



Biuro Prokuratora Generalnego Stanu
Nowy Jork, Letitia James

Infolinia ds. opieki zdrowotnej

Wskazówki dotyczące szybszego rozwiązywania skarg:

Zbierz dokumenty

Informacje o tym, jak złożyć odwołanie i jakie są terminy, można znaleźć na dokumencie Wyjaśnienie świadczeń (Explanation of Benefits, EOB), zawiadomieniu o odmowie oraz w dokumentach planu ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy poprosić personel swego świadczeniodawcę o pomoc

Mogą oni ponownie złożyć wniosek, odwołać się od odmowy objęcia ubezpieczeniem, dostarczyć dokumentację medyczną lub napisać pismo popierające odwołanie.

Należy wszystko udokumentować

Należy zachować kopię wszystkiego, co wysłał Pan/i do ubezpieczyciela lub od niego otrzymał. Trzeba sporządzać notatki z rozmów, zawierające datę, osobę, z którą Pan/i rozmawiał/a, oraz co zostało powiedziane.

Jak działa Infolinia?

Gdy ma Pan/i problemy z opieką zdrowotną w ramach swojego ubezpieczenia zdrowotnego.

Odmowa pokrycia kosztów leczenia, badań, urządzeń medycznych lub recept

Niewłaściwe naliczanie opłat za usługi świadczone „poza zasięgiem tego planu ubezpieczeniowego”

Ubezpieczyciel odmówił pokrycia kosztów opieki z powodu braku „uprzedniej zgody”.

Niewłaściwe naliczenie salda przez świadczeniodawcę objętego planem

Pana/i plan postępowania przy tej skardze

Należy zadzwonić do infolinii pod numer: (800) 428-9071

Lub

Złożyć skargę w trybie online pod adresem: ag.ny.gov/insurance-complaint

Specjalista infolinii ds. przyjmowania zgłoszeń
Przyjmuje skargę

Wyznacza rzecznika

Kieruje do właściwej agencji

Rzecznik stara się rozwiązać problem

Rozmawia z pacjentem, przegląda jego dokumenty i w razie potrzeby kontaktuje się z jego/jej ubezpieczeniem lub świadczeniodawcą.

Moje ubezpieczenie zdrowotne odrzuciło roszczenie, co mogę zrobić?

Pacjent ma prawo dowiedzieć się, dlaczego jego roszczenie zostało odrzucone i odwołać się od tej decyzji. Należy zwrócić się do swojej firmy ubezpieczeniowej o ponowne rozpatrzenie decyzji w ramach wewnętrznego procesu odwoławczego, który często obejmuje dwa poziomy odwoławcze.

DLACZEGO MOJE UBEZPIECZENIE ODMÓWIŁO POKRYCIA MOICH KOSZTÓW?

Należy zapoznać się z wyjaśnieniem kosztów leczenia (Explanation of Benefits - EOB) lub zawiadomieniem o odmowie. EOB to zestawienie wysyłane przez firmę ubezpieczeniową, wyjaśniające, co pokryje i jakie koszty pacjent będzie musiał ponieść z własnej kieszeni. Zostanie wysłane po złożeniu przez lekarza roszczenia. Można również zadzwonić do ubezpieczenia, aby uzyskać wyjaśnienie.

Kiedy należy złożyć odwołanie?

Plany mają różne terminy i zasady składania odwołań. **NALEŻY DZIAŁAĆ SZYBKO.**

Moje ubezpieczenie wysłało mi pismo z odmową, co jeszcze mogę zrobić?

Jeżeli Pana/i wewnętrzne odwołanie nie przyniesie rezultatu, może Pan/i mieć inne możliwości, w zależności od rodzaju planu ubezpieczeniowego i rodzaju odmowy. Może mieć Pan/i prawo do złożenia odwołania zewnętrznego w Departamencie Usług Finansowych Stanu Nowy Jork w celu uzyskania niezależnej analizy przez lekarza specjalistę.

NA OGÓŁ MOŻNA ZAKWESTIONOWAĆ NASTĘPUJĄCE KWESTIE:

PROBLEM:

CO NALEŻY ZROBIĆ:

Brak wcześniejszej zgody: Przed pokryciem kosztów ubezpieczenie zdrowotne wymaga od lekarza uzyskania ich zgody na określone leki, testy, urządzenia medyczne lub procedury.

Należy poprosić swojego lekarza o wcześniejszą zgodę, wykazując, że opieka lub lek, o który się Pan/i stara, są niezbędne z medycznego punktu widzenia lub że spełnia Pan/i wymagania niezbędne do uzyskania zgody.

Świadczenie nieobjęte programem: Lek, badanie, procedura lub konkretna opieka nie są objęte Pana/i ubezpieczeniem.

Należy sprawdzić podwójnie swoje świadczenia w poradniku użytkownika i domagać się pokrycia, jeśli wykluczenia są niejasno sformułowane lub jeśli dokumenty planu można interpretować w taki sposób, że obejmują one usługę, której dotyczy odmowa.

Nie jest to konieczne z medycznego punktu widzenia lub ma charakter badawczy/eksperymentalny: Plany ubezpieczeniowe nie zapłacą za opiekę, o którą ubiega się pacjent, ponieważ uznają, że nie jest ona „konieczna z medycznego punktu widzenia” lub nie spełnia przyjętych standardów dobrej praktyki medycznej w leczeniu danego schorzenia lub choroby.

Należy współpracować z lekarzem, aby uzyskać dokumenty i inne dowody, które pozwolą wyjaśnić planowi, że leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia.

„Świadczenia poza zasięgiem ubezpieczenia” (Out-of-Network): Odmowa pokrycia kosztów leczenia przez specjalistę lub innego świadczeniodawcę spoza sieci lekarzy objętych tym ubezpieczeniem.

Należy sprawdzić katalog świadczeniodawców; jeśli lekarz został omyłkowo wpisany, należy skontaktować się ze swoim ubezpieczeniem.

Jeśli pacjent był leczony na oddziale ratunkowym przez lekarza spoza sieci lub lekarz pierwszego kontaktu skierował pacjenta do lekarza, o którym Pan/i nie wiedział/a, że jest spoza sieci, prawo Nowego Jorku chroni takiego pacjenta. Należy skontaktować się ze swoim ubezpieczeniem.