# Письмо о решении в отношении предоставления медицинского страхования или отказа в нем

# *ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Получить помощь при интерпретации настоящего уведомления можно <Plan Name> at <Plan customer service phone number> (TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office> по адресу <phone number> (TTY: <TTY number>)]*

***<*Date of letter*>***

[*Insert Member name*]

№ участника плана медицинского страхования:

Объект настоящего письма:

[*Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

В настоящем письме <Plan name> именуется «наш план» или «мы». Мы в качестве плана медицинского страхования заключаем договоры с Medicare и Medicaid, [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] чтобы обеспечить покрытие по обеим программам. Наш план согласует услуги, предоставляемые вам Medicare и Medicaid, [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] с услугами врачей, больниц, аптек и других медицинских учреждений.

### Наш план <отказал в *or* частично отказал в *or* сократил *or* прекратил *or* приостановил *or* изменил> [*Insert if applicable*: оплате(-у)] <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>, указанного ниже:

[*Insert description of medical service/item or Part B drug or Medicaid drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

*[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability*: **Обратите внимание, что вам не будет выставлен счет в отношении указанной** *[insert as applicable:***медицинской услуги/товара** *or* **лекарственного препарата, внесенного в часть B** *or* **лекарственного препарата по программе Medicaid,***]]* **соответственно, оплата не требуется.**

Наш план принял такое решение, поскольку [*Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service/ item or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving:* **Наш план** <**сократит** *or* **прекратит** *or* **приостановит**> **предоставление вам** *<***медицинская услуга / товар** *or* **лекарственный препарат, внесенный в часть B** *or* **лекарственный препарат по программе Medicaid***>* *<***effective date***>* Чтобы получить информацию о том, как продолжать получать <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid> см. раздел «Как продолжать получать <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid> во время подачи апелляции» далее в настоящем письме.]

## Вы имеете право обжаловать наше решение

Вы можете обжаловать решение нашего плана. Сообщите о получении настоящего письма своему <врач *or* поставщик медицинских услуг> и спросите его о дальнейших действиях. Если вы обжалуете решение и наш план изменит его, мы можем оплатить <медицинская услуга*/*товар *or* лекарственный препарат, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>

Вы также можете позвонить *<plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*) и запросить у нас бесплатную копию информации, которую мы использовали для принятия решения. К ней могут относиться медицинские карты, руководства и другие документы. Вам следует показать эту информацию своему <врач *or* поставщик медицинских услуг>, чтобы он помог вам принять решение о необходимости обжалования.

**Вы можете обжаловать решение нашего плана следующим** [*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*] **образом**. Наш план может предоставить вам больше времени, если на это имеется веская причина.

## Существует два вида обжалования

**Наш план предусматривает два вида обжалования: рассматриваемое в стандартном и ускоренном порядке.**

1. Если вы обжалуете решение в **стандартном порядке**, наш план направит вам письменное решение в течение [*for a Part B drug, insert:* **7 календарных дней** *or for any other medical service/item, insert:* **30 календарных дней** *or a shorter timeframe if required by the state*] **после получения вашего запроса на обжалование**.
2. Если вы обжалуете решение в **ускоренном порядке**, наш план примет решение в течение [*insert:* **72 часов** *or a shorter timeframe if required by the state*] **после получения вашего запроса на обжалование**. Вы вправе обжаловать решение в ускоренном порядке, если вы или ваш <врач *or* поставщик медицинских услуг> полагает, что вашему здоровью может быть нанесен **серьезный вред** при необходимости ждать решения до [*for a Part B drug, insert:***7 календарных дней** *or for any other medical service/item, insert:* **30 календарных дней** *or a shorter timeframe if required by the state*].

Наш план **автоматически** предоставит вам возможность обжаловать решение в ускоренном порядке, если ваш < **врач** *or* **поставщик медицинских услуг**> **попросит вас об этом** или< **врач** *or***поставщик медицинских услуг**> **поддержит ваш запрос**. Если вы хотите обжаловать решение в ускоренном порядке без поддержки < врач *or*поставщик медицинских услуг>, наш план вынесет соответствующее решение. Если наш план не одобрит обжалование в ускоренном режиме, мы сообщим вам наше решение в течение [*for a Part B drug, insert:* **7 календарных дней** *or for any other medical service/item, insert:* **30 календарных дней** *or a shorter timeframe if required by the state*].

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* Вынесение решения по стандартной или ускоренной процедуре обжалования может затянуться, если вам необходимо больше времени или если нам потребуется получить от вас больше информации. Наш план направит вам письмо и сообщит о необходимости дополнительного времени и его причинах.]

## Процедура обжалования решения

Обжаловать решение можете вы, лицо, которое вы в письменном виде назначили своим представителем, действующим от вашего имени (например, родственник, друг или адвокат), или ваш < врач *or* поставщик медицинских услуг>. Вы можете связаться с нашим планом и обжаловать решение одним из указанных способов:

* **По телефону:** Позвонив *<plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)
* **Пл факсу:** Направив факс по адресу *<plan fax number for appeal requests>*
* **Почтой:** Направив письмо по адресу *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **Лично:** Направив по адресу *<plan in-person delivery address>]*

Если вы обжалуете решение в письменном виде, сохраните копию. Если вы позвоните по телефону, мы направим вам письмо с расшифровкой диалога.

При обжаловании решения вы должны указать нашему плану:

* Ваше имя
* Ваш адрес или адрес, по которому мы должны направить информацию об обжаловании решения. (Если у вас нет постоянного адреса, вы все равно можете подать апелляцию).
* Ваш номер участника нашего плана
* Причина(-ы), по которой(-ым) вы обжалуете наше решение
* Выбор стандартной или ускоренной процедуры обжалования. (При выборе ускоренной процедуры обжалования необходимо привести обоснование).
* Информацию, которую наш план должен принять во внимание, относительно необходимости получения вами <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>. Например, вы можете направить нам следующее:
  + Медицинская карта, которую ведет ваш < врач *or* поставщик медицинских услуг>,
  + Письма от вашего < врач *or* поставщик медицинских услуг > (например, заявление от вашего < врач *or* поставщик медицинских услуг > с обоснованием применения ускоренной процедуры обжалования), или
  + Прочая информация, обосновывающая необходимость получения вами <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>

Для получения дополнительной информации в отношении обжалования решения позвоните в Службу поддержки участников плана по телефону *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*). Вы также можете найти дополнительную информацию о нашем плане на [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*], [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable]. Обновленную копию плана всегда [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] можно найти на нашем сайте *<web address>* или позвонив по телефону.

## *[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug:* Процедура дальнейшего получения <медицинская услуга*/*товар *or* лекарственный препарат, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid> во время обжаловании решения

Если вы уже получаете <медицинская услуга/товар or лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B or лекарственный препарат по программе Medicaid>>, указанный на первой странице данного письма, вы вправе попросить о получении его во время обжалования.

* **Вы можете обжаловать решение и запросить наш план продолжить оказывать/направлять вам** <**медицинская услуга*/*товар** *or* **лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B** *or* **лекарственный препарат по программе Medicaid**> **следующими способами:** [*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 15 calendar days from date of letter or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*].
* Информацию о том, как связаться с нашим планом, см. в разделе «Процедура обжалования решения» выше в данном письме.
* Если вы запрашиваете наш план и дальше оказывать/направлять вам <медицинская услуга*/*товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid> через [*Insert continuation of benefits request filing date*], <медицинская услуга*/*товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>, такая услуга сохранится во время обжалования решения.
* Если ваш < врач *or* поставщик медицинских услуг > обжалует решение от вашего имени или вы хотите и дальше получать <медицинская услуга*/*товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>, тогда вашему <врач *or* поставщик медицинских услуг> необходимо предоставить ваше письменное согласие.

## Последующие действия.

После подачи обжалования наш план направит вам письмо с соответствующем решением. Если наш план по-прежнему отказывает [*Insert if applicable*: в оплате ] <медицинская услуга / товар *or* лекарственный препарат по программе Medicare, внесенный в часть B *or* лекарственный препарат по программе Medicaid>, указанный на первой странице настоящего Письма о предоставлении медицинского страхования / отказе в медицинском страховании, в письме о решении по обжалованию вам объяснят дальнейшие действия, например, об обжаловании 2-го уровня по программе Medicare или о том, как подать *<state name>* запрос на Справедливое слушание [*Insert if appropriate:* (которое также называется *<state-specific term for Fair Hearing>*)].

## Что делать, если вам требуется помощь с обжалованием

Вы можете поручить какому-либо лицу обжаловать решение и действовать от вашего имени. Сначала вы должны в письменном виде указать его/ее в качестве своего «представителя», выполнив следующие действия. Ваш представитель может быть родственником, другом, адвокатом, врачом, медицинским работником или лицом, которому вы доверяете.

Если вы хотите, чтобы другое лицо обжаловало решение от вашего имени:

* Позвоните в наш план по номеру *<plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*), чтобы узнать действия по назначению такого лица своим представителем. Или посетите наш офис [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). [*Plans may replace with a plan-specific web address that explains how members can appoint a representative.*]
* Вы и ваш представитель должны подписать соответствующее заявление и проставить на нем дату.
* Направьте подписанное заявление по почте или факсу по адресу:

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* Сохраните копию.

## Получить помощь и дополнительную информацию

* **<Plan name> Служба поддержки участников плана:** Позвоните *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*. Посетите наш офис *<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:* **Независимый омбудсмен**: Независимый омбудсмен может ответить на вопросы, если у вас возникли проблемы с обжалованием. Он также поможет вам понять, какие шаги следует предпринять далее. Он не связан ни с нашим планом, ни с какой-либо страховой компанией или планом. Его услуги бесплатны].

**Для участников в возрасте от 18 до 59 лет:**

**Права лиц с ограниченными возможностями в штате Wisconsin**

Звонок бесплатный: 800-928-8778

TTY: 711

[www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program](http://www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program/)

**Для участников в возрасте 60 лет и старше:**

**Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care (Совет штата Wisconsin по делам пожилых и долгосрочному уходу)**

Звонок бесплатный: 800-815-0015

TTY: 711

<https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx>

* **Aging and Disability Resource Center (Справочный центр по проблемам старения и инвалидности, ADRC):** Посетите веб-сайт [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer), чтобы найти ближайшее к вам отделение ADRC.
* **Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Программа содействия медицинскому страхованию штата Wisconsin, SHIP):** Позвоните по телефону 800-242-1060 (TTY: 711). Консультанты Службы поддержки Medigap помогут вам разобраться с вопросами по программе Medicare, в том числе с тем, обжаловать решение. Служба поддержки Medigap не связана ни с одной страховой компанией или медицинским планом страхования. Их услуги бесплатны. <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare:** Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, 7 дней в неделю (пользователи TTY могут позвонить по телефону 1-877-486-2048). Или посетите [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **Центр по защите прав Medicare:** Позвоните по телефону 1-800-333-4114 или посетите [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **Поиск услуг для пожилых людей:** Позвоните по телефону 1-800-677-1116 или посетите веб-сайт [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov), чтобы найти помощь в своем районе.
* Вопросы о рецептурных препаратах

**Для участников в возрасте от 18 до 59 лет:** Позвоните в справочную службу по вопросам получения лекарственных препаратов для инвалидов по телефону 800‑926-4862.

**Для участников в возрасте 60 лет и старше:** Позвоните в справочную службу части D и рецептурных препаратов по телефону 855-677-2783.

* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information*.]

Вы можете получить данный документ бесплатно в [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] других форматах, например в крупном шрифте, шрифте Брайля или аудио формате. Позвоните *<toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*. Звонок бесплатный.

Вы имеете право получать информацию от Medicare в доступном формате, например крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. У вас также есть право подать жалобу, если вы считаете, что подверглись дискриминации. Посетите веб-сайт [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) или позвоните по телефону 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы получить дополнительную информацию. Пользователи TTY могут позвонить по телефону 1-877-486-2048.

*[Insert appropriate language taglines from* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx)*]*