

Набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, для координаторов по обслуживанию (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ

Общие сведения

1. Обязанности координатора по обслуживанию, связанные с медицинским страхованием, – инструмент 1
2. Уведомление для родителей относительно медицинского страхования – инструмент 2
3. Информация и инструкции для родителей в связи со сбором сведений о медицинском страховании/подтверждении родителями отсутствия медицинского страхования – инструмент 3
4. Сбор сведений о медицинском страховании – инструмент 4 (Форма А)
5. Подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования – инструмент 5 (Форма В)
6. Разрешение на раскрытие сведений о медицинском страховании – инструмент 6 (Форма С)
7. Инструкции для координаторов по обслуживанию: получение письменного направления от родителей или врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, – инструмент 7
8. Письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, – инструмент 8 (Форма D), ранее Форма Е
9. Руководство по выставлению счетов Medicaid за услуги для детей, зарегистрированных в планах Medicaid Managed Care, – инструмент 9

Примечания

- Первоначальные и текущие обязанности координатора по обслуживанию, связанные со страхованием, были объединены
- Форма В теперь представляет собой подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования
- Запрос на получение сведений о страховом покрытии (ранее Форма D) был удален и более не применяется
- Обязательное уведомление о суброгации было удалено и более не применяется
- Руководство по регистрации в нерегулируемых страховых планах в NYEIS было удалено и более не применяется

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Услуги раннего вмешательства в штате Нью-Йорк должны быть оказаны бесплатно для родителей. [Раздел 2557 Закона об общественном здравоохранении, Раздел 69-4.1(m)(1)(iv)(d) 10-го издания Правил и норм кодексов штата Нью-Йорк (New York Codes Rules and Regulations, NYCRR)] Услуги, оказываемые соответствующим критериям детям со страховым покрытием Medicaid, оплачиваются программой Medicaid. До 29 декабря 2021 г. услуги раннего вмешательства оплачивались частично с помощью медицинской страховки соответствующего критериям ребенка, если план медицинского страхования регулировался Законом о страховании штата Нью-Йорк (New York State Insurance Law, SIL).

29 декабря 2021 г. губернатор Хокул подписала закон (A.5339/S.5560A), который существенно изменил способ обработки заявлений и выплаты страхового возмещения за услуги раннего вмешательства. Закон устанавливает фонд застрахованных участников Программы раннего вмешательства (Early Intervention Program), финансируемый на основании оценки планов медицинского страхования. Фонд участников Программы раннего вмешательства возмещает муниципальные расходы и расходы штата на услуги, получаемые в рамках Программы раннего вмешательства, которые не покрываются Medicaid. **Счета за услуги раннего вмешательства больше не выставляются коммерческим страховым компаниям.** Счета на выплату страхового возмещения будут направляться в программу Medicaid за покрываемые услуги и на муниципальные эскроу-счета за непокрываемые услуги.

Примечание. Координаторы по обслуживанию должны продолжать собирать и документировать сведения о медицинском страховании ребенка.

Данный набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, был пересмотрен с целью предоставления координаторам по обслуживанию информации, необходимой для выполнения всех обязанностей по сбору и документированию сведений о медицинском страховом покрытии ребенка/семьи в связи с услугами раннего вмешательства.

ОБЯЗАННОСТИ КООРДИНАТОРА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ, СВЯЗАННЫЕ С МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ

1. Предоставьте родителям/законному опекуну копию **«Уведомления для родителей относительно медицинского страхования»** (инструмент 2) и изучите эту информацию вместе с родителями. Обсудите с семьей требование в рамках правил Программы раннего вмешательства относительно сбора координаторами по обслуживанию и предоставления родителями сведений о медицинском страховании ребенка в связи с ранним вмешательством, которые помогут получить возмещение за услуги Программы раннего вмешательства.

- a. В соответствии с Законом штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (New York State Public Health Law, PHL) услуги Программы раннего вмешательства должны быть оказаны бесплатно для родителей [Раздел 2557 PHL, Раздел 69-4.1(m)(1)(iv)(d) 10-го издания NYCRR].
- b. **Medicaid является частью системы платежей штата Нью-Йорк за услуги раннего вмешательства.** Услуги, оказываемые соответствующим критериям детям со страховым покрытием Medicaid, оплачиваются программой Medicaid. Средства Medicaid и средства, доступные с помощью фонда застрахованных участников Программы раннего вмешательства, финансируемого на основании оценки планов медицинского страхования, являются частью системы платежей за услуги Программы. Фонд участников Программы раннего вмешательства возмещает муниципальные расходы и расходы штата на услуги, получаемые в рамках Программы раннего вмешательства, которые не покрываются Medicaid. Счета на выплату страхового возмещения будут направляться в программу Medicaid за покрываемые услуги и на муниципальные эскроу-счета за непокрываемые услуги.

ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ. Счета за услуги в рамках Программы раннего вмешательства больше не выставляются коммерческим страховым компаниям.

2. Поставщики услуг раннего вмешательства будут получать выплаты из муниципальных средств (эскроу-счета) за услуги, которые не оплачиваются в полном объеме программой Medicaid, если поставщики услуг выполнили все остальные требования в отношении выставления счетов и подачи заявлений о выплате страхового возмещения за услуги раннего вмешательства.

- a. Программа Medicaid оплачивает все услуги в рамках Программы раннего вмешательства в соответствии с тарифами на услуги Программы раннего вмешательства Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), установленными штатом.
- b. Поставщикам услуг запрещено взыскивать плату за услуги Программы раннего вмешательства с родителей.
- c. Услуги Программы раннего вмешательства должны оказываться всем соответствующим критериям детям согласно индивидуальному плану обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP), включая координацию и оценку услуг. Это применимо ко всем детям независимо от наличия или отсутствия страховки.
 - i. Если ребенок не застрахован, координатор по обслуживанию обязан помочь родителям определить программы государственных пособий, на участие в которых семья может иметь право, например Medicaid, Child Health Plus и Social Security Disability Income, и помочь подать заявление на участие в них. Однако родители не обязаны быть зарегистрированы в программе медицинского страхования, чтобы получать услуги Программы раннего вмешательства.
 - ii. **Форма А** (инструмент 4) **«Сбор сведений о медицинском страховании»** – координатор по обслуживанию должен использовать эту форму для сбора сведений о медицинском страховании ребенка/семьи.
 - iii. **Форма В** (инструмент 5) – это **«Подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования»**. Родители должны подписать данное подтверждение, если у ребенка, получающего услуги раннего вмешательства, нет медицинской страховки. Координаторы по обслуживанию должны уточнять сведения о медицинском страховании ребенка у семьи ежеквартально или чаще, если статус ребенка, связанный с медицинским страхованием, изменится. Родители должны подписывать новое подтверждение как минимум один раз в квартал, за исключением случаев, когда у ребенка появилась медицинская страховка, а родители заполнили **Форму А** и предоставили ее координатору по обслуживанию.
 - iv. Как только родители заполняют соответствующую форму, связанную с медицинским страхованием (**Форму А** или, в случае отсутствия медицинского страхования, **Форму В**), информацию необходимо внести в базу данных штата, а форму необходимо хранить в карте ребенка. Координатор по обслуживанию уведомит всех поставщиков услуг, связанных с выставлением счетов, и муниципалитет о том, что заполненная документация, содержащая сведения о медицинском страховании, доступна в карте ребенка, и по запросу печатные копии будут отправлены им по почте в течение 14 дней после получения запроса.

****Если у семьи есть карта Medicaid и идентификационный номер ребенка (Child Identification Number, CIN) Medicaid, то CIN необходимо ввести в текущую базу данных штата. Если страхование Medicaid представляет собой план Medicaid Managed Care, информацию о страховщике/страховании в рамках управляемого медицинского обслуживания также необходимо внести в базу данных штата.**

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

Медицинские сберегательные/накопительные счета (Health Spending Accounts/Health Savings Accounts, HSA) – это медицинские накопительные счета, которые **не** считаются медицинским страхованием; информация об этих типах счетов **не** должна собираться координатором по обслуживанию и вноситься в карту ребенка или базу данных штата.

- d. Меры защиты для семей при предоставлении сведений о медицинском страховании в Программу раннего вмешательства:
 - i. Родители не оплачивают какие-либо расходы из собственных средств, например франшизу или доплаты, в связи с получением услуг Программы раннего вмешательства.
 - ii. Сбор сведений о медицинском страховании Программой раннего вмешательства не оказывает негативного влияния на любое медицинское страховое покрытие, которое может быть у семьи.

3. Соберите сведения о медицинском страховом полисе у семьи (Раздел 69-4.6(d) 10-го издания NYCRR).

- a. Координаторы по обслуживанию должны определить, есть ли у семьи медицинская страховка для ребенка, получающего услуги раннего вмешательства, и предоставить семье соответствующую форму и инструкции по ее заполнению.
 - i. Координаторы по обслуживанию должны изучить **Формы А и В** вместе с родителями и помочь им заполнить соответствующую форму.
 - ii. Если у семьи есть медицинская страховка для ребенка, предоставьте семье **Форму А («Сбор сведений о медицинском страховании»)**.
 - iii. Если у семьи нет медицинской страховки, координатор по обслуживанию предоставит родителям **Форму В («Подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования»)**.
 - b. Объясните родителям, что если ребенок участвует в Программе раннего вмешательства, то они должны сообщать координатору по обслуживанию о любых изменениях в медицинском страховом полисе ребенка, включая Medicaid и Child Health Plus. Координатор по обслуживанию должен уточнять сведения о медицинском страховании ребенка у семьи ежеквартально.
 - c. Координаторы по обслуживанию должны документировать обсуждения с родителями, касающиеся медицинского страхования во время участия в Программе раннего вмешательства и медицинского страхования ребенка, в заметках о координации обслуживания в связи с ранним вмешательством. В каких случаях сведения о медицинском страховании следует уточнять у родителей ежеквартально:
 - i. Координатор по обслуживанию должен поставить свои инициалы и дату в **Форме А**, чтобы указать, что информация была проверена вместе с родителями. Координатор по обслуживанию также укажет, содержит ли информация в форме «отсутствие изменений» или требуется «новая» откорректированная форма.
 - ii. Если требуется новая **Форма А** для указания актуальных сведений о медицинском страховании, ее необходимо предоставить родителям. После заполнения новой формы и возвращения ее координатору по обслуживанию содержащаяся в ней информация должна быть внесена в базу данных штата, а форму необходимо сохранить в карте ребенка.
 - iii. Если у ребенка не было медицинской страховки и родители ранее заполняли **Форму В**, и после проверки у ребенка по-прежнему нет медицинской страховки, родителям необходимо заполнить новую **Форму В («Подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования»)** и предоставить ее координатору по обслуживанию, который сохранит форму в карте ребенка.
 - iv. Если у ребенка во время участия в Программе раннего вмешательства была медицинская страховка, но после проверки оказалось, что страховка отсутствует, родители должны заполнить, поставить подпись и дату в **«Подтверждении родителями отсутствия медицинского страхования» (Форма В)**. Форму необходимо предоставить координатору по обслуживанию, который внесет содержащуюся в ней информацию в базу данных штата и сохранит форму в карте ребенка.
 - d. Координаторы по обслуживанию также должны помочь родителям заполнить **Форму С «Разрешение на раскрытие сведений о медицинском страховании» (инструмент 6)**.
 - i. Это уведомление о том, что родители подписывают разрешение на раскрытие сведений о медицинском страховании ребенка координатору по обслуживанию и муниципалитету.
4. Получите у родителей письменное направление от врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь, в качестве подтверждения медицинской необходимости в получении услуг Программы раннего вмешательства.
- a. Ознакомьтесь с руководством относительно письменных направлений, содержащимся в документах **«Обязанности координатора по обслуживанию, связанные с медицинским страхованием»** (инструмент 1) и **«Получение письменного направления от родителей или врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь»** (инструмент 7).
 - b. Используйте при необходимости для этой цели **Форму D «Письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь»** (инструмент 8).
 - c. Проинформируйте поставщиков услуг ребенка в рамках Программы раннего вмешательства о том, что письменное направление было получено у врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, с целью документирования медицинской необходимости в получении услуг раннего вмешательства.

***Важно, чтобы координаторы по обслуживанию понимали, что оказание ребенку услуг, разрешенных в индивидуальном плане обслуживания семьи, должно начаться своевременно. Задержка в оказании услуг, если письменное направление с указанием медицинской необходимости еще не предоставлено, не допускается.**

5. Координаторы по обслуживанию должны документировать все усилия, связанные с получением сведений о медицинском страховании и обсуждением с семьей медицинского страхования в Программе раннего вмешательства. Координатор по обслуживанию должен обращаться со всей полученной информацией следующим образом:
- a. Укажите регистрационный номер ребенка в верхнем левом углу каждой заполненной формы.
 - b. Как минимум один раз в квартал или, если необходимо, чаще уточняйте информацию и подписывайте инициалами **Форму А, «Сбор сведений о медицинском страховании»**, в случае если в медицинском страховании **нет** изменений. Если медицинское страхование изменилось, обновите **Форму А**. После этого родители должны подписать и поставить дату в форме. Внесите обновленную информацию в базу данных штата и сохраните форму в карте ребенка.
 - c. Документируйте все усилия, связанные с получением сведений о медицинском страховании, в заметках о координации обслуживания.
 - d. Внесите сведения о медицинском страховании ребенка и семьи, полученные у родителей, включая сведения о полисе Medicaid, Medicaid Managed Care и Child Health Plus, непосредственно в базу данных штата. **Форма С «Разрешение на раскрытие сведений о медицинском страховании»** должна быть подписана родителями до любого обмена сведениями о медицинском страховании с координатором по обслуживанию или муниципалитетом.
 - e. После сбора всех сведений о медицинском страховании у родителей координатор по обслуживанию внесет их в базу данных штата.
 - f. Сохраните копии всех заполненных форм о медицинском страховании в карте ребенка.

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В штате Нью-Йорк услуги раннего вмешательства должны быть оказаны семьям бесплатно. Система платежей штата Нью-Йорк за услуги Программы раннего вмешательства включает использование государственного медицинского страхования (например, Medicaid и Child Health Plus) для возмещения за услуги раннего вмешательства.

29 декабря 2021 г. губернатор Хокул подписала закон (A.5339/S.5560A), который существенно изменил способ обработки заявлений и выплаты страхового возмещения за услуги Программы раннего вмешательства. Закон устанавливает фонд застрахованных участников Программы раннего вмешательства, финансируемый на основании оценки планов медицинского страхования. Фонд участников Программы раннего вмешательства возмещает муниципальные расходы и расходы штата на услуги, получаемые в рамках Программы раннего вмешательства, которые не покрываются Medicaid. Счета за покрываемые услуги направляются в программу Medicaid, а непокрываемые услуги оплачиваются с помощью муниципальных эскроу-счетов.

Medicaid и частное медицинское страхование

Если у вашей семьи есть как частное медицинское страхование, так и государственное медицинское страхование (Medicaid), то счета за услуги раннего вмешательства будут выставляться в государственную программу страхования (Medicaid).

Сбор сведений о медицинском страховании и номере социального страхования ребенка

В соответствии с Законом штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (PHL):

Ваш координатор по обслуживанию должен собрать, а вы должны предоставить сведения и документацию о медицинском страховании вашего ребенка, включая государственное и частное медицинское страхование. Эти сведения включают: тип полиса медицинского страхования или плана медицинских льгот, наименование страховой компании или имя и фамилию администратора плана, идентификационный номер полиса или плана, тип покрытия, предусмотренный полисом, и любую другую информацию, необходимую для выставления счета в рамках вашего страхования. Ваш координатор по обслуживанию объяснит вам ваши права и обязанности, а также меры защиты, предоставляемые семьям в соответствии с законодательством [Раздел 69 4.7(g)-(h) 10-го издания NYCRR].

Специалист по раннему вмешательству должен собрать, а вы должны предоставить информацию о номере социального страхования вашего ребенка. Данная информация будет храниться с соблюдением безопасности и конфиденциальности [§ 2552(2) PHL].

Страхование в штате Нью-Йорк

В соответствии с Законом штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (PHL) и Законом о страховании штата Нью-Йорк (SIL) при использовании государственного медицинского страхования для оплаты услуг раннего вмешательства предоставляются следующие меры защиты.

- 1. Услуги раннего вмешательства, которые необходимы вашему ребенку, будут оказаны вашей семье бесплатно.** Вас не могут попросить оплатить какие-либо расходы из собственных средств, например франшизу или доплаты, в связи с любыми услугами, которые ребенок или семья получает в рамках Программы раннего вмешательства. Программа раннего вмешательства организует оплату всех доплат и франшиз [§ 2557(1) PHL; § 2559(3)(b) PHL].
- 2. Услуги раннего вмешательства, доступные вашему ребенку и семье, не будут ограничены услугами, покрываемыми вашей страховкой.** Ваш специалист по раннему вмешательству должен обеспечить оказание необходимых услуг раннего вмешательства вашему ребенку, даже если ваша страховка не покрывает эти услуги или у вас нет страховки [§ 2552(1) PHL].
- 3. Использование государственного медицинского страхования (т. е. Medicaid) для оплаты услуг раннего вмешательства не повлияет на право вашего ребенка на участие в альтернативных программах помощи на дому или по месту жительства.**
- 4. Услуги раннего вмешательства, указанные в вашем индивидуальном плане обслуживания семьи, должны быть оказаны, даже если у вас нет частного или государственного медицинского страхования.** Вы не обязаны оформлять медицинское страхование для участия в Программе раннего вмешательства, хотя ваш координатор по обслуживанию может помочь вам получить направление и подать заявление на получение государственных пособий, если вы примете такое решение [§ 2552(1) PHL; § 2559(1) PHL].
- 5. Медицинские сберегательные/накопительные счета (HSA) – это медицинские накопительные счета, которые не считаются медицинским страхованием.** Информация об этих типах счетов не будет собираться вашим координатором по обслуживанию.

Право воспользоваться надлежащей правовой процедурой

Родители имеют право воспользоваться надлежащими правовыми процедурами для урегулирования разногласий или жалоб. Надлежащие правовые процедуры включают процедуру посредничества, проведение беспристрастного слушания и (или) подачу жалобы в систему штата. Все варианты являются добровольными и бесплатными для родителей [раздел 34 Свода федеральных нормативных актов (CFR) § 303.431; § 303.436, § 303.441, § 303.434; § 2549 PHL; Раздел 69-4.17 10-го издания NYCRR].

- **Посредничество** – это процесс, проводимый обученным посредником из Общественного центра по урегулированию споров (Community Dispute Resolution Center), который помогает родителям достигнуть согласия по любым вопросам в соответствии с частью C Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями (Individuals with Disabilities Education Act). Обратите внимание: процедуру посредничества нельзя использовать для отказа в применении или задержки в применении права родителей на проведение беспристрастного слушания либо для отказа в применении права воспользоваться любой другой надлежащей процедурой.

- **Беспристрастные слушания** проводятся должностными лицами, ответственными за проведение беспристрастного слушания (судьи по административным делам, назначенные главой Департамента здравоохранения или уполномоченным лицом), и используются для урегулирования споров между родителями и специалистом по раннему вмешательству. Если лицо, проводящее оценку, установит, что ребенок не соответствует критериям для получения услуг, то родители могут запросить проведение беспристрастного слушания при условии подачи запроса в течение 6 месяцев с даты установления несоответствия критериям.
- **Жалоба в систему штата** может быть подана, если родители или любая сторона считают, что ведущее учреждение, специалист по раннему вмешательству, координатор по обслуживанию, лицо, проводящее оценку, или поставщик услуг не выполняет свою работу в соответствии с законодательством, правилами или нормативными актами. Эта жалоба должна быть подана в письменной форме в директору Бюро раннего вмешательства (Bureau of Early Intervention) при Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк и должна быть подписана и получена не позднее чем через год с даты предполагаемого нарушения. Копию жалобы необходимо отправить координатору по обслуживанию ребенка, специалисту по раннему вмешательству округа и любым поставщикам услуг раннего вмешательства, являющимся субъектами жалобы.

Для получения дополнительной информации о каждом из этих доступных вариантов, ознакомьтесь с [Базовым руководством по Программе раннего вмешательства для родителей \(Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program\)](#) и с информацией на странице Бюро раннего вмешательства health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/. Если у вас есть какие-либо вопросы, касающиеся информации в этом уведомлении, обратитесь к своему координатору по обслуживанию или специалисту по раннему вмешательству либо свяжитесь с Бюро раннего вмешательства при Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-473-7016 или эл. почте beipub@health.ny.gov.

ИНФОРМАЦИЯ И ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

СБОР СВЕДЕНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ – Форма А

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЯМИ ОТСУТСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ – Форма В

Сведения о медицинском страховании ребенка (Форма А)

В штате Нью-Йорк услуги раннего вмешательства должны быть оказаны семьям бесплатно. Однако система платежей штата Нью-Йорк за услуги Программы раннего вмешательства включает использование государственного медицинского страхования (например, Medicaid и Child Health Plus) для возмещения за услуги раннего вмешательства.

Согласно Разделу 69-4.7 10-го издания NYCRR ваш координатор по обслуживанию должен собрать, а вы должны предоставить сведения и документацию о медицинском страховании вашего ребенка, включая государственное и частное медицинское страхование. Эти сведения включают: тип полиса медицинского страхования или плана медицинских льгот, наименование страховой компании или имя и фамилию администратора плана, идентификационный номер полиса или плана, тип покрытия, предусмотренный полисом, и любую другую информацию, необходимую для возмещения поставщикам расходов за услуги. Ваш координатор по обслуживанию должен объяснить вам ваши права и обязанности, а также меры защиты, предоставляемые вашей семье в соответствии с законодательством.

Заполнение форм о медицинском страховании

Ваш координатор по обслуживанию может помочь вам заполнить любые необходимые формы.

- Удостоверьтесь в том, что все необходимые формы заполнены полностью и содержащаяся в них информация является точной.
- Ваш координатор по обслуживанию должен уточнять сведения о медицинском страховании ребенка у вас как минимум ежеквартально. Если в ваше медицинское страхование были внесены изменения или у вас больше нет медицинского страхования, вам необходимо заполнить обновленную(-ые) форму(-ы).

Если медицинское страхование вашего ребенка изменилось, незамедлительно сообщите об этом вашему координатору по обслуживанию.

Сбор сведений о медицинском страховании (Форма А)

Если у вашего ребенка два или более полисов медицинского страхования, вы должны предоставить сведения по каждому полису (см. примеры ниже).

- Если у вашего ребенка два разных полиса частного медицинского страхования, вы предоставите сведения о каждом из них.
- Если у вашего ребенка страхование Medicaid и частное медицинское страхование, вы укажете идентификационный номер ребенка (CIN) Medicaid и сведения о частном медицинском страховании.
- Если ваш ребенок получает Medicaid Managed Care, в разделе «Сведения о медицинском страховании» будут задокументированы CIN Medicaid вашего ребенка и информация о страховой компании, предоставляющей управляемое медицинское обслуживание Medicaid.
- Если ваш ребенок получает Medicaid Managed Care и у него есть полис частного медицинского страхования, вы укажете CIN Medicaid вашего ребенка, сведения о страховой компании, предоставляющей управляемое медицинское обслуживание Medicaid, и сведения о полисе частного медицинского страхования.

Право воспользоваться надлежащей правовой процедурой

Родители имеют право воспользоваться надлежащими правовыми процедурами для урегулирования разногласий или жалоб. Надлежащие правовые процедуры включают процедуру посредничества, проведение беспристрастного слушания и (или) подачу жалобы в систему штата. Все варианты являются добровольными и бесплатными для родителей [раздел 34 Свода федеральных нормативных актов (CFR) § 303.431; § 303.436, § 303.441, § 303.434; § 2549 PHL; Раздел 69-4.17 10-го издания NYCRR].

- **Посредничество** – это процесс, проводимый обученным посредником из Общественного центра по урегулированию споров (Community Dispute Resolution Center), который помогает родителям достигнуть согласия по любым вопросам в соответствии с частью С Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями (Individuals with Disabilities Education Act). Обратите внимание: процедуру посредничества нельзя использовать для отказа в применении или задержки в применении права родителей на проведение беспристрастного слушания либо для отказа в применении права воспользоваться любой другой надлежащей процедурой.
- **Беспристрастные слушания** проводятся должностными лицами, ответственными за проведение беспристрастного слушания (судьи по административным делам, назначенные главой Департамента здравоохранения или уполномоченным лицом), и используются для урегулирования споров между родителями и специалистом по раннему вмешательству. Если лицо, проводящее оценку, установит, что ребенок не соответствует критериям для получения услуг, то родители могут запросить проведение беспристрастного слушания при условии подачи запроса в течение 6 месяцев с даты установления несоответствия критериям.

Набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, для координаторов по обслуживанию (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

Сбор сведений о медицинском страховании – Форма А
(Collection of Health Insurance Information – Form A)

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ, – ИНСТРУМЕНТ 4 (ФОРМА А)

Регистрационный номер ребенка _____

Имя и фамилия ребенка _____

Дата рождения _____ Пол ребенка Мужской Женский

Сведения об основном страховании

Наименование страховой компании/плана _____

Адрес для выставления счета страховой компании _____

Номер полиса/идентификационный номер _____

Идентификационный номер участника-ребенка (если отличается) _____

Номер группы _____

Имя и фамилия держателя полиса _____

Дата рождения держателя полиса _____

Адрес держателя полиса _____

Номер телефона держателя полиса _____

Кем держатель полиса приходится ребенку _____

Другое страхование (если применимо)

Наименование страховой компании/плана _____

Адрес для выставления счета страховой компании _____

Номер полиса/идентификационный номер _____

Идентификационный номер участника-ребенка (если отличается) _____

Номер группы _____

Имя и фамилия держателя полиса _____

Дата рождения держателя полиса _____

Адрес держателя полиса _____

Номер телефона держателя полиса _____

Кем держатель полиса приходится ребенку _____

Идентификационный номер клиента (CIN) Medicaid (если применимо) _____ (2 буквы, 5 цифр, 1 буква)

Подпись родителя/законного опекуна _____ Дата _____

Обратите внимание! Если заполняемая форма сбора сведений о медицинском страховании включает электронную подпись родителя/опекуна, такая подпись также должна включать знак подтверждения электронной подписи (доступен в таких приложениях, как Adobe Acrobat, DocuSign и др.) с указанием в форме даты и времени подписания. Если такое средство защиты недоступно, форму сбора сведений о медицинском страховании следует распечатать, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию формы.

Сведения о страховании необходимо уточнять как минимум ежеквартально и в любое время при изменении статуса ребенка, связанного со страхованием.

Уточнение сведений о страховании: Дата _____ Инициалы _____ Нет изменений Новая форма

Уточнение сведений о страховании: Дата _____ Инициалы _____ Нет изменений Новая форма

Уточнение сведений о страховании: Дата _____ Инициалы _____ Нет изменений Новая форма

Уточнение сведений о страховании: Дата _____ Инициалы _____ Нет изменений Новая форма

Уточнение сведений о страховании: Дата _____ Инициалы _____ Нет изменений Новая форма

Набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, для координаторов по обслуживанию (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

Подтверждение родителями отсутствия медицинского страхования – Форма B
(Parent Attestation of No Health Insurance – Form B)

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ, – ИНСТРУМЕНТ 5 (ФОРМА B)

Регистрационный номер ребенка _____

(если применимо)

Имя и фамилия ребенка _____

Дата рождения _____

Я, _____ (имя и фамилия печатными буквами), родитель и (или) законный опекун ребенка, имя и фамилия которого указаны выше, подтверждаю, что на сегодняшний день этот ребенок не имеет медицинской страховки. Я понимаю, что назначенный в рамках Программы раннего вмешательства координатор по обслуживанию должен помочь мне определить медицинскую страховку, на которую этот ребенок может иметь право, и помочь подать заявление на ее оформление. Я также понимаю, что этот ребенок не обязан иметь медицинскую страховку, чтобы получать услуги Программы раннего вмешательства.

Подпись родителя/законного опекуна _____ Дата _____

Обратите внимание! Если заполняемая форма подтверждения родителями отсутствия медицинского страхования включает электронную подпись родителя/опекуна, такая подпись также должна включать знак подтверждения электронной подписи (доступен в таких приложениях, как Adobe Acrobat, DocuSign и др.) с указанием в форме даты и времени подписания. Если такое средство защиты недоступно, форму подтверждения родителями отсутствия медицинского страхования следует распечатать, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию формы.

Набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, для координаторов по обслуживанию (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

Разрешение на раскрытие сведений о медицинском страховании – Форма С
(Authorization to Release Health Insurance Information – Form C)

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ, – ИНСТРУМЕНТ 6 (ФОРМА С)

Регистрационный номер ребенка _____

В соответствии с Разделом 2559(3)(c) Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении

Имя и фамилия застрахованного ребенка _____

Дата рождения _____

Имя и фамилия родителя/законного опекуна _____

Наименование страховой компании _____

Наименование/тип плана медицинского страхования _____

Адрес страховой компании _____

Номер телефона страховой компании _____

Имя и фамилия держателя полиса _____

Адрес держателя полиса _____

Номер полиса/идентификационный номер _____

Идентификационный номер участника-ребенка _____

Номер группы (если применимо) _____

Имя и фамилия координатора по обслуживанию _____

Агентство координатора по обслуживанию _____

Адрес координатора по обслуживанию _____

Номер телефона координатора по обслуживанию _____

Муниципалитет _____

Я запрашиваю и разрешаю раскрытие сведений о медицинском страховании застрахованного лица, указанного выше, координатору по обслуживанию моего ребенка и семьи в рамках Программы раннего вмешательства, поставщикам услуг, муниципалитету, который администрирует местную Программу раннего вмешательства, и Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и (или) его фискальному агенту по раннему вмешательству.

Я разрешаю обмен информацией между этими сторонами и страховщиком, указанным выше, для целей ускорения процесса подачи заявлений о выплате страхового возмещения и помощи с рассмотрением исков в отношении услуг, оказанных в рамках Программы раннего вмешательства:

Подпись родителя/законного опекуна _____ Дата подписания _____

Обратите внимание! Если заполняемая форма разрешения на раскрытие сведений о медицинском страховании включает электронную подпись родителя/опекуна, такая подпись также должна включать знак подтверждения электронной подписи (доступен в таких приложениях, как Adobe Acrobat, DocuSign и др.) с указанием в форме даты и времени подписания. Если такое средство защиты недоступно, форму разрешения на раскрытие сведений о медицинском страховании следует распечатать, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию формы.

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ КООРДИНАТОРОВ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ: ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ОТ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ [§ 2559(3)(a) PHL]

Общие сведения

Координатор по обслуживанию обязан получить у семьи письменное направление от врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь (Primary Care Provider, PCP), с целью документирования медицинской необходимости.

В соответствии с § 2559(3)(a) Закона об общественном здравоохранении (PHL) родители или законный опекун обязаны предоставить муниципалитету и координатору по обслуживанию письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь (например, врач, практикующая медицинская сестра или помощник врача), для соответствующих критериям детей с целью подтверждения медицинской необходимости в получении услуг раннего вмешательства.

Настоящее требование:

- **относится ТОЛЬКО к соответствующим критериям детям для целей подачи заявлений о выплате страхового возмещения за услуги Программы раннего вмешательства;**
- **применимо только к таким услугам, как физиотерапия, логопедия, эрготерапия и коррекция нарушений слуха, и не применимо к таким услугам, как координация и специальное обучение, для получения которых не требуется получение письменного направления от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь; и**
- **НЕ является обязательным для получения услуг Программы раннего вмешательства.**

Форма

Набор инструментов содержит образец формы направления (**Форма D «Письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь»**), который можно использовать во время общения с врачом ребенка, оказывающим первичную медицинскую помощь, с целью получения направления. Это всего лишь образец формы. Врач ребенка, оказывающий первичную медицинскую помощь, может использовать собственную форму направления.

Процедура

Во время первоначального визита к вам домой координатор по обслуживанию обязан собрать сведения о медицинском страховании ребенка. Координаторы по обслуживанию должны уточнять сведения о медицинском страховании у родителей как минимум ежеквартально и обновлять сведения о медицинском страховании в необходимых формах и базе данных штата каждый раз при наличии изменений.

Если у ребенка есть медицинское страховое покрытие, координатор по обслуживанию выполняет следующие действия:

- Координатор по обслуживанию обсуждает с родителями необходимость получения письменного направления от врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь, с целью подтверждения медицинской необходимости в получении услуг, разрешенных в индивидуальном плане обслуживания семьи, составленном для ребенка. Координатор по обслуживанию может воспользоваться образцом **Формы D «Письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь»** при объяснении необходимости этого шага родителям.
- Координатор по обслуживанию указывает сведения в верхнем поле формы направления и перечисляет услуги, указанные в индивидуальном плане обслуживания семьи, составленном для ребенка, в соответствующем поле в нижней части формы. Если родители не могут получить письменное направление у врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, координатор по обслуживанию должен ускорить процесс, связавшись с согласия родителей с врачом, оказывающим первичную медицинскую помощь, и предоставив образец формы направления врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь. Для получения письменного направления могут потребоваться последующие звонки врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь.
- После подписания и возвращения формы письменного направления от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь:
 - координатор по обслуживанию документирует эти сведения в базе данных штата;
 - координатор по обслуживанию информирует поставщиков услуг ребенка в рамках Программы раннего вмешательства о том, что письменное направление было получено у врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь, с целью документирования медицинской необходимости для подачи заявления о выплате страхового возмещения (эта форма может быть отправлена поставщику услуг по запросу);
 - координатор по обслуживанию вносит заполненную форму письменного направления в карту ребенка для хранения.

Важная информация

- Письменное направление должно быть получено у личного врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь; однако, если у ребенка нет своего врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, направление можно получить у любого врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, который знает, какое медицинское обслуживание получает ребенок и какое у него состояние здоровья. Это может быть врач, который проводил обследование состояния здоровья ребенка в рамках первоначальной оценки ребенка многопрофильной группой с целью определения соответствия критериям для получения услуг раннего вмешательства.
- Письменное направление может быть выдано врачом, практикующей медицинской сестрой или помощником врача.
- Письменное направление необходимо получать только один раз за покрываемую услугу. Письменное направление необходимо получать для всех услуг (кроме координации обслуживания и специального обучения), содержащихся в индивидуальном плане обслуживания семьи, во время участия ребенка в Программе раннего вмешательства.
- Для соответствия этому требованию можно использовать порядок оказания услуг в соответствии с Разделом 69-4.11(a)(10)(ii) 10-го издания NYCRR, чтобы обеспечить выполнение индивидуального плана обслуживания семьи. Порядок оказания конкретной услуги соответствует требованию в направлении от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, для данной услуги, если оно было получено у врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь, или, если у ребенка нет врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, у любого врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, который знает, какое медицинское обслуживание получает ребенок и какое у него состояние здоровья.

Если у семьи есть медицинское страхование:

Координатор по обслуживанию обязан обеспечить получение письменного направления от врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь. Получение письменного направления является обязательным для детей со страховкой Medicaid или с планом Medicaid Managed Care.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Получение письменного направления не является обязательным для получения услуг, это необходимо только для подачи заявлений о выплате страхового возмещения. Услуги, указанные в индивидуальном плане обслуживания семьи, должны быть предоставлены детям и семьям, даже если письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, не может быть получено. В таких случаях в карте ребенка и заметках о координации обслуживания должно быть отражено, что письменное направление от врача ребенка, оказывающего первичную медицинскую помощь, не может быть получено. *Отказ или задержка в предоставлении услуг детям не допускается ни при каких обстоятельствах на основании требования о получении письменного подтверждения о наличии медицинской необходимости от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь.*

Набор инструментов, связанных с медицинским страхованием, для координаторов по обслуживанию (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

Письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, для подтверждения медицинской необходимости – Форма D
(Written Referral from Primary Health Care Practitioner Documentation of Medical Necessity – Form D)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ, – ИНСТРУМЕНТ 8 (ФОРМА D)

Регистрационный номер ребенка _____

В соответствии с Разделом 2559(3)(c) Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении

Имя и фамилия ребенка (имя/средний инициал/фамилия) _____

Дата рождения ребенка _____

Имя и фамилия родителя/законного опекуна _____

Номер телефона _____

Координатор по обслуживанию _____

Номер телефона _____

Уважаемый врач, оказывающий первичную медицинскую помощь!

В соответствии с Разделом 2559(3)(a) Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении родители обязаны предоставить Программе раннего вмешательства письменное направление от врача, оказывающего первичную медицинскую помощь, для подтверждения медицинской необходимости в получении услуг раннего вмешательства детьми, которые соответствуют критериям участия в Программе раннего вмешательства на основании оценки многопрофильной группы. Эта информация необходима для ускорения обработки заявлений о выплате страхового возмещения за эти услуги. Бюро раннего вмешательства разработало данную форму с целью получения полного и точного направления. Однако вы можете использовать форму по вашему выбору при условии, что она содержит необходимую информацию. Благодарим вас за поддержку при предоставлении информации, запрашиваемой ниже.

Обследование пациента и соответствующий анамнез _____

Диагноз (включая диагностированное заболевание или задержку развития) и соответствующие коды согласно Международной классификации болезней (International Classification of Diseases, ICD), которые подтверждают медицинскую необходимость для получения услуг Программы раннего вмешательства _____

Услуги Программы раннего вмешательства, указанные в индивидуальном плане обслуживания семьи (IFSP), составленном для ребенка

Тип услуги

Частота/продолжительность

_____	Согласно IFSP _____
_____	Согласно IFSP _____
_____	Согласно IFSP _____
_____	Согласно IFSP _____
_____	Согласно IFSP _____
_____	Согласно IFSP _____

Предыдущий номер разрешения (только для использования страховщиком)

Я понимаю, что для получения услуг раннего вмешательства, указанных выше, может потребоваться выполнение периодической оценки квалифицированным специалистом на регулярной основе с целью оценки прогресса ребенка. Я направляю _____ (ребенок) в Программу раннего вмешательства для получения услуг, указанных в индивидуальном плане обслуживания семьи.

Подпись врача _____ (оригинал) Дата _____

Имя и фамилия врача (печатными буквами) _____

Номер телефона _____

Адрес врача _____

Номер лицензии штата Нью-Йорк _____ Национальный идентификатор поставщика медицинских услуг _____

РУКОВОДСТВО ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ СЧЕТОВ MEDICAID ЗА УСЛУГИ ДЛЯ ДЕТЕЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ПЛАНАХ MEDICAID MANAGED CARE

Почти во всех округах штата Нью-Йорк после того, как будет установлено, что ребенок соответствует критериям Medicaid, ребенок должен быть зарегистрирован в страховом плане Managed Care. Услуги Программы раннего вмешательства не включены в Medicaid Managed Care.

Следовательно, счета на выплату страхового возмещения за услуги Программы раннего вмешательства НЕ выставляются страховщику, предоставляющему Managed Care; они выставляются напрямую в программу Medicaid на основании платы за оказанные услуги. Сведения о Medicaid и об Medicaid Managed Care должны быть корректно внесены в базу данных штата для того, чтобы счета на выплату страхового возмещения выставлялись/направлялись Medicaid надлежащим образом.

Координаторы по обслуживанию совместно с муниципалитетами должны работать над тем, чтобы в базу данных штата были внесены точные сведения, а все неточные сведения о полисе ребенка в базе данных штата при необходимости были исправлены как можно скорее для предотвращения в будущем ненадлежащего выставления счетов на выплату страхового возмещения страховщику в рамках управляемого медицинского обслуживания. Важно, чтобы координаторы по обслуживанию сотрудничали с муниципалитетами и семьями при необходимости для определения надлежащего статуса ребенка, связанного с медицинским страхованием и (или) страховым покрытием Medicaid.

Координаторы по обслуживанию должны уточнять сведения о медицинском страховании ребенка у семей и обновлять их как минимум ежеквартально и каждый раз при изменении статуса, связанного с медицинским страхованием. Если дети зарегистрированы в программе Medicaid, координатор по обслуживанию должен получить **идентификационный номер клиента (CIN) Medicaid и ввести этот номер в базу данных штата для целей выставления счетов.** В дополнение к этому, координатор по обслуживанию должен проверить сведения о планах Medicaid Managed Care для всех детей со страховкой Medicaid. Сведения, внесенные в базу данных штата, должны соответствовать информации в системе eMedNY.

Координаторы по обслуживанию могут использовать Систему проверки соответствия требованиям Medicaid (Medicaid Eligibility Verification System, MEVS), которая представляет собой автоматизированную систему доступа с помощью телефона с тональным кнопочным набором, для подтверждения статуса в плане Medicaid Managed Care. Если ребенок зарегистрирован в плане Medicaid Managed Care, MEVS определит план Medicaid Managed Care и предоставит следующую информацию: наименование плана Managed Care, адрес плана и номер телефона плана. Для получения инструкций по использованию телефонной линии ознакомьтесь с кратким справочным руководством по MEVS, перейдя по ссылке: https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

Организации по координации обслуживания (Service Coordination Agencies) с большим объемом операций (более 50 в месяц) могут получить ту же самую информацию с помощью ePACES – приложения для компьютера. Чтобы узнать, как получить доступ/использовать ePACES, позвоните в кол-центр eMedNY по телефону 1-800-343-9000.

В дополнение к этому, доступна информация о поставщиках услуг в рамках Medicaid Managed Care по округам, с помощью которой можно определить компании, предлагающие планы Medicaid Managed Care в каждом округе. Информацию можно получить, перейдя по следующей ссылке: http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

В соответствии с требованиями Medicaid в отношении подачи заявлений о выплате страхового возмещения в таком заявлении должны содержаться все потенциальные сведения о страховом полисе ребенка. Сюда относятся сведения об основном полисе в рамках плана Medicaid Managed Care. Если эта информация отсутствует в заявлении о выплате страхового возмещения, программа Medicaid отклонит заявление.

Если план ребенка представляет собой план Medicaid Managed Care, идентификационный номер клиента (CIN) Medicaid И сведения о страховой компании, предоставляющей Medicaid Managed Care, ДОЛЖНЫ быть внесены в базу данных штата. Сохраните копии всех заполненных форм в карте ребенка и в базе данных штата.

Для получения инструкций о том, как вносить сведения о медицинском страховании в базу данных штата, ознакомьтесь с руководством пользователя и доступными рабочими инструкциями.

Для получения подробной информации о регистрации, исключениях или общих сведений об Medicaid Managed Care посетите веб-сайт Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк об управляемом медицинском обслуживании http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm или позвоните на горячую линию по вопросам Medicaid Managed Care по телефону 1-800-505-5678.