

要求雇主資助的健康計劃或團體或個人 市場保險公司提供有關治療限制的文件的表格

背景： 此工具可協助您向雇主贊助的健康計劃或您的團體或個人市場保險公司索取有關可能影響您獲得心理健康或藥物濫用障礙福利的治療限制的資訊。您可以使用此表格來請求：

- **一般信息**有關福利被拒絕的原因，例如，您可以詢問您的健康保險公司可能用來拒絕您索賠的「未能證明醫療必要性」的標準。
- **具體資訊**關於福利被拒絕的原因的。例如，您可以詢問您的健康保險公司可能用來拒絕您索賠的「未能證明醫療必要性」的標準。

法律要求您的計劃或保險公司在某些情況下向您提供此資訊。在某些情況下，請求可能會產生比您想要的更多的資訊。與您的計劃或保險公司討論您希望索取哪些文件，以及（如果您願意）如何以電子方式接收這些文件。

根據一項名為《心理健康平等和成癮公平法案》(MHPAEA) 的聯邦法律，許多健康計劃和保險公司必須確保心理健康和藥物濫用障礙福利以及醫療和手術福利之間存在「平等」。這通常意味著適用於心理健康或物質使用障礙福利的財務要求和治療限制不能比適用於醫療和手術福利的財務要求和治療限制更具限制性。平價保護涵蓋的限制類型包括：

- 財務要求—例如免賠額、共付額、共同保險和自付費用限額；和
- 治療限制—例如涵蓋的天數或就診次數的限制，或對治療範圍或持續時間的其他限制（例如，需要事先授權）。

如果您、家庭成員或您正在幫助的人透過私人雇主健康計劃獲得健康保險，聯邦法律要求該計劃根據要求提供有關您或他們的福利的某些計劃文件，包括這些福利的承保限制。例如，您可能想要取得文件，說明為什麼您的健康計畫需要預先授權才能拜訪治療師，然後才能承保就診。一般來說，私人雇主計劃必須在收到您的請求後三十 (30) 個日曆日內提供文件。**直接聯絡您的健康計劃或健康保險公司以提交您的請求。**

此表格旨在幫助您從您的計劃中索取有關治療限制的資訊。此表列出了許多常見的治療限制類型。如果您的計劃施加的治療限制類型未出現在清單中，您可以在「其他」下輸入您想要了解更多資訊的治療限制的說明。

說明： 填寫所附表格，向您的計劃或保險公司索取有關治療限制的一般信息，或有關您的心理健康或藥物濫用障礙福利為何被拒絕的具體信息。這些資訊可以幫助您對索賠拒絕提出申訴，但如果您想向您的計劃或保險公司對索賠拒絕提出申訴，則必須單獨啟動計劃的一般審查和申訴流程。您不必使用此表格來向您的計劃索取資訊。請查閱您的計劃概要說明 (SPD) 或承保證明，以了解如何向計劃索取信息，或如何對被拒絕的索賠提出申訴。

如果您正在幫助某人索取有關其健康保險的信息，計劃或保險公司可能會要求您在索取信息的同時提交由您正在幫助的人簽署的附加文件（如果您尚未這樣做）。

如果您對此表格有任何疑問，並且您已加入私人雇主健康計劃，您可以訪問僱員福利保障管理局 (EBSA) 的網站www.dol.gov/ebsa，獲取有關私人雇主健康計劃的常見問題的解答。您也可以透過電子方式聯絡 EBSA：www.askebsa.dol.gov或撥打免費電話 1-866-444-3272。

如果您不是透過私人雇主健康計畫參加保險，例如，如果您有個人健康保險或由公共部門雇主（如市或州政府）贊助的保險，您也可以使用此表格。您可以透過phig@cms.hhs.gov或 1-877-267-2323 分機號碼聯絡聯邦醫療保險和聯邦醫療補助服務中心 (CMS)。有關您的個人健康保險或公共部門健康計劃的問題，請致電 61565。

PRA 揭露聲明

根據 1995 年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是**0938-1080**。團體健康計劃參與者、受益人、個別市場中的受保個人或代表他們的人可以使用此信息收集，但不要求使用該信息，以請求有關健康計劃的治療限制的信息。此表格旨在簡化患者及其授權代表要求揭露相關資訊的流程。完成此資訊收集所需的時間估計為每次回應平均**5 分鐘**，包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。此資訊收集的使用是自願的。這是第三方揭露，第三方之間的保密問題超出了資訊收集的範圍。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850，或jose.gomez1@cms.hhs.gov。

日期： _____

心理健康和藥物使用障礙平等披露請求

注意：此披露請求表並非旨在發起正式的福利索賠或對被拒絕的索賠提出上訴；但是，透過此表格獲得的資訊可能會幫助您對有關您的心理健康和藥物濫用障礙福利的醫療索賠拒絕提出上訴。提交此表格是自願的，並不能取代您的健康計劃的索賠或上訴程序。

致： _____ [插入健康計畫或發行人的名稱]

(如果您是提供者或其他有權要求參加該計劃的個人資訊的代表，請提供以下資訊。)

我是授權代表，需要為加入該計劃的以下個人提供資訊：

此請求隨附一份由登記者簽署的授權書。

(如果您需要有關治療限制的一般信息，請填寫本部分。)

一般資訊請求

我要求提供有關該計劃與承保範圍相關的限制的資訊：

一般來說，對心理健康和藥物濫用障礙有益。

以下針對我的心理健康狀況或藥物濫用障礙的具體治療： _____。

(如果您需要有關導致福利被拒絕的限制的具體信息，請填寫本部分。)

索賠/拒絕資訊請求

- 我於 _____ [插入拒絕日期] 收到通知，針對 _____ [插入精神健康狀況或物質使用障礙] 的治療承保索賠已被或可能被拒絕或限制，原因如下所示：

(根據您對拒絕、限制或減少承保範圍的理解，勾選所有適用項)

- 我被告知這種治療在醫學上沒有必要。
- 我被告知該治療是實驗性的或研究性的。
- 該計劃需要獲得授權才能承保治療。
- 該計劃需要持續授權才能涵蓋我的繼續治療。
- 該計劃要求我在授權我的醫生或治療師推薦的治療之前嘗試不同的治療。
- 由於我未能完成先前的治療過程，該計劃不會授權任何更多的治療。
- 該計劃的處方藥處方不涵蓋我的醫生開出的藥物。
- 我的計劃涵蓋我的心理健康或藥物濫用障礙治療，但沒有任何合理可用的網絡內提供者提供該治療。
- 我不確定我的計劃對網絡外服務的付款計算（例如確定通常、習慣和合理費用的方法）是否符合平價保護。
- 其他：（具體說明拒絕、限制或減少承保範圍的依據）：

由於我的健康保險受到平價保障的約束，因此財務要求或治療限制不能適用於心理健康或藥物濫用障礙福利，除非這些限制與適用於醫療和手術福利的財務要求或治療限制相當。

因此，對於上述福利計劃的限制或條款，自收到本請求之日起三十 (30) 個日曆日內，我請求該計劃：

- 1. 提供有關限制的具體計劃語言，並確定其適用於《心理健康平等和成癮公平法》法規中描述的相關福利分類中的醫療/手術和心理健康或物質使用障礙福利；
- 2. 確定造成限制的因素（因素的例子包括但不限於過度使用、近期醫療費用上漲、每次護理費用的高度可變性以及醫療費用的安全性和有效性）治療）；
- 3. 確定用於評估上述因素的來源（包括任何流程、策略、證據標準）。證據標準的例子包括但不限於以下：
 - 過度利用是指每次照護平均使用率高出兩個標準差；
 - 近期醫療費用上漲是指某些服務的醫療費用連續兩年每年增加 10% 或更多；
 - 每次護理費用的高變異性是指在 12 個月期間 20% 或更多的時間內，門診護理的總費用比每次護理的平均費用高出 2 個標準差；和
 - 治療方式的安全性和有效性由 2 項隨機臨床試驗定義，以確定治療不是實驗性或研究性的；
- 4. 確定限制制定中所使用的方法和Analysis；和
- 5. 提供任何證據和文件，以證明對精神健康和藥物濫用障礙福利的限制（以書面形式和實施方式）的適用並不比醫療和手術福利更嚴格。

加入計劃的個人或其授權代表的正楷姓名

計劃參加者或其授權代表的簽名

會員編號（計畫分配給登記個人的號碼）

索賠編號（如果尋求有關特定索賠的資訊）

地址

日期

電子郵件地址（如果電子郵件是首選聯絡資訊）