первого 15-дневного срока:

- Объяснить причину задержки,
- Запросить любую дополнительную информацию, а также
- Сообщить о предполагаемом сроке принятия решения

Если программа запрашивает дополнительную информацию, у Вас есть не менее 45 дней на ее предоставление. Затем программа должна принять решение по заявлению в течение 15 дней после получения дополнительной информации, или в течение 15 дней после истечения срока предоставления дополнительной информации, в зависимости от того, что наступит раньше. Без Вашего согласия программа не может продлить этот срок. Программа должна уведомить Вас в письменном виде о положительном или отрицательном решении по Вашему заявлению до истечения крайнего срока принятия решения.

Решение по **Заявлениям о возмещении медицинских расходов после окончания обслуживания** должно быть принято в приемлемые сроки, но не позднее чем через **30 дней** после получения заявления страховой компанией.

Программа может продлить этот срок до 15 дней, если по независящим от нее причинам решение не может быть принято в течение первых 30 дней. Однако программа должна уведомить Вас об этом до истечения первого 30-дневного срока:

- Объяснить причину задержки,
- Запросить любую необходимую дополнительную информацию, а также
- Сообщить о предполагаемом сроке принятия решения.

Если программа запрашивает дополнительную информацию, у Вас есть не менее 45 дней на ее предоставление. Затем программа должна принять решение по заявлению в течение 15 дней после получения дополнительной информации, или в течение 15 дней после истечения срока предоставления дополнительной информации, в зависимости от того, что наступит раньше. Без Вашего согласия программа не может продлить этот срок. Программа должна уведомить Вас о полном или частичном отказе в удовлетворении Вашего заявления (выплата менее 100 процентов от суммы заявления считается частичным отказом) до истечения срока принятия решения.

В случае отказа в удовлетворении Вашего заявления, администратор программы должен направить Вам уведомление в письменном или электронном виде. Уведомление должно содержать:

- Конкретные причины отказа (например, не является необходимым по медицинским показаниям, не покрывается программой, или достигнута максимальная сумма лечения разрешенная программой);
- Ссылку на конкретное положение программы, на котором основывается отказ;
- В случае отказа по причине недостающей информации, описание всех необходимых дополнительных сведений, и объяснение почему они необходимы;



- Описание процедуры рассмотрения заявлений программой (например, как работают апелляции и/или как подать апелляцию);
- В случае отказа на основании норм, инструкций или регламентов, либо описание норм, инструкций, или регламентов на которые опирались при отказе в удовлетворении заявления, либо сообщение о том, что бесплатная копия таких документов будет предоставлена по запросу;
- В случае отказа на основании медицинской необходимости, экспериментального лечения или аналогичного исключения или ограничения, объяснение научного или клинического обоснования отказа, с применением условий программы к Вашим медицинским обстоятельствам, или сообщение о том, что объяснение будет предоставлено бесплатно по запросу; а также
- Описание Вашего права на обращение в суд для получения выплат, причитающихся в соответствии с программой.

Обжалование отказа в удовлетворении заявления

Причины для отказа бывают разные. Возможно, Вы не имеете права на получение выплат. Возможно, оказанные Вам услуги не покрываются Вашей страховой программой. Или, возможно, программе просто нужна дополнительная информация по Вашему заявлению. Независимо от причины, у Вас есть как минимум 180 дней для подачи апелляции (ознакомьтесь с Кратким описанием программы или с порядком подачи заявления и узнайте, предусмотрен ли в Вашей программе более длительный срок).

При подготовке апелляции используйте информацию, содержащуюся в уведомлении об отказе в удовлетворении заявления. По Вашему запросу программа должна бесплатно предоставить Вам копии документов, материалов и другой информации, относящейся к Вашему заявлению. Вы также можете узнать имя любого медицинского эксперта или эксперта по трудовым вопросам, к которому программа обращалась за консультацией. Обязательно включите в апелляцию всю информацию относящуюся к заявлению, особенно все дополнительные сведения или доказательства которые Вы хотите предоставить на рассмотрение программы, и направьте их лицу, указанному в уведомлении об отказе, до истечения 180-дневного срока.

Рассмотрение апелляции

При подаче апелляции Ваше заявление должно быть рассмотрено другим сотрудником, который изучит всю представленную информацию и проконсультируется с квалифицированными специалистами в области медицины, если речь идет о медицинском заключении. Этот эксперт не может быть тем же сотрудником, который принял первоначальное решение, или его подчиненным, и эксперт не должен принимать во внимание первоначальное решение.

Сроки рассмотрения страховой компанией Вашей апелляции зависят от вида поданного заявления.

ВИД ЗАЯВЛЕНИЯ	КРАЙНИЙ СРОК РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИИ
Неотложная помощь	В кратчайшие сроки с учетом Ваших медицинских потребностей, но не позднее 72 часов после получения запроса о пересмотре отклоненного заявления
До начала обслуживания	В приемлемые сроки с учетом медицинских обстоятельств, но не позднее 30 дней после получения запроса о пересмотре отклоненного заявления*
После окончания обслуживания	В приемлемые сроки, но не позднее 60 дней после получения запроса о пересмотре отклоненного заявления*

*Обратите внимание: С согласия заявителя программа может продлить срок рассмотрения апелляции.

Без Вашего согласия программа не может продлить этот срок. Существуют два исключения из этих временных ограничений:

- **Программы коллективного договора с одним работодателем**, в основном, могут использовать процесс рассмотрения жалоб в рамках коллективного договора для подачи апелляций если в нем есть положения о подаче, определении, и о пересмотре заявлений на получение страховых выплат.
- **Программы коллективного договора с несколькими работодателями** имеют специальные сроки, позволяющие им назначать рассмотрение апелляций по заявлениям о возмещении медицинских расходов после окончания обслуживания на регулярные ежеквартальные заседания попечительского совета.

Если Вы являетесь участником одной из таких программ и у Вас есть вопросы о порядке работы Вашей программы, Вы можете ознакомиться с Кратким описанием своей программы и коллективным договором, или обратиться в Администрацию по обеспечению безопасности выплат для рабочих и служащих (Employee Benefits Security Administration, EBSA) при Министерстве труда по телефону **1-866-444-3272**.

Для окончательного завершения процесса рассмотрения заявлений в рамках программы, могут понадобиться два этапа пересмотра отклоненного заявления о возмещении медицинских расходов. Для таких случаев максимальный срок для каждого рассмотрения обычно составляет половину срока, отведенного для одного рассмотрения. Например, программа группового медицинского страхования с одним уровнем апелляции должна рассмотреть заявление до начала обслуживания в течение приемлемого периода времени с учетом медицинских обстоятельств, но не позднее чем

через 30 дней после получения программой Вашей апелляции. Если программа требует рассмотрения двух апелляций, каждая из них должна рассматриваться в течение 15 дней для заявлений поданных до начала обслуживания. Если после первого рассмотрения Ваша апелляция не удовлетворена, программа должна предоставить Вам приемлемый период времени (но не все 180 дней) для подачи второй апелляции.

После принятия окончательного решения по Вашему заявлению, программа должна направить Вам письменное объяснение этого решения. Оно должно включать:

- Конкретные причины, по которым заявление было отклонено при подаче апелляции;
- Ссылку на положения плана, на которых основано решение;
- Описание всех добровольных способов разрешения споров по заявлениям, предлагаемых планом;
- Объяснение Вашего права на бесплатное получение документов, имеющих отношение к Вашему заявлению на получение страховых выплат (документы и материалы, на которых основано решение, и другие документы подготовленные или использованные в ходе рассмотрения дела); а также
- Описание Ваших прав на обжалование решения программы в судебном порядке.

Дополнительные условия для страховых программ, не охваченных законом «О доступном медицинском обслуживании»

Закон «О доступном медицинском обслуживании» (Affordable Care Act) содержит дополнительные требования к обработке заявлений для групповых программ медицинского страхования, которые не охвачены законом. К программам не охваченным законом относятся программы учрежденные, или претерпевшие определенные значительные изменения, после 23 марта 2010 года. Процесс рассмотрения заявлений и апелляций должен охватывать расторжение (ретроактивное аннулирование) страхового покрытия, а также другие отказы в выплатах. Они или их страховщики также должны:

- Предоставить Вам новые или дополнительные доказательства или обоснования, а также достаточную возможность ответить на них, прежде чем принять окончательное решение по заявлению;
- Обеспечить независимое и беспристрастное рассмотрение заявлений и апелляций;
- Предоставлять во всех уведомлениях об отказе в удовлетворении заявлений подробную информацию о соответствующем заявлении, причине отказа (включая код отказа и его значение), всех доступных внутренних и внешних процедурах обжалования, а также информацию о помощи потребителям;
- Предоставлять по запросу коды диагноза и лечения (и их значения) для любого отклоненного заявления;
- Предоставлять уведомления в приемлемой с культурной и языковой точки зрения форме;
- Разрешить Вам начать процедуру внешнего рассмотрения если программа не соблюдает внутренние требования к заявлениям (если только нарушения со стороны программы не являются минимальными); а также
- Позволить Вам повторно подать заявление в рамках внутренней процедуры рассмотрения заявлений, если запрос на немедленное внешнее рассмотрение отклонен внешним экспертом при определенных обстоятельствах.

Кроме того, программы не попавшие под действие закона «О доступном медицинском обслуживании» (Affordable Care Act), должны предусматривать возможность внешнего рассмотрения отказов в удовлетворении заявлений независимой стороной. Процедура внешнего рассмотрения используемая программой, зависит от того является ли программа самофинансируемой или предоставляет выплаты через страховую компанию. В уведомлении об отказе в удовлетворении заявления от Вашей программы будет описана процедура внешнего рассмотрения и Ваши права. Для запроса внешнего рассмотрения выполните действия, указанные в уведомлении об отказе.

Если Вам отказано в удовлетворении апелляции по получению медицинских страховых выплат

Если окончательное решение страховой программы отклоняет Ваше заявление, Вы можете обратиться за юридической консультацией относительно своих прав на оспаривание отказа в суде. Как правило, процесс рассмотрения заявления в рамках программы должен быть завершен до обращения в суд с целью оспорить отказ в удовлетворении заявления.

Однако если Вы считаете, что Ваша программа не установила или не соблюдала порядок рассмотрения заявлений в соответствии с правилами Министерства, обратитесь за юридической консультацией относительно своего права обратиться в суд с просьбой рассмотреть Ваше заявление на получение страховых выплат не дожидаясь решения программы. Вы также можете обратиться в ближайший офис «EBSA» для получения информации о своих правах, если Вы считаете, что программа не выполнила какие-либо требования закона «ERISA» при рассмотрении Вашего заявления на получение страховых выплат.

Подача заявления – сводный обзор

- Перед подачей заявления ознакомьтесь с порядком предоставления выплат и подачи заявлений в рамках своей программы страхования. Прочитайте Краткое описание программы (Summary Plan Description), а также Краткую информацию о выплатах и страховом покрытии (Summary of Benefits and Coverage). При наличии вопросов обратитесь к администратору своей программы.
- После подачи заявления, максимальный допустимый период ожидания решения зависит от вида заявления и составляет от 72 часов до 30 дней. Ваша программа может продлить определенные сроки, но должна уведомить Вас об этом прежде чем сделать это. В большинстве случаев Вы получите решение в течение этого срока.
- Если Вам отказано в удовлетворении заявления, Вы должны получить письменное уведомление, содержащее конкретную информацию о причинах отказа и о порядке подачи апелляции.
- У Вас есть не менее 180 дней для подачи запроса на полное и справедливое рассмотрение отклоненного заявления. Воспользуйтесь порядком подачи апелляции предусмотренным Вашей программой, и имейте в виду что возможно Вам потребуется собрать и предоставить новые доказательства или информацию, которые помогут программе в рассмотрении заявления.
- Рассмотрение Вашей апелляции может занять от 72 часов до 60 дней в зависимости от вида заявления; для продления срока рассмотрения требуется Ваше согласие. Программа должна выслать Вам письменное уведомление с информацией о принятии или отклонении апелляции.

- Если апелляция отклонена, письменное уведомление должно сообщить причину отказа, описать все дополнительные этапы обжалования или добровольные процедуры обжалования предлагаемые программой, а также содержать описание Ваших прав на судебный пересмотр решения программы.
- Если апелляция отклонена и Ваша программа не охвачена законом «О доступном медицинском обслуживании», в уведомлении об отказе будет описано Ваше право на независимое внешнее рассмотрение отклоненного заявления. Чтобы подать запрос на внешнее рассмотрение, выполните действия указанные в уведомлении.
- Вы можете воспользоваться услугами юриста если апелляция по Вашему заявлению будет отклонена, или если программа не установила или не соблюдала приемлемые процедуры рассмотрения заявлений. Если Вы считаете, что программа не выполнила требования закона «ERISA», Вы можете обратиться в «EBSA» за консультацией.

Информационные ресурсы

Для просмотра этой и других публикаций «EBSA» посетите веб-сайт: dol.gov/ebsa.

Для заказа печатных материалов или получения помощи от консультанта по выплатам, свяжитесь с нами онлайн по адресу: askebsa.dol.gov или звоните по бесплатному телефону: **1-866-444-3272**.



**АДМИНИСТРАЦИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
БЕЗОПАСНОСТИ ВЫПЛАТ СОТРУДНИКАМ
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА США**

февраль 2023 г.