



NỘP ĐƠN YÊU CẦU QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Y TẾ CỦA BẠN



BẢO ĐẢM QUYỀN LỢI NGƯỜI LAO ĐỘNG
BỘ LAO ĐỘNG HOA KỲ

Ấn phẩm này đã được Bộ Lao động Hoa Kỳ, Bảo đảm Quyền lợi Người lao động (EBSA) soạn thảo.

Để xem ấn phẩm này và các ấn phẩm khác của EBSA, hãy truy cập trang web của cơ quan này tại: **dol.gov/ebsa**.

Để yêu cầu các ấn phẩm hoặc nói chuyện với cố vấn quyền lợi, vui lòng liên lạc với EBSA theo hình thức điện tử tại: **askebsa.dol.gov**.

Hoặc gọi số miễn phí: **1-866-444-3272**

Tài liệu này sẽ được cung cấp ở dạng hình thức khác cho người khuyết tật theo yêu cầu:

Điện thoại: **(202) 693-8664**

Nếu bạn bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật về ngôn ngữ, vui lòng quay số **7-1-1** để truy cập các dịch vụ chuyển tiếp viễn thông.

Tập sách này là hướng dẫn tuân thủ dành cho giới tiểu thương theo mục đích của Đạo luật Công bằng Thực Thi Quy Định dành cho Tiểu Thương năm 1996.

Giới thiệu



Nếu bạn tham gia một chương trình bảo hiểm tại nơi làm việc cung cấp các quyền lợi sức khỏe, tập sách này mô tả một số nghĩa vụ của chương trình của bạn, đồng thời giải thích ngắn gọn các thủ tục và mốc thời gian nộp đơn yêu cầu quyền lợi sức khỏe.

Đạo luật Bảo đảm Thu nhập Hưu trí cho Người lao động năm 1974 (ERISA) bảo vệ các quyền lợi bảo hiểm y tế của bạn và đặt ra các tiêu chuẩn cho những người quản lý chương trình của bạn. Bên cạnh nhiều nội dung khác, luật và các quy tắc liên quan bao gồm:

- Các yêu cầu về việc xử lý đơn yêu cầu quyền lợi,
- Mốc thời gian cho một quyết định, và
- Các quyền của bạn khi yêu cầu quyền lợi bị từ chối.

Các quy tắc cho yêu cầu quyền lợi sức khỏe được thảo luận trong tập sách này thường áp dụng cho những người nhận được các quyền lợi sức khỏe từ một chương trình tại nơi làm việc ở khu vực tư nhân. Tuy nhiên, có những trường hợp ngoại lệ đối với các chương trình nằm trong phạm vi tài trợ của chính phủ hoặc hầu hết các tổ chức tôn giáo.

Nếu bạn không chắc chắn liệu ERISA có áp dụng cho mình hay không, hãy liên hệ với người quản lý chương trình của bạn để biết thêm thông tin.

Xem lại thông tin từ chương trình của bạn

Khi bạn lần đầu tiên đăng ký tham gia chương trình của chủ lao động, bạn sẽ nhận được một tài liệu được gọi là Mô tả Chương trình Tóm tắt (SPD). Tài liệu này cung cấp giới thiệu tổng quan chi tiết về chương trình: cách thức hoạt động, những quyền lợi mà chương trình cung cấp, cách nộp đơn yêu cầu quyền lợi và bất kỳ giới hạn nào có thể được áp dụng. Tài liệu cũng mô tả các quyền và trách nhiệm của bạn theo ERISA và chương trình của bạn. Bạn cũng có thể tìm thấy lời giải đáp cho nhiều câu hỏi của mình trong Tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm (SBC), một bản tóm tắt ngắn gọn, dễ hiểu về các quyền lợi có trong chương trình của bạn và thông tin chi tiết về các khoản chi phí tự trả cho bảo hiểm. Nếu bạn tham gia vào một chương trình thỏa ước lao động tập thể của một chủ lao động, các thủ tục nộp đơn yêu cầu quyền lợi, khiếu nại và kháng nghị cũng có thể chịu ảnh hưởng của thỏa ước lao động tập thể.

Trước khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi, vui lòng xem lại Mô tả Chương trình Tóm tắt để đảm bảo bạn đáp ứng các yêu cầu của chương trình và hiểu các thủ tục nộp đơn yêu cầu quyền lợi. Đôi khi các thủ tục yêu cầu quyền lợi được trình bày trong một tập sách riêng. Nếu bạn không có bản sao Mô tả Chương trình Tóm tắt hoặc thủ tục yêu cầu quyền lợi của chương trình, hãy liên hệ với người quản lý chương trình của bạn, và người này được yêu cầu cung cấp cho bạn một bản sao. Hãy giữ một bản sao hoặc tài liệu tương tự về yêu cầu của bạn cho mục đích lưu hồ sơ.

Nộp đơn yêu cầu quyền lợi

Bước đầu tiên quan trọng là kiểm tra Mô tả Chương trình Tóm tắt và Tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm của bạn để đảm bảo bạn đáp ứng các yêu cầu của chương trình đối với việc nhận quyền lợi. Ví dụ: chương trình của bạn có thể cho biết bạn phải chờ đợi một thời gian trước khi có thể đăng ký và nhận quyền lợi, hoặc người phụ thuộc không được bảo hiểm sau một độ tuổi nhất định. Ngoài ra, hãy lưu ý những gì chương trình của bạn yêu cầu khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi. Mô tả Chương trình Tóm tắt hoặc tập sách thủ tục yêu cầu quyền lợi phải bao gồm thông tin về nơi nộp đơn, những nội dung cần nộp và cần liên hệ với ai nếu bạn có thắc mắc về chương trình của mình. Nếu thông tin đó không có trong các tập sách, hãy viết thư cho người quản lý chương trình của bạn, bộ phận nhân sự của chủ lao động của bạn (hoặc văn phòng thường xử lý các yêu cầu quyền lợi) hoặc chủ lao động của bạn để thông báo cho họ rằng bạn có đơn yêu cầu quyền lợi. Giữ bản sao của bức thư cho mục đích lưu hồ sơ của riêng bạn. Bạn cũng có thể muốn gửi bằng thư bảo đảm, biên lai thư đã nhận, để bạn lưu hồ sơ rằng bức thư đã được nhận và người đã nhận là ai.

Nếu một người đại diện được ủy quyền đang nộp đơn yêu cầu quyền lợi thay mặt bạn, chương trình của bạn có thể yêu cầu bạn hoàn thành một biểu mẫu để chỉ định người đại diện. Người đại diện được ủy quyền phải tuân theo thủ tục yêu cầu quyền lợi của chương trình trong Mô tả Chương trình Tóm tắt. Trong trường hợp yêu cầu quyền lợi liên quan đến chăm sóc khẩn cấp, bác sĩ điều trị có thể tự động đóng vai trò là người đại diện được ủy quyền của bạn mà bạn không cần phải hoàn thành biểu mẫu.

Khi nộp yêu cầu quyền lợi, hãy giữ lại một bản sao cho mục đích lưu hồ sơ của riêng bạn. Lưu ý: các chương trình thường không tính bất kỳ khoản phí nào cho việc nộp đơn yêu cầu quyền lợi và kháng nghị.

Các loại yêu cầu quyền lợi

Có ba loại yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế theo nhóm -- chăm sóc khẩn cấp, trước khi cung cấp dịch vụ và sau khi cung cấp dịch vụ.

Yêu cầu quyền lợi chăm sóc khẩn cấp là một loại yêu cầu quyền lợi đặc biệt trước khi cung cấp dịch vụ. Loại yêu cầu này đòi hỏi việc ra quyết định nhanh hơn vì sức khỏe của bạn sẽ bị đe dọa nếu chương trình ra quyết định về một yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ trong thời gian thông thường được phép. Nếu một bác sĩ có kiến thức về tình trạng sức khỏe của bạn cho chương trình biết rằng yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ là trường hợp khẩn cấp, thì chương trình phải coi yêu cầu đó là một yêu cầu quyền lợi chăm sóc khẩn cấp.

Yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ là các yêu cầu xin sự chấp thuận cần thiết trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, chẳng hạn như sự cho phép trước hoặc quyết định xem liệu một phương pháp điều trị hoặc thủ thuật có cần thiết về mặt y tế hay không.

Yêu cầu quyền lợi sau khi cung cấp dịch vụ là tất cả các yêu cầu khác về quyền lợi trong chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của bạn, bao gồm các yêu cầu quyền lợi sau khi đã cung cấp các dịch vụ y tế, chẳng hạn như yêu cầu hoàn trả hoặc thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp. Hầu hết các yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế theo nhóm là yêu cầu quyền lợi sau khi cung cấp dịch vụ.

Chờ quyết định về yêu cầu quyền lợi của bạn

ERISA đặt ra các giới hạn thời gian cụ thể để chương trình đánh giá yêu cầu quyền lợi của bạn và thông báo cho bạn về quyết định. Giới hạn thời gian được tính theo ngày dương lịch, vì vậy bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ. Các chương trình được yêu cầu thanh toán hoặc cung cấp quyền lợi trong một thời gian hợp lý sau khi chấp thuận yêu cầu quyền lợi, mặc dù ERISA không chỉ định giới hạn thời gian. Hãy xem Mô tả Chương trình Tóm tắt của bạn để biết cách thức và thời điểm các quyền lợi được thanh toán.

LOẠI YÊU CẦU QUYỀN LỢI	THỜI HẠN RA QUYẾT ĐỊNH
Chăm sóc khẩn cấp	Sớm nhất có thể, và không quá 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu quyền lợi
Trước khi cung cấp dịch vụ	Trong một khoảng thời gian hợp lý và không quá 15 ngày sau khi nhận được yêu cầu quyền lợi*
Sau khi cung cấp dịch vụ	Trong một khoảng thời gian hợp lý và không quá 30 ngày sau khi nhận được yêu cầu quyền lợi*

*Xin lưu ý: Chương trình có thể kéo dài thời hạn ra quyết định trong các trường hợp cụ thể.

Yêu cầu quyền lợi chăm sóc khẩn cấp phải được quyết định sớm nhất có thể, có tính đến nhu cầu y tế của bệnh nhân và không quá **72 giờ** sau khi chương trình nhận được yêu cầu quyền lợi.

Chương trình phải cho bạn biết trong vòng 24 giờ nếu cần thêm thông tin và cung cấp cho bạn thời gian phản hồi ít nhất là 48 giờ. Sau đó, chương trình phải ra quyết định về yêu cầu quyền lợi trong vòng 48 giờ sau khi nhận được thông tin còn thiếu hoặc trong vòng 48 giờ kể từ thời hạn cung cấp thông tin còn thiếu, tùy điều kiện nào đến trước. Chương trình không thể kéo dài thời hạn ra quyết

định ban đầu nếu không có sự đồng ý của bạn. Chương trình phải thông báo cho bạn rằng yêu cầu quyền lợi của bạn đã được chấp thuận hay bị từ chối trước khi kết thúc thời gian quy định. Chương trình có thể thông báo cho bạn bằng miệng với điều kiện chương trình cung cấp thông báo bằng văn bản trong vòng ba ngày sau khi có thông báo bằng miệng.

Yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ phải được quyết định trong một khoảng thời gian hợp lý phù hợp với hoàn cảnh y tế và không quá **15 ngày** sau khi chương trình nhận được yêu cầu quyền lợi.

Chương trình có thể kéo dài khoảng thời gian lên đến 15 ngày nếu chương trình không thể đưa ra quyết định trong vòng 15 ngày đầu tiên vì những lý do ngoài tầm kiểm soát. Tuy nhiên, chương trình phải thông báo cho bạn trước khi khoảng thời gian 15 ngày đầu tiên kết thúc:

- Giải thích lý do cho sự chậm trễ,
- Yêu cầu bất kỳ thông tin bổ sung nào, và
- Cho bạn biết khi nào chương trình dự kiến sẽ ra quyết định.

Nếu chương trình yêu cầu thêm thông tin, bạn có ít nhất 45 ngày để cung cấp thông tin đó. Sau đó, chương trình phải ra quyết định về yêu cầu quyền lợi trong vòng 15 ngày sau khi nhận được thông tin bổ sung hoặc trong vòng 15 ngày sau thời hạn cung cấp thông tin bổ sung, tùy điều kiện nào đến trước. Chương trình không thể kéo dài thời hạn nếu không có sự đồng ý của bạn. Chương trình phải thông báo cho bạn bằng văn bản rằng yêu cầu quyền lợi của bạn đã được chấp thuận hay bị từ chối trước thời hạn ra quyết định.

Yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế sau khi cung cấp dịch vụ phải được quyết định trong một khoảng thời gian hợp lý và không quá **30 ngày** sau khi chương trình nhận được yêu cầu quyền lợi.

Chương trình có thể kéo dài khoảng thời gian lên đến 15 ngày nếu chương trình không thể đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày đầu tiên vì những lý do ngoài tầm kiểm soát. Tuy nhiên, chương trình phải thông báo cho bạn trước khi khoảng thời gian 30 ngày đầu tiên kết thúc:

- Giải thích lý do cho sự chậm trễ,
- Yêu cầu bất kỳ thông tin bổ sung nào cần thiết, và
- Cho bạn biết khi nào chương trình dự kiến sẽ ra quyết định.

Nếu chương trình yêu cầu thêm thông tin, bạn có ít nhất 45 ngày để cung cấp thông tin đó. Sau đó, chương trình phải ra quyết định về yêu cầu quyền lợi trong vòng 15 ngày sau khi nhận được thông tin bổ sung hoặc trong vòng 15 ngày sau thời hạn cung cấp thông tin bổ sung, tùy điều kiện nào đến trước. Chương trình không thể kéo dài thời hạn nếu không có sự đồng ý của bạn. Chương trình phải thông báo cho bạn rằng yêu cầu quyền lợi của bạn đã bị từ chối toàn bộ hoặc một phần (từ chối một phần là khi thanh toán bất kỳ khoản nào dưới 100 phần trăm yêu cầu quyền lợi) trước thời hạn ra quyết định.

Nếu yêu cầu quyền lợi của bạn bị từ chối, người quản lý chương trình phải gửi cho bạn một thông báo, bằng văn bản hoặc theo hình thức điện tử. Thông báo phải bao gồm:



- Các lý do cụ thể cho quyết định từ chối (ví dụ: không cần thiết về mặt y tế, không thuộc phạm vi bảo hiểm của chương trình hoặc đã đạt số tiền điều trị tối đa được phép trong chương trình);
- Tham chiếu đến bất kỳ điều khoản cụ thể nào của chương trình mà dựa vào đó quyết định từ chối được đưa ra;
- Nếu bị từ chối vì thiếu thông tin: mô tả bất kỳ tài liệu bổ sung nào cần thiết và giải thích lý do tại sao cần thiết;
- Mô tả về các thủ tục xem xét của chương trình (ví dụ: cách thức hoạt động của kháng nghị và/hoặc cách bắt đầu kháng nghị);
- Nếu bị từ chối dựa trên các quy tắc, hướng dẫn hoặc phác đồ điều trị, thì cần có mô tả về các quy tắc, hướng dẫn hoặc phác đồ điều trị được dựa vào để từ chối yêu cầu quyền lợi, hoặc tuyên bố rằng bản sao miễn phí của các mục đó sẽ được cung cấp theo yêu cầu;
- Nếu bị từ chối dựa trên sự cần thiết về mặt y tế hoặc điều trị thử nghiệm hoặc loại trừ hay giới hạn tương tự: giải thích về phán quyết khoa học hoặc lâm sàng cho việc từ chối, áp dụng các điều khoản của chương trình cho hoàn cảnh y tế của bạn, hoặc tuyên bố rằng lời giải thích sẽ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu; và
- Mô tả về quyền của bạn về việc đưa ra tòa để khôi phục các quyền lợi chính đáng trong chương trình.

Kháng nghị một yêu cầu quyền lợi bị từ chối

Yêu cầu quyền lợi bị từ chối vì nhiều lý do. Có thể là bạn không đủ điều kiện nhận quyền lợi. Có thể là các dịch vụ bạn đã nhận được không thuộc phạm vi bảo hiểm của chương trình. Hoặc có thể chỉ đơn giản là chương trình cần thêm thông tin về yêu cầu quyền lợi của bạn. Dù lý do là gì, bạn có ít nhất 180 ngày để nộp đơn kháng nghị (hãy xem Mô tả Chương trình Tóm tắt hoặc thủ tục yêu cầu quyền lợi của bạn để xem liệu chương trình của bạn có cho phép thời gian dài hơn hay không).

Sử dụng thông tin trong thông báo từ chối yêu cầu quyền lợi của bạn để chuẩn bị cho đơn kháng nghị. Chương trình phải cung cấp miễn phí cho bạn bản sao các tài liệu, hồ sơ và thông tin khác liên quan đến yêu cầu quyền lợi của bạn nếu bạn yêu cầu những tài liệu này. Bạn cũng có thể yêu cầu danh tính của bất kỳ chuyên gia y tế hoặc nghề nghiệp nào đã cung cấp tư vấn cho chương trình. Hãy chắc chắn đưa vào đơn kháng nghị của bạn tất cả thông tin liên quan đến yêu cầu quyền lợi của bạn, đặc biệt là bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng bổ sung nào mà bạn muốn chương trình xem xét và gửi cho người được chỉ định trong thông báo từ chối trước khi kết thúc khoảng thời gian 180 ngày.

Xem xét kháng nghị

Khi có kháng nghị, yêu cầu quyền lợi của bạn phải được xem xét bởi một người mới. Người này sẽ xem xét tất cả thông tin đã gửi và tham khảo ý kiến của các chuyên gia y tế có trình độ nếu có liên quan đến phán quyết y tế. Người làm công việc xem xét này không thể là người đã đưa ra quyết định ban đầu hoặc cấp dưới của người đó, và người này không được cân nhắc quyết định ban đầu.

Khung thời gian để một chương trình xem xét kháng nghị của bạn thay đổi tùy theo loại yêu cầu quyền lợi đã nộp.

LOẠI YÊU CẦU QUYỀN LỢI	THỜI HẠN XEM XÉT KHÁNG NGHỊ
Chăm sóc khẩn cấp	Sớm nhất có thể, có tính đến nhu cầu y tế của bạn và không quá 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu xem xét yêu cầu quyền lợi bị từ chối
Trước khi cung cấp dịch vụ	Trong một khoảng thời gian hợp lý phù hợp với hoàn cảnh y tế và không quá 30 ngày sau khi nhận được yêu cầu xem xét yêu cầu quyền lợi bị từ chối *
Sau khi cung cấp dịch vụ	Trong một khoảng thời gian hợp lý và không quá 60 ngày sau khi nhận được yêu cầu xem xét yêu cầu quyền lợi bị từ chối *

*Xin lưu ý: Chương trình có thể kéo dài thời hạn xem xét kháng nghị với sự đồng ý của người đệ đơn.

Chương trình không thể kéo dài thời hạn nếu không có sự đồng ý của bạn. Có hai ngoại lệ đối với các giới hạn thời gian này:

- **Các chương trình thỏa ước lao động tập thể của một chủ lao động** nói chung có thể sử dụng quy trình khiếu nại trong thỏa ước lao động tập thể cho thủ tục kháng nghị yêu cầu quyền lợi nếu quy trình này có các điều khoản về nộp đơn, xác định và xem xét các yêu cầu quyền lợi.

- **Các chương trình thỏa ước lao động tập thể của nhiều chủ lao động** có khung thời gian đặc biệt để cho phép họ lên lịch xem xét kháng nghị các yêu cầu quyền lợi sau khi cung cấp dịch vụ cho các cuộc họp hàng quý thường xuyên của hội đồng quản trị.

Nếu bạn là người tham gia vào một trong các chương trình đó và bạn có thắc mắc về các thủ tục của chương trình của mình, bạn có thể tham khảo Mô tả Chương trình Tóm tắt và thỏa ước lao động tập thể của chương trình của bạn hoặc liên hệ với Cơ quan Bảo đảm Quyền lợi Người lao động (EBSA) của Bộ Lao động theo số **1-866-444-3272**.

Các chương trình có thể yêu cầu hai cấp độ xem xét cho yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế bị từ chối để hoàn tất quá trình xử lý yêu cầu quyền lợi của chương trình. Trong những trường hợp như vậy, khoảng thời gian tối đa cho mỗi lần xem xét nói chung là một nửa khoảng thời gian được phép cho một lần xem xét. Ví dụ: một chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm có một cấp kháng nghị phải xem xét yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý phù hợp với hoàn cảnh y tế và không quá 30 ngày sau khi chương trình nhận được kháng nghị của bạn. Nếu chương trình yêu cầu hai lần xem xét kháng nghị, mỗi lần xem xét phải được hoàn thành trong vòng 15 ngày đối với các yêu cầu quyền lợi trước khi cung cấp dịch vụ. Nếu kháng nghị của bạn vẫn bị từ chối sau lần xem xét đầu tiên, chương trình phải cho phép bạn có một khoảng thời gian hợp lý (nhưng không đủ 180 ngày) để nộp đơn cho lần xem xét thứ hai.

Sau khi đưa ra quyết định cuối cùng về yêu cầu quyền lợi của bạn, chương trình phải gửi cho bạn một văn bản giải thích về quyết định đó. Văn bản phải bao gồm:

- Những lý do cụ thể khiến yêu cầu quyền lợi bị từ chối khi kháng nghị;
- Tham chiếu đến các điều khoản của chương trình mà dựa vào đó quyết định được đưa ra;
- Mô tả về bất kỳ quy trình tự nguyện nào mà chương trình cung cấp để giải quyết tranh chấp yêu cầu quyền lợi;
- Giải thích về quyền của bạn cho việc nhận miễn phí các tài liệu liên quan đến yêu cầu quyền lợi (tài liệu và hồ sơ mà dựa vào đó quyết định được đưa ra và các tài liệu khác được soạn thảo hoặc sử dụng trong quá trình này); và
- Mô tả về các quyền của bạn cho việc tìm kiếm sự xem xét tư pháp đối với quyết định của chương trình.

Các quy tắc bổ sung cho các chương trình không được áp dụng các điều khoản cũ theo Đạo luật Chăm sóc sức khỏe Giá phải chăng

Đạo luật Chăm sóc sức khỏe Giá phải chăng bao gồm các yêu cầu bổ sung cho việc xử lý yêu cầu quyền lợi cho các chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm không được áp dụng các điều khoản cũ. Các chương trình này đã được thiết lập, hoặc đã thực hiện một số thay đổi đáng kể nhất định, sau ngày 23 tháng 3 năm 2010. Quy trình yêu cầu quyền lợi và kháng nghị phải bao gồm việc hủy bỏ bảo hiểm (hủy bỏ có hiệu lực trong quá khứ), cũng như các trường hợp từ chối quyền lợi khác. Chương trình, hoặc công ty bảo hiểm của chương trình, cũng phải:

- Cung cấp cho bạn bằng chứng hoặc lý do mới hoặc bổ sung, và một cơ hội hợp lý để phản hồi cho lý do đó, trước khi đưa ra quyết định cuối cùng về yêu cầu quyền lợi;
- Đảm bảo rằng các yêu cầu quyền lợi và kháng nghị được xét xử một cách độc lập và vô tư;

- Cung cấp thông tin chi tiết trong tất cả các thông báo từ chối yêu cầu quyền lợi đối với yêu cầu quyền lợi có liên quan, lý do từ chối (bao gồm mã và ý nghĩa từ chối), bất kỳ quy trình kháng nghị nội bộ và bên ngoài nào có sẵn, và thông tin hỗ trợ người tiêu dùng;
- Cung cấp các mã chẩn đoán và điều trị (và ý nghĩa của chúng) theo yêu cầu cho bất kỳ yêu cầu quyền lợi nào bị từ chối;
- Cung cấp thông báo một cách phù hợp về mặt văn hóa và ngôn ngữ;
- Cho phép bạn bắt đầu quy trình xem xét bên ngoài nếu chương trình không tuân thủ các yêu cầu nội bộ về yêu cầu quyền lợi (trừ khi vi phạm của chương trình ở mức tối thiểu); và
- Cho phép bạn gửi lại yêu cầu quyền lợi thông qua quy trình nội bộ cho yêu cầu quyền lợi nếu yêu cầu xem xét bên ngoài ngay lập tức bị người đánh giá bên ngoài từ chối trong các trường hợp cụ thể.

Ngoài ra, các chương trình không được áp dụng các điều khoản cũ theo Đạo luật Chăm sóc sức khỏe Giá phải chăng phải đưa ra các điều khoản cho việc xem xét bên ngoài về việc từ chối yêu cầu quyền lợi từ một bên độc lập. Quy trình xem xét bên ngoài được chương trình sử dụng phụ thuộc vào việc liệu chương trình đó là được tự tài trợ hay chương trình đó cung cấp các quyền lợi thông qua một công ty bảo hiểm. Thông báo từ chối yêu cầu quyền lợi từ chương trình của bạn sẽ mô tả quy trình bên ngoài và các quyền của bạn. Để yêu cầu xem xét bên ngoài, hãy làm theo các bước được cung cấp trong thông báo từ chối của bạn.

Nếu kháng nghị về quyền lợi bảo hiểm y tế của bạn bị từ chối

Nếu quyết định cuối cùng của chương trình từ chối yêu cầu quyền lợi của bạn, bạn có thể muốn tìm kiếm sự tư vấn pháp lý liên quan đến quyền của bạn về việc đưa sự từ chối này ra tòa. Thông thường, bạn phải hoàn thành quy trình xử lý yêu cầu quyền lợi của chương trình trước khi nộp đơn kiện lên tòa án để yêu cầu giải thích việc từ chối yêu cầu quyền lợi.

Tuy nhiên, nếu bạn tin rằng chương trình của mình không thể thiết lập hoặc tuân theo thủ tục yêu cầu quyền lợi phù hợp với các quy tắc của Bộ lao động, bạn có thể muốn tìm kiếm sự tư vấn pháp lý về quyền của bạn cho việc yêu cầu tòa án xem xét yêu cầu quyền lợi của bạn mà không cần chờ quyết định từ chương trình. Bạn cũng có thể muốn liên hệ với văn phòng EBSA gần nhất về các quyền của mình nếu bạn tin rằng chương trình không tuân thủ bất kỳ yêu cầu nào của ERISA trong việc xử lý yêu cầu quyền lợi của bạn.

Nộp đơn yêu cầu quyền lợi – Tóm tắt

- Kiểm tra các quyền lợi và thủ tục yêu cầu quyền lợi của chương trình của bạn trước khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi. Đọc Mô tả Chương trình Tóm tắt và Tóm tắt Quyền lợi và Bảo hiểm của bạn. Liên hệ với người quản lý chương trình của bạn nếu bạn có thắc mắc.
- Sau khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi của bạn, thời gian chờ tối đa cho phép đưa ra quyết định sẽ thay đổi tùy theo loại yêu cầu quyền lợi, dao động từ 72 giờ đến 30 ngày. Chương trình của bạn có thể kéo dài các khoảng thời gian nhất định nhưng phải thông báo cho bạn trước khi làm như vậy. Thông thường, bạn sẽ nhận được quyết định trong khung thời gian này.
- Nếu yêu cầu quyền lợi của bạn bị từ chối, bạn phải nhận được thông báo bằng văn bản, bao gồm thông tin cụ thể về lý do tại sao yêu cầu quyền lợi của bạn bị từ chối và cách nộp đơn kháng nghị.

- Bạn có ít nhất 180 ngày để yêu cầu xem xét đầy đủ và công bằng về yêu cầu quyền lợi bị từ chối của mình. Sử dụng thủ tục kháng nghị của chương trình và lưu ý rằng bạn có thể cần thu thập và gửi bằng chứng hoặc thông tin mới để giúp chương trình xem xét yêu cầu quyền lợi.
- Quá trình xem xét kháng nghị của bạn có thể mất từ 72 giờ đến 60 ngày tùy thuộc vào loại yêu cầu quyền lợi; chương trình cần sự cho phép của bạn về việc gia hạn. Chương trình phải gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản, cho bạn biết liệu kháng nghị được chấp thuận hay bị từ chối.
- Nếu kháng nghị bị từ chối, thông báo bằng văn bản phải cho bạn biết lý do tại sao kháng nghị bị từ chối, mô tả bất kỳ mức kháng nghị bổ sung nào hoặc các thủ tục kháng nghị tự nguyện do chương trình đưa ra và có một tuyên bố về quyền của bạn cho việc tìm kiếm sự xem xét tư pháp đối với quyết định của chương trình.
- Nếu kháng nghị bị từ chối và chương trình của bạn không được tuân theo các điều khoản cũ, thông báo từ chối sẽ mô tả các quyền của bạn cho việc xem xét độc lập từ bên ngoài đối với yêu cầu quyền lợi bị từ chối. Để yêu cầu xem xét bên ngoài, hãy làm theo các bước được cung cấp trong thông báo.
- Bạn có thể quyết định tìm kiếm tư vấn pháp lý nếu kháng nghị cho yêu cầu quyền lợi của bạn bị từ chối hoặc nếu chương trình không thể thiết lập hoặc tuân theo các thủ tục yêu cầu quyền lợi hợp lý. Nếu bạn tin rằng chương trình không tuân theo các yêu cầu của ERISA, bạn có thể liên hệ với EBSA để thảo luận.

Nguồn thông tin

Để xem ấn phẩm này và các ấn phẩm khác của EBSA, vui lòng truy cập dol.gov/ebsa.

Để đặt hàng các ấn phẩm hoặc yêu cầu hỗ trợ từ một cố vấn về quyền lợi, hãy liên hệ với chúng tôi tại askebsa.dol.gov hoặc gọi số miễn phí **1-866-444-3272**.



BẢO ĐẢM QUYỀN LỢI NGƯỜI LAO ĐỘNG
BỘ LAO ĐỘNG HOA KỲ

tháng 2 năm 2023