



PAGHAIN NG CLAIM PARA SA IYONG MGA BENEFISYONG PANGKALUSUGAN



EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

Binuo ang publikasyong ito ng U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration (EBSA).

Upang makita ito at ang iba pang publikasyon ng EBSA, bisitahin ang website ng ahensya sa: **dol.gov/ebsa**.

Para mag-order ng mga publikasyon o makipag-usap sa isang Benefits Advisor (tagapayo sa mga benepisyo), makipag-ugnayan sa EBSA sa elektronikong paraan sa: **askebsa.dol.gov**.

O tumawag nang walang bayad sa: **1-866-444-3272**

Ginawang makukuha ang babasahing ito sa alternatibong pormat kapag hiniling para sa mga taong may mga kapansanan:

Voice phone: **(202) 693-8664**

Kung kayo ay hindi nakakarinig, nahihirapang makarinig, o may kapansanan sa pananalita, mangyaring i-dial ang **7-1-1** para ma-access ang mga serbisyong telekomunikasyon sa relay.

Binubuo ang booklet na ito ng gabay sa pagsunod ng maliit na entidad para sa mga layunin ng Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act of 1996.

Panimula



Kung lalahok ka sa isang plano sa lugar ng trabaho na nagbibigay ng mga benepisyong pangkalusugan, inilalarawan ng buklet na ito ang ilan sa mga obligasyon ng iyong plano at maikling ipinapaliwanag ang mga pamamaraan at takdang panahon para sa paghahain ng claim sa kalusugan.

Ang Employee Retirement Income Security Act ng 1974 (ERISA) ay nagpoprotekta sa iyong mga benepisyong pangkalusugan at nagtatakda ng mga pamantayan para sa mga nangangasiwa sa iyong plano. Kabilang sa iba pang mga bagay, ang batas at mga kaugnay na tuntunin ay kinabibilangan ng:

- Mga kinakailangan para sa pagproseso ng mga claim sa benepisyo,
- Ang timeline para sa isang desisyon, at
- Ang iyong mga karapatan kapag ang isang paghahabol ay tinanggihan.

Ang mga tuntunin para sa mga claim sa kalusugan na tinalakay sa buklet na ito ay karaniwang naaangkop sa mga taong tumatanggap ng mga benepisyong pangkalusugan mula sa isang pribadong-sektor na plano sa pagtatrabaho. Gayunpaman, may mga pagbubukod para sa mga planong itinataguyod ng gobyerno o karamihan sa mga relihiyosong lupon.

Kung hindi ka sigurado kung naaangkop sa iyo ang ERISA, makipag-ugnayan sa tagapamahala ng iyong plano para sa higit pang impormasyon.

Pagsusuri ng Impormasyon Mula sa Iyong Plano

Sa unang pagpaparehistro mo sa plano ng iyong employer, makatanggap ka ng isang dokumento na tinatawag na Buod ng Paglalarawan ng Plano (Summary Plan Description, SPD). Nagbibigay ito ng detalyadong pangkalahatang-ideya ng plano: kung paano ito gumagana, anong mga benepisyong ibinibigay nito, kung paano maghain ng claim para sa mga benepisyong, at anumang limitasyong maaaring ilapat. Inilalarawan din nito ang iyong mga karapatan at responsibilidad sa ilalim ng ERISA at ang iyong plano. Makakahanap ka rin ng mga sagot sa marami sa iyong mga tanong sa Buod ng mga Benepisyong at Coverage (Summary of Benefits and Coverage, SBC), isang maikli, madaling maunawaang buod ng mga benepisyong makukuha sa ilalim ng iyong plano at detalyadong impormasyon sa mga gastos mula sa bulsa para sa coverage. Kung lumahok ka sa isang single-employer collectively bargained na plano, ang iyong paghahain ng claim, karainangan, at mga pamamaraan ng apela ay maaari ding maapektuhan ng collective bargaining agreement.

Bago ka mag-apply para sa mga benepisyong, suriin ang Buod ng Paglalarawan ng Plano upang matiyak na natutugunan mo ang mga kinakailangan ng plano at nauunawaan ang mga pamamaraan sa paghahain ng claim. Minsan ang mga pamamaraan ng claim ay nakapaloob sa isang hiwalay na buklet. Kung wala kang kopya ng Buod ng Paglalarawan ng Plano ng iyong plano o mga pamamaraan sa pag-claim, makipag-ugnayan sa tagapamahala ng iyong plano, na kinakailangang magbigay sa iyo ng kopya. Panatilihin ang isang kopya o katulad na dokumentasyon ng iyong kahilingan para sa iyong mga talaan.

Paghahain ng Claim

Ang isang mahalagang unang hakbang ay suriin ang iyong Buod ng Paglalarawan ng Plano at Buod ng Mga Benepisyong at Coverage upang matiyak na natutugunan mo ang mga kinakailangan ng iyong plano upang makatanggap ng mga benepisyong. Maaaring sabihin ng iyong plano, halimbawa, na kailangang lumipas ang panahon ng paghihintay bago ka makapagrehistro at makatanggap ng mga benepisyong o na ang isang umaasa ay hindi saklaw pagkatapos ng isang tiyak na edad. Gayundin, magkaroon ng kamalayan sa kung ano ang kailangan ng iyong plano para maghain ng claim. Ang Buod ng Paglalarawan ng Plano o buklet ng pamamaraan ng mga claim ay dapat na may kasamang impormasyon sa kung saan maghahain, ano ang isasampa, at kung kanino dapat makipag-ugnayan kung mayroon kang mga tanong tungkol sa iyong plano. Kung ang impormasyong iyon ay wala sa mga buklet, sumulat sa iyong tagapamahala ng plano, ang departamento ng human resource ng iyong employer (o ang opisina na karaniwang humahawak ng mga claim), o sa iyong employer upang ipaalam sa kanila na mayroon kang claim. Magtago ng kopya ng sulat para sa iyong mga talaan. Maaari mo ring ipadala ang liham sa pamamagitan ng sertipikadong koreo, humiling ng resibo sa pagsauli, upang magkaroon ka ng talaan na natanggap ang sulat at kung sino.

Kung ang isang awtorisadong kinatawan ay naghahain ng claim para sa iyo, maaaring hilingin sa iyo ng iyong plano na kumpletuhin ang isang form upang pangalanan ang kinatawan. Dapat sundin ng awtorisadong kinatawan ang pamamaraan ng pag-claim ng plano sa Buod ng Paglalarawan ng Plano. Sa kaso ng isang claim na kinasasangkutan ng agarang pangangalaga, ang gumagamot na doktor ay maaaring awtomatikong kumilos bilang iyong awtorisadong kinatawan nang hindi mo kailangang kumpletuhin ang isang form.

Kapag nagsampa ng claim, siguraduhing magtago ng kopya para sa iyong mga talaan. Tandaan: ang mga plano sa pangkalahatan ay hindi maaaring maningil ng anumang pera para sa paghahain ng mga claim at apela.

Mga Uri ng Claim

May tatlong uri ng mga claim sa kalusugan ng grupo -- agarang pangangalaga, bago ang serbisyo at pagkatapos ng serbisyo

Ang mga claim sa agarang pangangalaga ay isang espesyal na uri ng claim bago ang serbisyo na nangangailangan ng mas mabilis na desisyon dahil ang iyong kalusugan ay nanganganib kung ang plano ay tumagal nang normal na oras na pinahihintulutan upang magpasya para sa isang claim bago ang serbisyo. Kung ang isang doktor na may kaalaman sa iyong medikal na kondisyon ay nagsabi sa plano na ang isang claim bago ang serbisyo ay apurahan, ang plano ay dapat na ituring ito bilang isang agarang pangangalaga na claim.

Ang mga claim bago ang serbisyo ay mga kahilingan para sa pag-apruba na kinakailangan bago ang pangangalagang medikal, tulad ng paunang pahintulot o isang desisyon kung ang paggamot o pamamaraan ay medikal na kinakailangan.

Ang mga claim pagkatapos ng serbisyo ay lahat ng iba pang mga claim para sa mga benepisyo sa ilalim ng iyong planong pangkalusugan ng grupo, kabilang ang mga claim pagkatapos maibigay ang mga serbisyong medikal, tulad ng mga kahilingan para sa pagsasauli ng bayad o pagbabayad para sa mga ibinigay na serbisyo. Karamihan sa mga claim para sa mga benepisyong pangkalusugan ng grupo ay mga claim pagkatapos ng serbisyo.

Paghihintay Para sa Isang Desisyon sa Iyong Claim

Ang ERISA ay nagtatakda ng mga partikular na limitasyon sa oras para sa mga plano upang suriin ang iyong claim at ipaalam sa iyo ang desisyon. Ang mga limitasyon sa oras ay binibilang sa mga araw ng kalendaryo, kaya ang mga katapusan ng linggo at mga pista opisyal ay kasama. Ang mga plano ay kinakailangan na magbayad o magbigay ng mga benepisyo sa loob ng makatwirang panahon pagkatapos maaprubahan ang isang claim, bagama't ang ERISA ay hindi tumutukoy ng limitasyon sa oras. Tingnan ang iyong Buod ng Paglalarawan ng Plano para sa kung paano at kailan binabayaran ang mga benepisyo.

URI NG CLAIM	DEADLINE PARA SA PAGGAWA NG DESISYON
Agarang pangangalaga	Sa lalong madaling panahon, at hindi hihigit sa 72 oras pagkatapos matanggap ang claim
Bago ang serbisyo	Sa loob ng makatwirang yugto ng panahon, at hindi hihigit sa 15 araw pagkatapos matanggap ang claim*
Pagkatapos ng serbisyo	Sa loob ng makatwirang yugto ng panahon, at hindi hihigit sa 30 araw pagkatapos matanggap ang claim*

*Pakitandaan: Maaaring pahabain ng isang plano ang deadline para sa paggawa ng desisyon sa ilalim ng mga partikular na pangyayari.

Ang **mga claim sa agarang pangangalaga** ay dapat na mapagpasyahan sa lalong madaling panahon, na isinasaalang-alang ang mga medikal na pangangailangan ng pasyente, at hindi hihigit sa **72 oras** pagkatapos matanggap ng plano ang claim.

Dapat sabihin sa iyo ng plano sa loob ng 24 na oras kung kailangan ng karagdagang impormasyon at bigyan ka ng hindi bababa sa 48 oras upang tumugon. Pagkatapos ay dapat magpasya ng plano sa paghahabol sa loob ng 48 oras pagkatapos matanggap ang nawawalang impormasyon o sa loob ng 48 oras ng takdang oras upang maibigay ang nawawalang impormasyon, alinman ang mauna. Hindi maaaring pahabain ng plano ang huling araw para makagawa ng paunang desisyon nang wala ang iyong pahintulot. Dapat ipaalam sa iyo ng plano na ang iyong claim ay ipinagkaloob o tinanggihan bago matapos ang inilaang oras. Maaaring abisuhan ka ng plano nang pasalita hangga't nagbibigay ito ng nakasulat na abiso sa loob ng tatlong araw pagkatapos ng pasalitang abiso.

Ang **mga claim bago ang serbisyo** ay dapat mapagpasyahan sa loob ng makatwirang yugto ng panahon na angkop sa mga medikal na kalagayan, at hindi lalampas sa **15 araw** pagkatapos matanggap ng plano ang claim.

Maaaring pahabain ng plano ang yugto ng panahon ng hanggang 15 araw kung, sa mga kadahilanang wala sa kontrol nito, hindi makagawa ng desisyon ang plano sa loob ng unang 15 araw. Gayunpaman, dapat abisuhan ka ng plano bago matapos ang unang 15 araw na yugto:

- Pagpapaliwanag ng dahilan ng pagkaantala,
- Paghiling ng anumang karagdagang impormasyon, at
- Pagpapayo sa iyo kapag inaasahan nitong gumawa ng desisyon.

Kung humiling ang plano ng higit pang impormasyon, mayroon kang hindi bababa sa 45 araw para ibigay ito. Ang plano ay dapat na magpasya sa claim sa loob ng 15 araw pagkatapos matanggap ang karagdagang impormasyon o sa loob ng 15 araw pagkatapos ng takdang oras upang maibigay ang karagdagang impormasyon, alinman ang mauna. Hindi maaaring pahabain ng plano ang deadline nang wala ang iyong pahintulot. Dapat ipaalam sa iyo ng plano sa pamamagitan ng sulat na ang iyong claim ay ipinagkaloob o tinanggihan bago ang takdang oras para sa desisyon.

Ang **mga claim sa kalusugan pagkatapos ng serbisyo** ay dapat mapagpasyahan sa loob ng makatwirang yugto ng panahon, at hindi lalampas sa **30 araw** pagkatapos matanggap ng plano ang claim.

Maaaring pahabain ng plano ang yugto ng panahon ng hanggang 15 araw kung, sa mga kadahilanang wala sa kontrol nito, hindi makagawa ng desisyon ang plano sa loob ng unang 30 araw. Gayunpaman, dapat abisuhan ka ng plano bago matapos ang unang 30 araw na yugto:

- Pagpapaliwanag ng dahilan ng pagkaantala,
- Paghiling ng anumang karagdagang impormasyon na kailangan, at
- Pagpapayo sa iyo kapag inaasahan nitong gumawa ng desisyon.

Kung humiling ang plano ng higit pang impormasyon, mayroon kang hindi bababa sa 45 araw para ibigay ito. Ang plano ay dapat na magpasya sa claim sa loob ng 15 araw pagkatapos matanggap ang karagdagang impormasyon o sa loob ng 15 araw pagkatapos ng takdang oras upang maibigay ang karagdagang impormasyon, alinman ang mauna. Hindi maaaring pahabain ng plano ang deadline nang wala ang iyong pahintulot. Dapat ipaalam sa iyo ng plano na ang iyong claim ay tinanggihan nang buo o bahagi (ang pagbabayad ng anumang bagay na mas mababa sa 100 porsiyento ng isang claim ay isang bahagi ng pagtanggihan) bago ang takdang oras para sa desisyon.



Kung ang iyong claim ay tinanggihan, ang tagapamahala ng plano ay dapat magpadala sa iyo ng isang paunawa, alinman sa sulat o elektronikong paraan. Dapat kasama sa paunawa ang:

- Mga partikular na dahilan para sa pagtangi (halimbawa, hindi medikal na kinakailangan, hindi saklaw ng plano, o naabot ang pinakamataas na halaga ng paggamot na pinahihintulutan sa ilalim ng plano);
- Isang pagtukoy sa anumang partikular na probisyon ng plano na umaasa para sa pagtangi;
- Kung tinanggihan dahil sa kakulangan ng impormasyon, isang paglalarawan ng anumang karagdagang materyal na kailangan at isang paliwanag kung bakit ito kinakailangan;
- Isang paglalarawan ng mga pamamaraan sa pagsusuri ng plano (halimbawa, kung paano gumagana ang mga apela at/o kung paano simulan ang isang apela):
- Kung tinanggihan batay sa mga tuntunin, alituntunin, o protocol, alinman sa isang paglalarawan ng mga panuntunan, alituntunin, o protocol na umaasa sa pagtangi sa paghahabol, o isang pahayag na ang isang libreng kopya ng mga naturang item ay ibibigay kapag hiniling;
- Kung tinanggihan batay sa medikal na pangangailangan o pang-eksperimentong paggamot o katulad na pagbubukod o limitasyon, isang paliwanag ng siyentipiko o klinikal na paghatol para sa pagtangi, paglalapat ng mga tuntunin ng plano sa iyong mga medikal na kalagayan, o isang pahayag na ang isang paliwanag ay ibibigay nang libre kapag hiniling; at
- Isang paglalarawan ng iyong karapatang pumunta sa korte upang mabawi ang mga benepisyong dapat bayaran sa ilalim ng plano.

Pag-apela sa Tinanggihang Claim

Ang mga claim ay tinatangihan sa iba't ibang dahilan. Marahil ay hindi ka karapat-dapat para sa mga benepisyo. Marahil ang mga serbisyong natanggap mo ay hindi saklaw ng iyong plano. O, marahil ang plano ay nangangailangan lamang ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong claim. Anuman ang dahilan, mayroon kang hindi bababa sa 180 araw upang maghain ng apela (tingnan ang iyong Buod ng Paglalarawan ng Plano o pamamaraan ng mga paghahabol upang makita kung ang iyong plano ay nagbibigay ng mas mahabang panahon).

Gamitin ang impormasyon sa iyong paunawa sa pagtanggap sa claim sa paghahanda ng iyong apela. Ang plano ay dapat magbigay sa iyo ng mga kopya ng mga dokumento, talaan, at iba pang impormasyong nauugnay sa iyong claim nang libre kung hihilingin mo ang mga ito. Maaari ka ring humiling ng pagkakakilanlan ng sinumang medikal o bokasyonal na eksperto na ang payo ay nakuha ng plano. Siguraduhing isama sa iyong apela ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong claim, partikular ang anumang karagdagang impormasyon o katibayan na gusto mong isaalang-alang ng plano, at dalhin ito sa taong tinukoy sa abiso sa pagtanggap bago matapos ang 180-araw na yugto.

Pagsusuri ng Apela

Sa apela, ang iyong claim ay dapat na suriin ng isang bagong tao na tumitingin sa lahat ng impormasyong isinumite at kumunsulta sa mga kwalipikadong medikal na propesyonal kung ang isang medikal na paghatol ay kasangkot. Ang tagasuri na ito ay hindi maaaring ang parehong tao na gumawa ng paunang desisyon o ang nasasakupan ng taong iyon, at ang tagasuri ay hindi dapat magbigay ng konsiderasyon sa paunang desisyon.

Ang tagal ng panahon para sa isang plano na suriin ang iyong apela ay nag-iiba batay sa uri ng paghahabol na inihain.

URI NG CLAIM	DEADLINE PARA SA PAGREPASO NG APELA
Agarang pangangalaga	Sa lalong madaling panahon, isinasaalang-alang ang iyong mga medikal na pangangailangan, at hindi hihigit sa 72 oras pagkatapos matanggap ang kahilingan upang suriin ang isang tinanggihang claim
Bago ang serbisyo	Sa loob ng makatwirang yugto ng panahon na naaangkop sa mga medikal na kalagayan, at hindi hihigit sa 30 araw pagkatapos matanggap ang kahilingan na suriin ang isang tinanggihang claim*
Pagkatapos ng serbisyo	Sa loob ng makatwirang yugto ng panahon, at hindi hihigit sa 60 araw pagkatapos matanggap ang kahilingang suriin ang isang tinanggihang paghahabol*

*Pakitandaan: Maaaring pahabain ng isang plano ang panahon para sa pagsusuri ng apela nang may pahintulot ng naghahabol.

Hindi maaaring pahabain ng plano ang deadline nang wala ang iyong pahintulot. Mayroong dalawang pagbubukod sa mga limitasyon sa oras na ito:

- Ang **single-employer collectively bargained na mga plano** sa pangkalahatan ay maaaring gumamit ng collectively bargained grievance process para sa kanilang pamamaraan sa pag-apela ng claim kung ito ay may mga probisyon sa paghahain, pagpapasiya, at pagrepaso ng mga claim sa benepisyo.
- Ang **multiemployer collectively bargained na mga plano** ay may mga espesyal na panahon upang payagan silang mag-iskedyul ng mga pagsusuri sa apela ng mga paghahabol pagkatapos ng serbisyo para sa regular na pagpupulong ng board of trustee na ginaganap bawat tatlong buwan.

Kung ikaw ay kalahok sa isa sa mga planong iyon at mayroon kang mga katanungan tungkol sa mga pamamaraan ng iyong plano, maaari kang kumonsulta sa Buod ng Paglalarawan ng Plano ng iyong plano at kasunduan sa sama-samang pakikipagkasundo o makipag-ugnayan sa Employee Benefits Security Administration (EBSA) ng Department of Labor sa **1-866-444-3272**.

Maaaring mangailangan ang mga plano ng dalawang antas ng pagsusuri ng isang tinanggihang claim sa kalusugan upang tapusin ang proseso ng mga claim ng plano. Sa ganitong mga kaso, ang pinakamataas na yugto ng panahon para sa bawat pagsusuri sa pangkalahatan ay kalahati ng panahon na pinahihintulutan para sa isang pagsusuri. Halimbawa, ang planong pangkalusugan ng grupo na may isang antas ng apela ay dapat suriin ang isang claim bago ang serbisyo sa loob ng makatwirang yugto ng panahon na naaangkop sa mga medikal na kalagayan at hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos matanggap ng plano ang iyong apela. Kung ang plano ay nangangailangan ng dalawang apela, ang bawat pagsusuri ay dapat makumpleto sa loob ng 15 araw para sa mga paghahabol bago ang serbisyo. Kung ang iyong apela ay tinanggihan pa rin pagkatapos ng unang pagsusuri, ang plano ay dapat magbigay sa iyo ng isang makatwirang yugto ng panahon (ngunit hindi isang buong 180 araw) upang maghain para sa pangalawang pagsusuri.

Kapag ang plano ay gumawa ng pangwakas na desisyon sa iyong paghahabol, ang plano ay dapat magpadala sa iyo ng nakasulat na paliwanag ng desisyon. Dapat kasama dito ang:

- Ang mga partikular na dahilan kung bakit tinanggihan ang claim sa apela;
- Isang pagtukoy sa mga probisyon ng plano kung saan nakabatay ang desisyon;
- Isang paglalarawan ng anumang boluntaryong proseso na inaalok ng plano upang lutasin ang mga hindi pagkakaunawaan sa paghahabol;
- Isang paliwanag ng iyong karapatang tumanggap ng mga dokumentong nauugnay sa iyong claim sa benepisyo (mga dokumento at talaan kung saan nakabatay ang desisyon at iba pang mga dokumentong inihanda o ginamit sa proseso) nang walang bayad; at
- Isang paglalarawan ng iyong mga karapatan na humingi ng panghukumang pagrepaso ng desisyon ng plano.

Mga Karagdagang Panuntunan para sa Mga Planong Hindi Malaya sa Ilang Probisyon sa Batas na ito sa ilalim ng Affordable Care Act

Kasama sa Affordable Care Act ang mga karagdagang kinakailangan para sa pagpoproseso ng mga claim para sa mga planong pangkalusugan ng grupo na hindi malaya sa ilang probisyon sa batas na ito. Ang mga planong hindi malaya sa ilang probisyon sa batas na ito ay ang mga naitatag, o gumawa ng ilang mahahalagang pagbabago, pagkatapos ng Marso 23, 2010. Ang proseso ng claim at apela ay dapat sumaklaw sa mga pagbawi (retroaktibo na pagkansela) ng coverage, gayundin ang iba pang mga pagtangga sa mga benepisyo. Sila, o ang kanilang mga tagaseguro, ay dapat ding:

- Magbigay sa iyo ng bago o karagdagang ebidensya o katwiran, at isang makatwirang pagkakataon na tumugon dito, bago gumawa ng pangwakas na desisyon sa claim;
- Tiyakin na ang mga claim at apela ay hinahatulan sa isang malaya at walang kinikilingan na paraan;
- Magbigay ng detalye sa lahat ng mga abiso sa pagtangga sa claim sa kasangkot na claim, ang dahilan ng pagtangga (kabilang ang kodigo at kahulugan ng pagtangga), anumang magagamit na proseso ng panloob at panlabas na mga apela, at tulong impormasyon sa mamimili;
- Magbigay, kapag hiniling, diagnosis at mga koda sa paggamot (at ang mga kahulugan nito) para sa anumang tinanggihang claim;
- Magbigay ng mga paunawa sa paraang angkop sa kultura at wika;
- Payagan ka na simulan ang proseso ng panlabas na pagsusuri kung nabigo ang plano na sundin ang mga kinakailangan sa panloob na claim (maliban kung ang paglabag sa plano ay minimal); at
- Payagan kang muling magsumite ng claim sa pamamagitan ng panloob na proseso ng mga claim kung ang isang kahilingan para sa agarang panlabas na pagsusuri ay tinanggihan ng panlabas na tagasuri sa ilalim ng mga partikular na pangyayari.

Bilang karagdagan, ang mga plano na hindi itinuturing na malaya sa ilang probisyon sa batas na ito sa ilalim ng Affordable Care Act ay dapat magbigay ng panlabas na pagsusuri ng mga pagtangga sa claim ng isang independiyenteng partido. Ang proseso ng panlabas na pagsusuri na ginagamit ng plano ay nakasalalay sa kung ang plano ay pinondohan ng sarili o nagbibigay ng mga benepisyo sa pamamagitan ng isang kompanya ng seguro. Ang abiso sa pagtangga sa claim mula sa iyong plano ay maglalarawan sa panlabas na proseso at iyong mga karapatan. Upang humiling ng panlabas na pagsusuri, sundin ang mga hakbang na ibinigay sa iyong abiso sa pagtangga.

Kung Tinanggihan ang Iyong Apela sa Benepisyo sa Kalusugan

Kung tinanggihan ng pinal na desisyon ng plano ang iyong claim, maaari kang humingi ng legal na payo tungkol sa iyong mga karapatang hamunin ang pagtangga sa korte. Karaniwan, dapat mong kumpletuhin ang proseso ng claim ng iyong plano bago maghain ng aksyon sa korte upang hamunin ang pagtangga ng isang claim.

Gayunpaman, kung naniniwala kang nabigo ang iyong plano na magtatag o sumunod sa isang pamamaraan ng mga claim na naaayon sa mga tuntunin ng Departamento, maaari kang humingi ng

legal na payo tungkol sa iyong karapatang hilingin sa korte na suriin ang iyong claim sa benepisyo nang hindi naghihintay ng desisyon mula sa plano. Maari ka ring makipag-ugnayan sa pinakamalapit na opisina ng EBSA tungkol sa iyong mga karapatan kung naniniwala kang nabigo ang plano na sumunod sa alinman sa mga kinakailangan ng ERISA sa paghawak ng iyong claim sa benepisyo.

Paghahain ng Claim - Buod

- Suriin ang mga benepisyo at pamamaraan ng claim ng iyong plano bago maghain ng claim. Basahin ang iyong Buod ng Paglalarawan ng Plano at Buod ng Mga Benepisyo at Coverage. Makipag-ugnayan sa tagapamahala ng iyong plano kung mayroon kang mga tanong.
- Kapag naihain na ang iyong claim, ang pinakamahabang pinapayagang panahon ng paghihintay para sa isang desisyon ay nag-iiba ayon sa uri ng claim, mula 72 oras hanggang 30 araw. Maaaring pahabain ng iyong plano ang ilang partikular na yugto ng panahon ngunit dapat kang abisuhan bago gawin ito. Kadalasan, makakatanggap ka ng desisyon sa loob ng panahong ito.
- Kung tinanggihan ang iyong claim, dapat kang makatanggap ng nakasulat na paunawa, kasama ang partikular na impormasyon tungkol sa kung bakit tinanggihan ang iyong claim at kung paano maghain ng apela.
- Mayroon kang hindi bababa sa 180 araw upang humiling ng buo at patas na pagsusuri ng iyong tinanggihang claim. Gamitin ang pamamaraan ng mga apela ng iyong plano at magkaroon ng kamalayan na maaaring kailanganin mong mangalap at magsumite ng bagong ebidensya o impormasyon upang matulungan ang plano sa pagrepaso sa claim.
- Ang pagrepaso sa iyong apela ay maaaring tumagal sa pagitan ng 72 oras at 60 araw depende sa uri ng claim; kailangan ng plano ang iyong pahintulot para sa isang extensyon. Ang plano ay dapat magpadala sa iyo ng nakasulat na paunawa, na nagsasabi sa iyo kung ang apela ay ipinagkaloob o tinanggihan.
- Kung tinanggihan ang apela, dapat sabihin sa iyo ng nakasulat na paunawa kung bakit ito tinanggihan, ilarawan ang anumang karagdagang antas ng apela o mga pamamaraan ng boluntaryong apela na inaalok ng plano, at naglalaman ng pahayag tungkol sa iyong mga karapatan na humingi ng panghukumang pagrepaso ng desisyon ng plano.
- Kung ang apela ay tinanggihan at ang iyong plano ay hindi isang malaya sa ilang probisyon sa batas na ito, ang abiso sa pagtangi ay maglalarawan sa iyong mga karapatan sa independiyenteng panlabas na pagsusuri ng tinanggihang claim. Upang humiling ng panlabas na pagsusuri, sundin ang mga hakbang na ibinigay sa paunawa.
- Maaari kang magpasya na humingi ng legal na payo kung ang apela ng iyong claim ay tinanggihan o kung ang plano ay nabigo na magtatag o sumunod sa mga makatwirang pamamaraan ng claim. Kung naniniwala kang nabigo ang plano na sumunod sa mga kinakailangan ng ERISA, maaari kang makipag-ugnayan sa EBSA upang talakayin.

Mga mapagkukunan

Upang tingnan ito at ang iba pang mga publikasyong EBSA, bisitahin ang dol.gov/ebsa.

Upang mag-order ng mga publikasyon o humiling ng tulong mula sa isang tagapayo sa mga benepisyo, makipag-ugnayan sa amin sa askebsa.dol.gov o tumawag nang walang bayad sa **1-866-444-3272**.



EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR