

## **FORMULARIO PARA SOLICITAR DOCUMENTACIÓN DE UN PLAN MÉDICO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR O DE UNA ASEGURADORA DEL MERCADO GRUPAL O INDIVIDUAL CON RESPECTO A LAS LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO**

*Antecedentes:* Esta es una herramienta para ayudarlo a solicitar información del plan médico patrocinado por su empleador o de su aseguradora grupal o individual con respecto a las limitaciones del tratamiento que pueden afectar su acceso a los beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Puede utilizar este formulario para solicitar:

- **Información general** sobre las limitaciones del tratamiento, como las políticas de autorización previa de su plan para el tratamiento médico/quirúrgico y de salud mental.
- **Información** sobre por qué se negaron los beneficios. Por ejemplo, puede preguntar sobre los criterios de "falta de demostración de necesidad médica" que su compañía de seguros de salud puede haber utilizado para negar su reclamo.

Su plan o aseguradora está obligado por ley a proporcionarle esta información en ciertos casos. En algunos casos, una solicitud puede dar lugar a más información de la que desea. Hable con su plan o aseguradora sobre los documentos que desea solicitar y, si lo prefiere, cómo puede recibir los documentos electrónicamente.

Bajo una ley federal llamada Ley de Igualdad de la Salud Mental y Equidad de Adicciones (MHPAEA, por sus siglas en inglés), muchos planes de salud y aseguradoras deben asegurarse de que haya "paridad" entre los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, y los beneficios médicos y quirúrgicos. Esto generalmente significa que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento aplicados a los beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias no pueden ser más restrictivos que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento aplicados a los beneficios médicos y quirúrgicos. Los tipos de límites cubiertos por las protecciones de paridad incluyen:

- Requisitos financieros—como deducibles, copagos, coaseguros y límites de gastos de bolsillo; y
- Limitaciones del tratamiento—como límites en la cantidad de días o visitas cubiertas, u otros límites en el alcance o la duración del tratamiento (por ejemplo, el requisito de obtener autorización previa).

Si usted, un miembro de su familia o alguien a quien está ayudando obtiene cobertura de salud a través de un plan de salud de un empleador privado, la ley federal requiere que el plan proporcione ciertos documentos del plan sobre sus beneficios, incluidas las limitaciones de cobertura de esos beneficios, si se solicita. Por ejemplo, es posible que desee obtener documentación sobre por qué su plan de salud requiere una autorización previa para las visitas a un terapeuta antes de cubrir las visitas. Por lo general, los planes de empleadores privados deben proporcionar los documentos dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción

de su solicitud por parte del plan. **Comunícate directamente con tu plan de salud o compañía de seguros de salud para presentar tu solicitud.**

Este formulario está diseñado para ayudarle a solicitar información de su plan sobre las limitaciones del tratamiento. Se enumeran muchos tipos comunes de límites de tratamiento en este formulario. Si el tipo de limitaciones de tratamiento impuestas por su plan no aparece en la lista, puede insertar una descripción de la limitación de tratamiento sobre la cual le gustaría obtener más información en "Otro"

**Instrucciones:** Complete el formulario adjunto para solicitar información general de su plan o aseguradora sobre las limitaciones del tratamiento o información específica sobre por qué le negaron sus beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Esta información puede ayudarlo a apelar una denegación de reclamación, pero debe iniciar por separado el proceso general de revisión y apelaciones del plan si desea apelar la denegación de la reclamación con su plan o aseguradora. No tiene que usar este formulario para solicitar información de su plan. Consulte la descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) o el certificado de cobertura para ver cómo solicitar información del plan o cómo apelar una reclamación denegada.

Si está ayudando a alguien a solicitar información sobre su cobertura de salud, un plan o aseguradora puede exigirle que presente, junto con su solicitud de información, documentación adicional firmada por la persona a la que está ayudando (si aún no lo ha hecho).

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario y está inscrito en un plan de salud de un empleador privado, puede visitar el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) para obtener respuestas a preguntas comunes sobre los planes de salud de empleadores privados. También puede comunicarse con EBSA electrónicamente en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llamar al número gratuito 1-866-444-3272.

También puede usar este formulario si está inscrito en una cobertura que no es a través de un plan de salud de un empleador privado, por ejemplo, si tiene cobertura de salud individual o cobertura patrocinada por un empleador del sector público, como el gobierno de una ciudad o estado. Puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en [phig@cms.hhs.gov](mailto:phig@cms.hhs.gov) o al 1-877-267-2323 ext. 61565 si tiene preguntas sobre su cobertura de salud individual o plan de salud del sector público.

## **Declaración de Divulgación de la PRA**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **1210-0138**. Esta recopilación de información puede ser utilizada, pero no se requiere que sea usada, por los participantes del plan de salud grupal, beneficiarios, o las personas que actúen en su nombre, para solicitar información sobre las limitaciones de tratamiento de los planes de salud. Este formulario tiene como objetivo simplificar el proceso de solicitud de divulgaciones relevantes para los pacientes y sus representantes autorizados. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **5 minutos** por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. El uso de esta recopilación de información es voluntario. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Research and Analysis, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0138.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud de divulgación de paridad de salud mental y trastorno por consumo de sustancias**

**NOTA:** Este formulario de solicitud de divulgación NO está diseñado para iniciar un reclamo formal de beneficios o una apelación de un reclamo denegado; sin embargo, la información obtenida a través de este formulario puede ayudarlo a apelar una denegación de reclamo médico con respecto a sus beneficios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias. La presentación de este formulario es voluntaria y NO reemplaza el proceso de reclamaciones o apelaciones de su plan de salud.

A: \_\_\_\_\_ [Inserte el nombre del plan de salud o del emisor]

***(Si usted es un proveedor u otro representante que está autorizado a solicitar información de la persona inscrita en el plan, proporcione la información a continuación).***

Soy un representante autorizado que solicita información sobre las siguientes personas inscritas en el plan:

A esta solicitud se adjunta una autorización firmada por el afiliado.

***(Complete esta sección si solicita información general sobre las limitaciones del tratamiento).***

**Solicitud de información general**

- Solicito información sobre las limitaciones del plan relacionadas con la cobertura para:
  - Beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, en general.
  - El siguiente tratamiento específico para mi afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias: \_\_\_\_\_

***(Complete esta sección si está solicitando información específica sobre las limitaciones que llevaron a la denegación de beneficios).***

**Solicitud de información de reclamo/denegación**

- Se me notificó el \_\_\_\_\_ [Insertar la fecha de denegación] que una reclamación de cobertura de tratamiento para \_\_\_\_\_ [Inserte condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias] fue, o puede ser, denegada o restringida por la(s) siguiente(s) razón(es) que se muestran a continuación:

***(Según su comprensión de la denegación, limitación o reducción de la cobertura, marque todo lo que corresponda)***

- Me informaron que el tratamiento no era médicamente necesario.
- Me informaron que el tratamiento era experimental o de investigación.
- El plan requiere autorización antes de cubrir el tratamiento.
- El plan requiere autorizaciones continuas antes de que cubra mi tratamiento continuo.
- El plan requiere que pruebe un tratamiento diferente antes de autorizar el tratamiento que mi médico o terapeuta recomienda.
- El plan no autorizará más tratamientos basados en el hecho de que no pude completar un curso de tratamiento anterior.
- El formulario de medicamentos recetados del plan no cubre el medicamento que mi médico me receta.
- Mi plan cubre mi tratamiento de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, pero no tiene ningún proveedor dentro de la red razonablemente accesible para ese tratamiento.
- No estoy seguro de si el cálculo del pago de mi plan por servicios fuera de la red, como sus métodos para determinar los cargos usuales, habituales y razonables, cumple con las protecciones de paridad
- Otro: *(Especificar el fundamento de la denegación, limitación o reducción de la cobertura):*

---

---

---

Debido a que mi cobertura de salud está sujeta a las protecciones de paridad, los requisitos financieros o las limitaciones de tratamiento no se pueden aplicar a los beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, a menos que esos límites sean comparables a los requisitos financieros o las limitaciones de tratamiento aplicadas a los beneficios médicos y quirúrgicos. Por lo tanto, para las limitaciones o términos del plan de beneficios especificados anteriormente, dentro de, **los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción de esta solicitud**, solicito que el plan:

- 1. Proporcionar el lenguaje específico del plan con respecto a las limitaciones e identificar los beneficios médicos/quirúrgicos y de salud mental o trastorno por consumo de sustancias a los que se aplica en la clasificación de beneficios relevante descrita en las regulaciones de la Ley de Igualdad de Salud Mental y Equidad de Adicciones;
- 2. Identificar los factores utilizados en el desarrollo de la(s) limitación(es) (ejemplos de factores incluyen, entre otros, la utilización excesiva, el aumento reciente de los costos médicos, la alta variabilidad en el costo de cada episodio de atención y la seguridad y eficacia del tratamiento);
- 3. Identifique las fuentes (incluidos los procesos, estrategias, estándares probatorios) utilizados para evaluar los factores identificados anteriormente. Ejemplos de estándares probatorios incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:
  - Utilización excesiva definida como dos desviaciones estándar por encima de la utilización media por episodio de atención;
  - Aumento reciente de los costos médicos, definido como el incremento de los costos médicos de ciertos servicios en un 10% o más al año durante 2 años;
  - Alta variabilidad en el costo por episodio de atención, definida por episodios de atención ambulatoria con 2 desviaciones estándares superiores en costos totales al costo promedio por episodio el 20% o más de las veces en un periodo de 12 meses; y
  - Seguridad y eficacia de la modalidad de tratamiento, definida por 2 ensayos clínicos aleatorios necesarios para establecer que un tratamiento no es experimental o de investigación;
- 4. Identificar los métodos y análisis utilizados en el desarrollo de la(s) limitación(es); y

- 5. Proporcionar cualquier evidencia y documentación para establecer que las limitaciones no se aplican de manera más estricta, tal como están escritas y en funcionamiento, a los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que a los beneficios médicos y quirúrgicos.

---

Nombre en letra de imprenta de la persona inscrita en el plan o de su representante autorizado

---

Firma de la persona inscrita en el plan o de su representante autorizado

---

Número de miembro *(número asignado a la persona inscrita por el Plan)*

---

Número de reclamo *(si busca información sobre un reclamo específico)*

---

Dirección

---

Fecha

---

Dirección de correo electrónico (si el correo electrónico es el método preferido de contacto)