

## ТИПОВОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧАСТНИКА ПЛАНА ПО ТЕРМИНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ ПОДАЧЕ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

В руководстве Подрядчика для участников плана должны содержаться нижеследующие термины, относящиеся к процессу подачи жалоб и апелляций.

Сотрудники плана Empire прилагают все силы, чтобы в кратчайшие сроки и к вашему удовлетворению помочь вам в затруднительных ситуациях и сложных случаях. В зависимости от характера вашей проблемы вы можете прибегнуть к процедуре подачи жалобы или процедуре подачи апелляции.

Отношение к вам со стороны персонала плана Empire или медицинских работников не изменится в связи с подачей вами жалобы или апелляции. Мы обеспечим конфиденциальность вашей информации. Мы предоставим любую помощь, которая может вам понадобиться при подаче жалобы или апелляции. Сюда входит предоставление услуг переводчика, а также оказание помощи при наличии у вас заболеваний органов зрения и/или слуха. Вы можете наделить иное лицо (например, родственника, друга или медицинского работника) правом действовать от вашего имени.

Чтобы подать жалобу или апелляцию на какие-либо действия в рамках плана, звоните по  
Medical Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

При обращении к нам вам необходимо будет сообщить свое имя, адрес, номер телефона и изложить суть проблемы.

### ***Что такое жалоба?***

Жалобой является любое ваше сообщение нам о неудовлетворенности уходом и лечением, предоставленным нашим персоналом или поставщиками включенных в план услуг. Например, если вам кто-то нагрубил или вам не нравится качество услуг или ухода, предоставленных нами, вы можете подать жалобу.

### ***Процесс подачи жалоб***

Подать нам жалобу можно устно или письменно. Лицо, принявшее от вас жалобу, регистрирует ее, а уполномоченные сотрудники плана контролируют ее рассмотрение. Вам будет выслано письмо с сообщением, что ваша жалоба получена, и описанием процесса ее рассмотрения. Рассмотрение вашей жалобы и предоставление письменного ответа на нее происходит в течение одного из двух сроков:

1. Если задержка создает значительный риск для вашего здоровья, решение принимается в течение 48 часов после получения необходимой информации, но весь процесс завершается в течение 7 дней после получения жалобы.
2. По всем остальным видам жалоб уведомление о решении высылается в течение 45 дней после получения необходимой информации, но весь процесс завершается в течение 60 дней после получения жалобы.

В ответе сообщается, что выявлено в ходе рассмотрения вашей жалобы, а также принятое по ней решение.

### ***Как я могу оспорить решение по жалобе?***

Если вы не удовлетворены вынесенным по вашей жалобе решением, вы можете запросить повторное рассмотрение вашего вопроса, подав апелляцию по жалобе. Апелляция по жалобе подается в письменном виде. Она должна быть подана в течение 60 рабочих дней после получения исходного решения по вашей жалобе. После получения от вас апелляции мы направим вам письменное уведомление с именем, адресом и телефонным номером работника, назначенного для реагирования на вашу апелляцию. Все апелляции по жалобам рассматриваются работниками, имеющими соответствующую профессиональную квалификацию, которые не участвовали в принятии исходного решения, включая медицинских работников, если жалоба касается клинических вопросов.

По стандартной апелляции решение принимается в течение 30 рабочих дней после получения всей необходимой для этого информации. Если задержка в принятии решения может значительно увеличить риск для вашего здоровья, применяется ускоренная процедура рассмотрения апелляции по жалобе. В рамках такой ускоренной процедуры решение по апелляции принимается в течение 2 рабочих дней после получения необходимой информации. Как при стандартном, так и при ускоренном рассмотрении апелляции по жалобе, вам предоставляется письменное уведомление о принятом решении. В уведомление включается подробное обоснование решения и, в случае рассмотрения клинических вопросов, клиническое обоснование оно.

### ***Что такое действие?***

Если сотрудники плана Empire отказывают вам в получении услуг или ограничивают получение услуг вами или вашим поставщиком медицинского обслуживания, отклоняют запрос на направление к узким специалистам, решают, что запрошенная услуга не покрывается планом, ограничивают, сокращают, приостанавливают или прекращают оказание уже одобренных услуг, отказываются оплачивать услуги, не предоставляют услуги вовремя или не принимают решение по жалобам или апелляциям в указанные сроки, все это считается «действиями» в рамках плана. Любое действие может быть оспорено (дополнительную информацию см. в приведенном ниже разделе «Как мне подать апелляцию по какому-либо действию?»).

### ***Срок подачи уведомления о совершении действия***

Если принимается решение отказать в получении или ограничить получение запрошенных услуг, либо решение не оплачивать включенные в план услуги полностью или частично, то после принятия такого решения вам будет направлено уведомление (Notice of Action). Если предлагается ограничить, сократить, приостановить или прекратить оказание уже одобренных услуг, письмо отсылается как минимум за 10 дней до предполагаемых изменений в оказании услуг.

### ***Содержание уведомления о совершении действия***

Любое предоставленное вам уведомление о совершении действия:

- содержит разъяснение предпринимаемого или планируемого действия;
- указывает причины совершения такого действия, включая, при необходимости, клиническое обоснование;
- утверждает ваше право на подачу нам апелляции (сообщая, в том числе, имеется ли у вас также право прибегнуть к внешнему процессу подачи апелляций, принятому в штате);
- описывает, как подать внутреннюю апелляцию, а также обстоятельства, в которых вы можете затребовать от нас ускоренное рассмотрение вашей внутренней апелляции;
- указывает на наличие клинических критериев при рассмотрении апелляции, являющихся основой для принятия решения, если действие включает в себя вопросы медицинской необходимости или если оспариваемое лечение или услуга являются экспериментальными или исследовательскими;
- приводит информацию, которая, при наличии соответствующего требования, должна предоставляться вами и/или вашим поставщиком услуг для принятия решения по апелляции.

При ограничении, сокращении, приостановке или прекращении оказания уже одобренных услуг в уведомлении будет также упомянуто ваше право на дальнейшее получение вами услуг в течение периода принятия решения по вашей апелляции, описана процедура подачи запроса на продолжение оказания услуг, а также указаны обстоятельства, при которых вам может быть вменена в обязанность оплата услуг, предоставленных в течение периода рассмотрения вашей апелляции.

### ***Как мне подать апелляцию по какому-либо действию?***

Если вы не согласны с предпринятыми нами действиями, вы можете подать апелляцию. Подача вами апелляции означает, что нам необходимо вновь рассмотреть причины, по которым было предпринято соответствующее

действие и решить, были ли мы правы. Апелляция по любому действию в рамках плана подается устно или письменно. Если сотрудники плана присылают вам письмо о каком-либо предпринимаемом действии (например, отказе в оказании услуг, ограничении услуг или отказе оплачивать те или иные услуги), вы должны подать апелляцию в течение 60 дней от даты письма, которым вас уведомили о предпринимаемых действиях.

***Как мне связаться с сотрудниками плана, чтобы подать апелляцию?***

Сделать это можно, позвонив по номеру 1-800-950-7679 (телетайп: 711) или написав нам по адресу:

Medical Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429.

Лицо, принявшее от вас апелляцию, регистрирует ее, а уполномоченные сотрудники плана контролируют ее рассмотрение. Вам направляется письмо, подтверждающее получение вашей апелляции с приложением копии вашего личного дела, включающего историю болезни и иные документы, использованные для принятия исходного решения. Вашу апелляцию рассматривает квалифицированный клинический персонал, не принимавший участия в принятии исходного решения или совершении исходных действий, по которым подается апелляция.

***По некоторым видам действий вы можете подать запрос на продолжение оказания вам услуг в течение всего срока рассмотрения апелляции***

Если оспаривается ограничение, сокращение, приостановка или прекращение оказания услуг, на получение которых вы в настоящий момент имеете право, вы можете подать запрос на продолжение оказания данных услуг в течение периода рассмотрения вашей апелляции. Мы обязаны продолжить предоставление вам услуги, если ваш запрос произведен не позднее 10 дней со дня выдачи уведомления об ограничении, сокращении, приостановке или прекращении оказания услуг или с момента осуществления указанного действия, в зависимости от того, что наступит позже.

Оказание вам услуг продолжится до момента отзыва вами апелляции или до истечения 10 дней после почтовой отправки вам уведомления о принятом решении по апелляции, если таковое принято не в вашу пользу, при условии, что вы не запросили проведения беспристрастных слушаний в штате Нью-Йорк по программе Medicaid (New York State Medicaid Fair Hearing) по вопросу продолжения оказания вам услуг (см. приведенный ниже раздел «Беспристрастные слушания»).

Хотя вы можете подать запрос на продолжение оказания вам услуг в течение периода рассмотрения вашей апелляции, если решение принимается не в вашу пользу, от вас могут потребовать оплату таких услуг, если они предоставлялись только на основании вашего запроса на продолжение их оказания в течение срока рассмотрения вашего дела.

***Сколько времени занимает принятие решения по моей апелляции на какое-либо действие в рамках плана?***

При условии, что вы не требуете ускоренного рассмотрения, ваша апелляция по предпринятым действиям обрабатывается как стандартная, а решение в письменном виде направляется вам в сроки, обусловленные состоянием вашего здоровья, но не позднее 30 дней со дня получения апелляции (период рассмотрения может быть увеличен до 14 дней, если вы запрашиваете продление срока рассмотрения или нам требуется больше информации и задержка рассмотрения отвечает вашим интересам). При рассмотрении апелляции вы получите возможность представить объяснения по своему делу лично и в письменном виде. У вас также будет возможность ознакомиться с любыми касающимися вас документами, задействованными в процессе рассмотрения апелляции.

Вам будет направлено уведомление о принятом по вашей апелляции решении с указанием принятого решения и даты его принятия.

Если ранее вынесенное решение отказать в предоставлении или ограничить предоставление запрошенных услуг, либо ограничить, сократить, приостановить или прекратить оказание услуг, отменяется, причем услуги не предоставлялись в период рассмотрения апелляции, оспариваемые услуги будут вам предоставлены в сроки, обусловленные состоянием вашего здоровья. В некоторых случаях можно запросить «ускорение» рассмотрения апелляции (см. представленный ниже раздел «Ускоренное рассмотрение апелляции»).

***Ускоренное рассмотрение апелляции***

Если вы или ваш поставщик услуг считаете, что время, потраченное на рассмотрение стандартной апелляции, может поставить под угрозу ваше здоровье или жизнь, вы можете затребовать ускоренное рассмотрение вашей апелляции на какое-либо действие. Ответ с решением будет предоставлен в течение 72 часов. Принятие решения ни в коем случае не может занимать более 72 часов после приема апелляции (период рассмотрения может быть увеличен до 14 дней, если вы запрашиваете продление срока рассмотрения или нам требуется больше информации и задержка рассмотрения отвечает вашим интересам).

Если мы не соглашаемся на рассмотрение вашей апелляции в ускоренные сроки, мы сделаем все возможное, чтобы лично связаться с вами и сообщить об отказе в удовлетворении вашего запроса на ускоренное рассмотрение апелляции и о том, что обработка будет выполнена в стандартные сроки. Кроме того, вам будет направлено письменное уведомление об отказе в удовлетворении вашего запроса на ускоренное рассмотрение апелляции в течение 2 дней после получения от вас запроса.

***Если связанная с планом апелляция отклонена, что я могу сделать?***

Если принятое по вашей апелляции решение будет не полностью в вашу пользу, в полученном вами уведомлении будет содержаться сообщение о наличии у вас права затребовать беспристрастные слушания по программе Medicaid (Medicaid Fair Hearing) у штата Нью-Йорк и о способах добиться проведения таких слушаний, а также о том, кто может присутствовать на беспристрастных слушаниях от вашего имени и, при некоторых видах апелляции, о вашем праве сделать запрос на получение услуг в ожидании слушаний и о том, как подать такой запрос.

**Примечание: вы должны подать запрос на проведение беспристрастных слушаний в течение 120 календарных дней после получения уведомления об окончательном отрицательном заключении.**

Если вам отказано в удовлетворении апелляции в связи с медицинской необходимостью или экспериментальным или исследовательским характером услуги, в уведомлении будет также указано, как подать запрос штату Нью-Йорк на «внешнюю апелляцию» по принятому решению.

***Беспристрастные слушания в штате***

Если решение по апелляции принято не полностью в вашу пользу, вы можете затребовать проведение беспристрастных слушаний по программе Medicaid у штата Нью-Йорк в течение 120 дней со дня отправки вам уведомления о принятом по вашей апелляции решении.

Если апелляция касалась ограничения, сокращения, приостановки или прекращения предоставления авторизованных услуг, в настоящее время получаемых вами, и вы подали запрос на проведение беспристрастных слушаний, вы продолжите получать такие услуги в ожидании решения беспристрастных слушаний. Ваш запрос на проведение беспристрастных слушаний должен быть подан в течение 10 дней с момента отправки вам решения или срока вступления в силу заявленного действия по ограничению, сокращению, приостановке или прекращению оказания вам услуг, в зависимости от того, что наступит позже.

Право на получение льгот сохраняется за вами, пока вы не откажетесь от беспристрастных слушаний, либо специалист штата по проведению беспристрастных слушаний (State Fair Hearing Officer) не вынесет решение не в вашу пользу, в зависимости от того, что наступит раньше.

Если специалист штата по проведению беспристрастных слушаний отменяет наше решение, мы должны обеспечить скорейшее получение вами оспариваемых услуг в зависимости от состояния вашего здоровья, но не позднее 72 часов со дня получения сотрудниками плана решения беспристрастных слушаний. Если вы продолжали получать оспариваемые услуги, пока ваша апелляция находилась на рассмотрении, мы несем ответственность за оплату включенных в план услуг, назначенных специалистом по беспристрастным слушаниям.

Хотя вы можете подать запрос на продолжение оказания вам услуг в ожидании решения беспристрастных слушаний, если решение на таких слушаниях принимается не в вашу пользу, вам может быть вменена в обязанность оплата услуг, являвшихся предметом разбирательств на беспристрастных слушаниях.

Вы можете подать заявку на проведение штатом беспристрастных слушаний, связавшись с Управлением временной помощи и помощи инвалидам (Office of Temporary and Disability Assistance):

- Электронная форма запроса: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Отправка печатного экземпляра формы запроса по почте:  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- Отправка печатного экземпляра формы запроса по факсу: 1-518-473-6735
- Запрос по телефону:  
Линия стандартных беспристрастных слушаний (Standard Fair Hearing line) – 1-800-342-3334  
Линия срочных беспристрастных слушаний (Emergency Fair Hearing line) – 1-800-205-0110  
Телетайпная линия – 711 (попросить, чтобы оператор позвонил по номеру 1-877-502-6155)
- Подача запроса лично:  
**New York City**  
14 Woerum Place, 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201

Дополнительную информацию о том, как подать запрос на проведение беспристрастных слушаний, см. на сайте <http://otda.ny.gov/hearings/request/>

***Внешняя апелляция от штата***

Если вам отказано в удовлетворении вашей апелляции в связи с решением об отсутствии медицинской необходимости в оказании запрашиваемой услуги или экспериментальным или исследовательским характером такой услуги, вы можете подать внешнюю апелляцию от штата Нью-Йорк. Решение по внешней апелляции принимается специалистами, не являющимися сотрудниками плана или штата Нью-Йорк. Эти лица являются квалифицированными профессионалами, утвержденными штатом Нью-Йорк. Вам не нужно платить за внешнюю апелляцию.

После принятия решения об отклонении апелляции в связи с отсутствием медицинской необходимости в услуге или экспериментальным или исследовательским характером такой услуги, вам будет предоставлена информация о том, как подать внешнюю апелляцию, включая форму для подачи внешней апелляции, а также о нашем решении отклонить апелляцию. Если вам необходима внешняя апелляция, вы должны представить такую форму в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York State Department of Financial Services) в течение четырех месяцев с момента отклонения апелляции.

Решение по вашей внешней апелляции принимается в течение 30 дней. Более продолжительное время (до 5 рабочих дней) может понадобиться, если эксперт по внешним апелляциям запрашивает дополнительную информацию. Эксперт сообщает вам и нам об окончательном решении в течение двух рабочих дней после его вынесения.

Решение может быть вынесено быстрее, если ваш врач правомерно утверждает, что задержка может нанести серьезный вред вашему здоровью. Это называется ускоренной внешней апелляцией. Эксперт по внешним апелляциям принимает решение по ускоренной апелляции в течение 3 дней или быстрее. Эксперт немедленно сообщает вам и нам о принятом решении по телефону или факсу. Позднее вы получите письмо с уведомлением о решении.

Вы можете запросить как проведение беспристрастных слушаний, так и внешнюю апелляцию. Если вы запрашиваете проведение беспристрастных слушаний и внешнюю апелляцию, решающее значение будет иметь заключение специалиста по беспристрастным слушаниям.

### **3. ТРЕБОВАНИЯ К АВТОРИЗАЦИИ УСЛУГ И ДЕЙСТВИЯМ**

#### **Определения**

Предварительное рассмотрение авторизации: рассмотрение запроса, произведенного пациентом или поставщиком медицинских услуг, официально представляющим пациента, о покрытии новой услуги (в течение нового периода авторизации или в течение действующего периода авторизации) или запроса на изменение услуги,

внесенной в план медицинского обслуживания на новый авторизационный период, прежде чем такая услуга будет предоставлена пациенту.

Текущее рассмотрение авторизации: рассмотрение запроса, сделанного пациентом или поставщиком медицинских услуг, официально представляющим пациента, на предоставление дополнительных услуг (т.е. увеличение объема уже оказываемых услуг), которые в настоящий момент внесены в план медицинского обслуживания, либо на предоставление медицинского ухода на дому, покрываемого Medicaid, после лечения в стационаре.

Ускоренное рассмотрение: пациенту должно быть предоставлено ускоренное рассмотрение его запроса на авторизацию услуги, когда план медицинского обслуживания или поставщик медицинских услуг указывает на то, что отсрочка вызовет серьезную угрозу жизни, здоровью пациента или его способности обрести, поддержать или максимально восстановить функциональность. Пациент должен сделать запрос на ускорение предварительного рассмотрения авторизации или текущего рассмотрения авторизации. Обжалование действий, являющихся следствием текущего рассмотрения, должно обрабатываться в ускоренном режиме.

### **Общие положения**

Любое предпринимаемое Подрядчиком действие, касающееся медицинской необходимости, экспериментальных или исследовательских услуг, должно выполняться независимым экспертом в соответствии с PHL §4900(2)(a).

Отрицательные заключения, кроме заключений, касающихся медицинской необходимости, экспериментальных или исследовательских услуг, должны выдаваться лицензированным, сертифицированным или зарегистрированным профессиональным работником сферы здравоохранения в тех случаях, когда подобные заключения основываются на оценке состояния здоровья пациента или касаются адекватности уровня, объема и способа оказания медицинской помощи. Данное требование распространяется на заключения, опровергающие страховые требования, поскольку услуги, являющиеся предметом разбирательства, не относятся к покрываемым страховкой льготам в тех случаях, когда покрытие зависит от оценки состояния здоровья пациента, а также к запросам на авторизацию услуг, включающим, в частности: услуги, входящие в страховой пакет, направления к узким специалистам и услуги, оказанные вне сети.

В плане медицинского обслуживания должна содержаться информация для участников о возможности получить помощь (при проблемах со знанием языка, слухом, речью), если участник хочет подать апелляцию, а также о том, как получить данную помощь.

Подрядчик обязан использовать разработанное Департаментом типовое первичное отрицательное заключение по организованному долгосрочному медицинскому обслуживанию (MLTC Initial Adverse Determination) и уведомления о принятых

мерах по долгосрочному медицинскому обслуживанию 4687 (4687 MLTC Action Taken notices).

### **Сроки авторизации услуг, выдачи заключения и уведомления**

1. При предварительном рассмотрении запросов на авторизацию Подрядчик обязан сделать заключение об авторизации услуги и уведомить пациента о данном заключении по телефону и в письменной форме так скоро, как того требует состояние пациента и не позднее чем:
  - a. ускоренное: через семьдесят два (72) часа после получения запроса на авторизацию услуги;
  - b. стандартное: через четырнадцать (14) дней после получения запроса на авторизацию услуги.
2. При текущем рассмотрении запросов на авторизацию Подрядчик обязан сделать заключение об авторизации услуги и уведомить пациента о данном заключении по телефону и в письменной форме так скоро, как того требует состояние пациента и не позднее чем:
  - a. ускоренное: через семьдесят два (72) часа после получения запроса на авторизацию услуги;
  - b. стандартное: через четырнадцать (14) дней после получения запроса на авторизацию услуги.
  - c. В случае запроса на предоставление медицинского ухода на дому, покрываемого Medicaid, после лечения в стационаре – через один (1) рабочий день после получения необходимой информации, кроме случаев, когда день, следующий за днем получения запроса на авторизацию услуги, выпадает на выходной или праздничный день; в таком случае – через семьдесят два (72) часа после получения необходимой информации, но ни при каких обстоятельствах не позднее, чем через три (3) рабочих дня после получения запроса на авторизацию услуги.
3. Продление до 14 календарных дней. Запрос на продление может быть сделан пациентом или поставщиком медицинских услуг, официально представляющим пациента (письменно или устно). Сотрудники плана медицинского обслуживания также могут выступить инициаторами продления, если смогут доказать потребность в дополнительной информации и то, что такое продление отвечает интересам пациента. Во всех случаях причина продления должна быть тщательно задокументирована.
  - a. Сотрудники плана MLTC обязаны уведомить пациента о продлении срока рассмотрения его запроса на обслуживание по своей инициативе. Сотрудники плана MLTC обязаны объяснить причину задержки и то, каким образом эта задержка максимально отвечает интересам пациента. Сотрудники плана MLTC обязаны запросить любую дополнительную информацию, необходимую для выдачи заключения или повторного заключения, а также оказать пациенту помощь путем предоставления перечня потенциальных источников запрашиваемой информации.
4. Пациент или поставщик медицинских услуг имеет право обжаловать решение в апелляционном порядке – см. процедуры подачи апелляции.

5. Если сотрудники плана отказали пациенту в проведении ускоренного рассмотрения, проводится стандартная процедура рассмотрения.
  - a. Подрядчик обязан уведомить пациента об отклонении его запроса на проведение ускоренного рассмотрения и о том, что его запрос на предоставление услуги будет рассмотрен в стандартные сроки.

#### **Другие сроки уведомления о действиях**

1. В случаях, когда Подрядчик намеревается ограничить спектр, уменьшить объем, приостановить или прекратить оказание ранее авторизованной услуги до истечения периода авторизации, вне зависимости от того, является ли это результатом заключения об авторизации услуги или иного действия, он обязан направить пациенту письменное уведомление не менее чем за десять (10) дней до даты вступления искомого действия в силу, за исключением случаев, когда:
  - a. период предварительного уведомления сокращен до пяти (5) дней в ситуациях доказанного мошенничества со стороны пациента; или
  - b. Подрядчик имеет право отправить уведомление по почте не позднее даты вступления искомого действия в силу по следующим причинам:
    - i. смерть пациента;
    - ii. подписанное письменное заявление пациента, содержащее просьбу о прекращении оказания услуги, либо содержащее информацию, в соответствии с которой необходимо прекращение или уменьшение объема услуг (при этом пациент осознает, что предоставление такой информации повлечет за собой указанные действия);
    - iii. помещение пациента в учреждение, где пациент лишается права на дальнейшие услуги;
    - iv. адрес пациента неизвестен, а корреспонденция, направленная пациенту, возвращается с пометкой об отсутствии адреса для пересылки;
    - v. пациент получает право на обслуживание в рамках Medicaid в другой административно-территориальной единице; или
    - vi. лечащий врач пациента назначает изменения в уровне медицинского обслуживания.
  - c. Применительно к долгосрочному медицинскому обслуживанию по месту проживания (Community Based Long Term Care, CBLTCS) и институциональным долгосрочным услугам и поддержке (Institutional Long Term Services and Supports, ILTSS) в случаях, когда Подрядчик намеревается ограничить спектр, приостановить или прекратить оказание ранее авторизованной услуги или выдать авторизацию на новый период, которая меньше по уровню или объему, нежели предыдущая авторизация, он обязан направить пациенту письменное уведомление не менее чем за десять (10) дней до даты вступления искомого действия в силу, вне зависимости от даты окончания действия первоначального периода авторизации, за исключением случаев, описанных в 1(a)-(b).

- i. Применительно к CBLTCS и ILTSS в случаях, когда Подрядчик намеревается ограничить спектр, приостановить или прекратить оказание ранее авторизованной услуги или выдать авторизацию на новый период, которая меньше по уровню или объему, нежели предыдущая авторизация, он не должен назначать дату вступления искомого действия в силу таким образом, чтобы она приходилась на нерабочий день, за исключением случаев, когда Подрядчик предоставляет «живую» телефонную страховую защиту, доступную двадцать четыре (24) часа в сутки семь (7) дней в неделю для приема и обработки жалоб, апелляций и обжалования действий.
- d. Подрядчик обязан направить пациенту письменное уведомление в день вступления действия в силу, если искомым действием является отказ совершить выплату, полный или частичный.
- e. В случаях, когда Подрядчик не выносит заключение в сроки выдачи заключения, указанные в настоящем Приложении, это считается отрицательным заключением, и Подрядчик обязан направить пациенту уведомление о действии в день истечения указанных сроков.

### **Содержание уведомлений о действиях**

1. Подрядчик обязан использовать типовое первичное отрицательное заключение по организованному долгосрочному уходу (MLTC), кроме тех случаев, когда действия обусловлены намерением ограничить доступ к поставщикам услуг в рамках программы ограничения прав получателей.
2. В случаях, когда действия обусловлены намерением ограничить доступ к поставщикам услуг в рамках программы ограничения прав получателей, уведомление о действии должно содержать, в зависимости от требований, следующую информацию:
  - a. дату вступления ограничения в силу;
  - b. следствие и масштаб ограничения;
  - c. причину введения ограничения;
  - d. право получателя на подачу апелляции;
  - e. инструкции по подаче запроса на апелляцию, включая продление права получать помощь, если запрос сделан до наступления даты вступления искомого действия в силу или через 10 дней после отправки уведомления, в зависимости от того, какое из указанных событий наступит позже;
  - f. право Подрядчика назначать поставщика первичной помощи для получателя;
  - g. право получателя выбирать поставщика первичной помощи в течение двух недель после даты отправки уведомления о намерении ограничить доступ, если Подрядчик дает получателю возможность выбора поставщика первичной помощи из ограниченного списка;

- h. право получателя просить о смене поставщика первичной помощи раз в три месяца или в более ранний срок при наличии обоснованной причины;
- i. право на совещание с Подрядчиком для обсуждения причины и последствий планируемого ограничения;
- j. право получателя дать разъяснения и представить документы, на совещании или путем подачи, касающиеся медицинской необходимости любых услуг, о неправомерном использовании которых говорится в пакете информации о получателе (Recipient Information Packet);
- k. имя и номер телефона контактного лица для организации совещания;
- l. тот факт, что совещание не приостанавливает дату вступления в силу, указанную в уведомлении о намерении ограничить доступ;
- m. тот факт, что совещание не заменяет и не ограничивает право получателя на беспристрастное слушание дела;
- n. право получателя изучить записи по его делу и
- o. право получателя изучить записи, сделанные Подрядчиком, которые могут идентифицировать услуги по медицинской помощи (МА), оплаченные от имени получателя. Такая информация, как правило, называется «подробности страхового требования» или «сведения о получателе».