

Agency use only		
Program	Branch	Case Number

Прошение о проведении апелляции и слушания в связи с отказом в предоставлении медицинского обслуживания

Заполните страницы 1 и 2 данного бланка. Верните данный бланк одним из способов, перечисленных на странице 2.

Лицо, заполнившее данный бланк (если заполнено не самим участником), должно ответить на вопросы этого раздела:

1. Имя, фамилия: _____ Номер телефона _____
2. Степень родства с заявителем: _____ Дата заявления: _____

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

3. Имя участника: _____ Ид. № 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: на аудио кассете напечатанные крупным шрифтом
 на компакт-диске прочитанные вам вслух напечатанные шрифтом Брайля

**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.*

4. 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: _____
Телефон: _____

5. Отметьте один из перечисленных ниже пунктов. Участники организаций координированного обслуживания (ССО) или планов страхования могут попросить о проведении апелляции и слушания, однако апелляционный процесс должен быть проведен в первую очередь.

Обратитесь к странице 3, чтобы получить дополнительную информацию об апелляционном процессе и процессе проведения слушания.

- Участник желает опротестовать решение, принятое организацией ССО или планом страхования. Приложите копию уведомления о принятом решении («Уведомление о предпринимаемом действии»), полученного от вашей организации ССО или плана страхования.
- Участник желает проведения слушания Орегонским управлением здравоохранения (ОНА).
 - **В отношении обслуживания, в предоставлении которого было отказано вашей организацией ССО или планом страхования:** Приложите копию «Уведомления о разрешении апелляционной жалобы», полученного от вашей организации ССО или плана страхования.
 - **В отношении обслуживания, в предоставлении которого было отказано Управлением ОНА:** Приложите копию уведомления о принятом решении, полученного от Управления ОНА.

6. Получил ли участник уведомление(-я) о решении в письменном виде? Отметьте один вариант:
 Да. Дата(-ы) уведомления: Нет

7. В предоставлении какой услуги (услуг) было отказано? Перечислите их здесь.

8. Предоставляются ли участнику эти услуги в настоящее время, и желает ли он продолжать их получать в ходе апелляции и/или в процессе проведения слушания?
 Нет
 Да (прочтите раздел «продолжение обслуживания» на странице 4 данной формы до того, как отметить данную графу)

9. Необходимо ли участнику воспользоваться ускоренной процедурой рассмотрения апелляции или проведения 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?*

10. Расскажите нам, по какой причине предоставление этого обслуживания должно быть продолжено. *Вы также можете выслать документы и медицинские сведения, которые могут быть использованы в подтверждение вашего случая.*

11. Подпись участника (*обязательна для запроса на проведение апелляции*)

Подпись участника или представителя участника

Дата

Высылайте данную форму:

- Для проведения апелляции – в организацию координированного обслуживания (ССО) участника или план страхования по адресу, указанному в *Уведомлении о предпринимаемом действии*.
- Для проведения слушания
ОНА-Medical Hearings
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301-1077 Fax: 503-945-6035

Информация о проведении апелляции и слушания

Если вы не согласны с решением, вы имеете право попросить о его изменении посредством процесса апелляции и слушания. По своему усмотрению вы можете сделать запрос о проведении апелляции, слушания или обеих процедур.

Если вы являетесь участником организации ССО, плана стоматологического или психиатрического обслуживания, и желаете назначить слушание в отношении услуги, в предоставлении которой вам было отказано, в первую очередь вы должны обратиться с апелляционной просьбой в организацию ССО или план страхования. Если после этого организация ССО или план страхования по-прежнему отказывают предоставлять обслуживание, вы можете обратиться с просьбой о проведении слушания в Управление ОНА.

Что произойдет, если я попрошу провести апелляцию?

Медсестра или доктор из вашей организации координированного обслуживания (ССО) или плана страхования рассмотрит ваш запрос на получение услуг и первоначальное решение об отказе. Информация, полученная в результате данного рассмотрения, будет использована для принятия ими решения о том, следует ли вносить изменения в первоначальный отказ. Вы имеете право на получение данной информации до вынесения ими нового решения (свяжитесь с отделом обслуживания клиентов вашей организации координированного обслуживания или плана страхования для получения данной информации). Вы 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. Ваша организация ССО или план страхования сообщат вам о своем решении в течение 16 дней со дня подачи запроса на проведение апелляции, выслав вам *Уведомление о решении по апелляционной жалобе*.

Порядок подачи запроса о пересмотре решения в апелляционном порядке:

- Заполните первую и вторую страницы этого бланка и отправьте их по почте в вашу организацию ССО или в администрацию плана страхования, или
- Свяжитесь с вашей организацией ССО или планом обслуживания по телефону, факсу или написав письмо. Если запрос о пересмотре решения подается вами по телефону и вам не требуется ускоренной процедуры рассмотрения апелляции, вам также потребуется направить запрос в письменном виде. Если вам потребуется помощь в составлении письменного запроса, обратитесь в отдел обслуживания клиентов вашей организации ССО или плана страхования.

Крайний срок подачи документов

Ваш запрос на проведение апелляции должен быть получен вашей организацией ССО или планом страхования в течение 60 дней с даты, указанной в *Уведомлении о предпринимаемом действии*. Если вы подаете запрос по истечении крайнего срока, вы должны представить доказательства, подтверждающие наличие у вас уважительной причины для этого.

Что произойдет, если я попрошу провеСТИ слушаниЕ?

До проведения слушания, сотрудник управления ОНА позвонит вам для того, чтобы получить дополнительную информацию и рассказать вам о том, что будет происходить на слушании. Во время слушания вы можете объяснить, 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 представитель или помощник (если таковой имеется);
- Судья по административным делам;
- Любые свидетели, приглашенные вами для дачи показаний;

По окончании слушания судья рассмотрит материалы, представленные в ходе слушания, и вынесет решение. В течение 30 дней вы получите письмо (или «Окончательный приказ»), в котором будет указано принятое решение.

Слушания проводятся в соответствии с Законом об административных процедурах, ORS Глава 183, и административными правилами штата Орегон под номерами со 137-003-0501 по 0700, 410-120-1860, 410-141-0264, 410-141-3264.

Как подать запрос на проведение слушания?

Заполните один из этих бланков. Верните его в Управление ОНА или в отделение Департамента социального обеспечения (DHS):

- Заполните страницы 1 и 2 данного бланка или
- Бланк запроса на проведение административного слушания (формуляр MSC 443). Чтобы получить этот формуляр или помощь в его заполнении, обратитесь в отделение Департамента DHS или позвоните в программу ОНП по тел. 800-699-9075 (телетайп 711).

Крайний срок подачи документов

В отношении обслуживания, в предоставлении которого было отказано вашей организацией ССО или планом страхования: Управление ОНА должно получить ваш запрос на проведение слушания в течение 120 дней с даты, указанной в *Уведомлении о решении по апелляционной жалобе (NOAR)* или в течение 60 дней со дня оформления уведомления о принятом решении Управлением ОНА. Если вы подаете запрос по истечении крайнего срока, вы должны представить доказательства, подтверждающие наличие у вас уважительной причины для этого.

Продолжение обслуживания Для того, чтобы продолжить получать обслуживание, в котором вам было отказано, на время проведения апелляции или слушания, вы должны:

- Были получать данную услугу до получения вами отказа;
- Попросить о продолжении получения вами данных услуг, отметив «Да» в вопросе номер 8 на стр. 2 данной формы; и
- Попросить о проведении апелляции или слушания не позднее:
 - 10 дней после даты уведомления (Date of Notice), указанной в *Уведомлении о предпринимаемом действии* или *Уведомлении о разрешении апелляционной жалобы*, или

- «даты вступления в силу» уведомления (если в уведомлении указана «дата вступления в силу»).

Если в результате апелляционного процесса или слушания решение по вашему делу не будет изменено, вы, возможно, должны будете выплатить обратно стоимость всех услуг, полученных вами после «даты вступления в силу», указанной в *Уведомлении о предпринимаемых действиях* или *Уведомлении о разрешении апелляционной жалобы*.

Если вы желаете получить помощь во время слушания:

Ваш друг, член семьи, социальный защитник, врач или адвокат могут помочь вам в ходе апелляционного процесса или судебного слушания. Если вы желаете воспользоваться услугами адвоката, вы можете позвонить по этому номеру, чтобы получить помощь:

- Звоните в горячую линию 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.
- Звоните в адвокатуру 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, был аннулирован или вы не явились на слушание:

Вы можете потерять право на подачу апелляции или проведение слушания по принятому решению. В этом случае, ваше *Уведомление о разрешении апелляционной жалобы* или уведомление о принятом решении от Управления ОНА станет окончательным решением по делу (или «окончательным приказом по умолчанию»). «Окончательный приказ по умолчанию» вступит в силу через 45 дней после даты, указанной в вашем *Уведомлении о разрешении апелляционной жалобы* или уведомлении о принятом решении от Управления ОНА. 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 сможете обжаловать решение в соответствии с постановлением ORS 183.482, подав петицию в апелляционный суд штата Орегон. Вы должны сделать это в течение 60 дней со дня оформления указа о прекращении дела. В указе о прекращении дела будет содержаться 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. Чтобы получить более подробную информацию вы можете связаться с адвокатурой штата Орегон по тел. 800-452-8260, военным ведомством штата Орегон по тел. 800-452-7500, либо ближайшим отделом юрисконсульта Вооруженных сил, перейдя по ссылке <https://legalassistance.law.af.mil>.

Другие возможные варианты:

Примечание: выполнение следующих действий **не** даст вам дополнительного времени для того, чтобы попросить о проведении апелляции или слушания.

1. Указать причину, по которой решение было принято неверно. Вы или ваш врач можете сделать это при личном присутствии или в письменном виде (отправив письмо по адресу, указанному в разделе «Вопросы» вашего *Уведомления о предпринимаемых действиях* или вашего *Уведомления о разрешении апелляционной жалобы*).
2. Спросить вашего врача о других способах лечения вашего заболевания;
3. Попросить предоставить вам информацию, используемую для принятия этого решения. Для этого позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному в разделе «Вопросы» вашего *Уведомления о предпринимаемых действиях* или вашего *Уведомления о разрешении апелляционной жалобы*.
4. Если окончательным решением по вашей апелляционной жалобе или запросу на проведение слушания станет отказ в оплате запрашиваемых услуг, вы по-прежнему сможете получать данные услуги, однако, вам придется оплачивать их стоимость самостоятельно. Попросите своего доктора предоставить вам дополнительную информацию об этом. Ваш поставщик услуг попросит вас подписать «*Соглашение об оплате услуг*» (формуляр ОНР 3165). В этом формуляре вы заявляете о том, что вы понимаете, что данные услуги не оплачиваются медицинским страхованием, и вы будете нести ответственность за их оплату самостоятельно.