

## Порядок подачи запроса об апелляционном пересмотре решения

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

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

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

### Крайний срок подачи документов

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

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

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

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

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

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

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

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

### Как подать запрос на проведение слушания?

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

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

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

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

---

### Крайний срок подачи документов

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

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

---

### Что произойдет, если я подам запрос на проведение слушания?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

### Непрерывность обслуживания

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

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

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

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

---

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

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

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

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

---

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

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

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

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

---

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

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

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

## Запрос на пересмотр решения о медицинском обслуживании

Заполните страницы 3 и 4 настоящего формуляра или заполните бланк в Интернете по адресу [bit.ly/ohp-hearing-form](http://bit.ly/ohp-hearing-form).

### Отправьте запрос об апелляционном пересмотре принятого решения:

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

### Отправьте запрос на слушание:

ОНА-Medical Hearings

500 Summer St NE E49

Salem, OR 97301-1077

Факс: 503-945-6035

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

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

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

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

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

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

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

1. Имя участника: \_\_\_\_\_ Идентификационный № клиента: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения\* (по желанию): \_\_\_\_\_

Язык для устного общения:  Английский  Испанский  Русский  Вьетнамский  
 Другой: \_\_\_\_\_

Необходимы ли вам печатные материалы в другом формате?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, уточните:

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

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

---

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

Нет

Да, фамилия, имя: \_\_\_\_\_

Адрес, город, штат,  
почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

---

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

3. Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

4. Степень родства с заявителем: \_\_\_\_\_

---

**Сообщите нам об этой просьбе:**

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

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

Да. Дата уведомления: \_\_\_\_\_

Нет

---

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

Да

Нет

---

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

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

Нет

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

---

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

Нет

---

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

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

---

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

---

Подпись участника или законного представителя участника

---

Дата