

MẪU YÊU CẦU TÀI LIỆU TỪ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE DO CHỦ LAO ĐỘNG TÀI TRỢ HOẶC MỘT CÔNG TY BẢO HIỂM THỊ TRƯỜNG CÁ NHÂN HOẶC THEO NHÓM LIÊN QUAN ĐẾN CÁC GIỚI HẠN ĐIỀU TRỊ

Bối cảnh: Mẫu đơn này là một công cụ giúp quý vị yêu cầu thông tin từ chương trình bảo hiểm y tế do chủ lao động tài trợ hoặc công ty bảo hiểm thị trường cá nhân hay theo nhóm của quý vị liên quan đến các giới hạn điều trị có thể ảnh hưởng đến khả năng quý vị tiếp cận các quyền lợi về sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện. Quý vị có thể sử dụng mẫu này để yêu cầu:

- **Thông tin chung** về các giới hạn điều trị, như chính sách cho phép trước của chương trình của quý vị đối với cả điều trị y tế/phẫu thuật và sức khỏe tâm thần.
- Thông tin cụ thể về lý do quyền lợi bị từ chối. Ví dụ: quý vị có thể hỏi về tiêu chí “không chứng minh được sự cần thiết về mặt y tế” mà công ty bảo hiểm y tế có thể đã sử dụng để từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Luật pháp yêu cầu chương trình hoặc công ty bảo hiểm của quý vị phải cung cấp cho quý vị thông tin này trong một số trường hợp nhất định. Trong một số trường hợp, một yêu cầu có thể cung cấp cho quý vị nhiều thông tin hơn quý vị muốn. Hãy trao đổi với chương trình hoặc công ty bảo hiểm về những tài liệu quý vị muốn yêu cầu và nếu quý vị muốn, quý vị có thể nhận tài liệu bằng phương thức điện tử như thế nào.

Theo một luật của liên bang được gọi là Đạo luật Bình đẳng về Sức khỏe Tâm thần và Tình trạng Nghiện (MHPAEA, Mental Health Parity and Addiction Equity Act), nhiều chương trình bảo hiểm y tế và công ty bảo hiểm phải đảm bảo “sự bình đẳng” giữa các quyền lợi về sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện cũng như các quyền lợi về y tế và phẫu thuật. Điều này thường có nghĩa là các yêu cầu tài chính và giới hạn điều trị áp dụng cho quyền lợi sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện không thể hạn chế hơn các yêu cầu về tài chính và giới hạn điều trị áp dụng cho quyền lợi y tế và phẫu thuật. Các loại giới hạn được đề cập trong các biện pháp bảo vệ sự bình đẳng bao gồm:

- Các yêu cầu về tài chính—chẳng hạn như các khoản khấu trừ, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và giới hạn chi phí tự chi trả; và
- Các giới hạn điều trị—chẳng hạn như các giới hạn về số ngày hoặc số lần thăm khám được đài thọ hay các giới hạn khác về phạm vi hoặc thời gian điều trị (ví dụ: cần được cho phép trước).

Nếu quý vị, một người trong gia đình hoặc một người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ nhận được bảo hiểm y tế thông qua chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động tư nhân, luật liên bang yêu cầu chương trình đó cung cấp một số tài liệu chương trình nhất định về quyền lợi của quý vị hoặc của họ, bao gồm cả các giới hạn bảo hiểm đối với những quyền lợi đó, theo yêu cầu. Ví dụ: quý vị có thể muốn nhận được tài liệu giải thích về lý do tại sao chương trình bảo hiểm y tế yêu cầu cho phép trước đối với việc thăm khám bác sĩ trị liệu trước khi chương trình này đài thọ cho các lần thăm khám. Nhìn chung, các chương trình của chủ lao động tư nhân phải cung cấp tài liệu

trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. **Liên hệ trực tiếp với chương trình bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm y tế của quý vị để gửi yêu cầu.**

Mẫu đơn này được thiết kế nhằm giúp quý vị yêu cầu nhận thông tin từ chương trình của mình về những giới hạn điều trị. Nhiều loại giới hạn điều trị phổ biến được liệt kê trong mẫu này. Nếu loại giới hạn điều trị mà chương trình của quý vị áp dụng không có trong danh sách, quý vị có thể thêm mô tả về giới hạn điều trị mà quý vị muốn biết thêm thông tin trong mục “Khác”.

Hướng dẫn: Điền vào mẫu đơn được gửi kèm để yêu cầu thông tin chung từ chương trình hoặc công ty bảo hiểm của quý vị về các giới hạn điều trị hoặc thông tin cụ thể về lý do quyền lợi về sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện của quý vị bị từ chối. Thông tin này có thể giúp quý vị kháng nghị lại việc từ chối yêu cầu thanh toán, nhưng quý vị phải bắt đầu quy trình kháng nghị và đánh giá chung của chương trình một cách riêng biệt nếu quý vị muốn kháng nghị lại quyết định từ chối yêu cầu thanh toán với chương trình hoặc công ty bảo hiểm của mình. Quý vị không cần phải sử dụng mẫu này để yêu cầu thông tin từ chương trình của mình. Tham khảo bản mô tả tóm tắt về chương trình (SPD, Summary Plan Description) hoặc chứng nhận bảo hiểm của quý vị để biết cách yêu cầu nhận thông tin từ chương trình hoặc cách kháng nghị lại quyết định yêu cầu thanh toán bị từ chối.

Nếu quý vị đang giúp đỡ một người nào đó để yêu cầu nhận thông tin về bảo hiểm sức khỏe của họ, một chương trình hoặc công ty bảo hiểm có thể yêu cầu quý vị gửi tài liệu bổ sung có chữ ký của người quý vị đang giúp đỡ (nếu quý vị chưa gửi tài liệu đó) kèm theo yêu cầu cung cấp thông tin của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về mẫu đơn này và quý vị đã ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động tư nhân, quý vị có thể truy cập trang web của Cơ quan Quản trị An sinh và Quyền lợi Nhân viên (EBSA, Employee Benefits Security Administration) tại địa chỉ www.dol.gov/ebsa để tìm được lời giải đáp cho các câu hỏi phổ biến về các chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động tư nhân. Quý vị cũng có thể liên hệ với EBSA bằng phương thức điện tử tại www.askebsa.dol.gov hoặc gọi số điện thoại miễn phí 1-866-444-3272.

Quý vị cũng có thể sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị ghi danh bảo hiểm không thông qua chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động tư nhân—ví dụ: nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc bảo hiểm được chủ lao động trong khu vực công tài trợ, chẳng hạn như chính quyền thành phố hoặc tiểu bang. Quý vị có thể liên hệ với Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services) theo địa chỉ phig@cms.hhs.gov hoặc 1-877-267-2323, máy lẻ 61565 nếu quý vị có các thắc mắc về bảo hiểm y tế cá nhân hoặc chương trình bảo hiểm y tế khu vực công của mình.

Tuyên Bố về Đạo Luật PRA

Theo Đạo Luật Giám Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là **0938-1080**. Việc thu thập thông tin này có thể được những người tham gia chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm, người thụ hưởng, cá nhân được bảo hiểm trong thị trường cá nhân hoặc những người đại diện cho họ sử dụng để yêu cầu thông tin về các giới hạn điều trị từ các chương trình bảo hiểm y tế, nhưng điều này là không bắt buộc. Mẫu đơn này nhằm mục đích đơn giản hóa quy trình yêu cầu tiết lộ thông tin liên quan cho các bệnh nhân và người đại diện được ủy quyền của họ. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là **5 phút** cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, và hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Việc sử dụng dữ liệu thu thập thông tin này là tự nguyện. Đây là việc tiết lộ thông tin của bên thứ ba và vấn đề về bảo mật thông tin giữa các bên thứ ba nằm ngoài phạm vi của việc thu thập thông tin này. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, hoặc jose.gomez1@cms.hhs.gov.

Ngày: _____

Yêu cầu Tiết lộ Sự bình đẳng về Sức khỏe Tâm thần và Rối loạn do Lạm dụng Chất gây nghiện

LƯU Ý: Mẫu yêu cầu tiết lộ này KHÔNG được thiết kế nhằm mục đích bắt đầu yêu cầu chính thức về các quyền lợi hoặc kháng nghị yêu cầu bị từ chối; tuy nhiên, thông tin thu thập được qua mẫu đơn này có thể giúp quý vị kháng nghị quyết định từ chối yêu cầu thanh toán y tế đối với các quyền lợi về sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện của quý vị. Việc gửi mẫu đơn này là tự nguyện và KHÔNG thay thế quy trình khiếu nại hoặc kháng nghị của chương trình bảo hiểm y tế.

Đến: _____ [*Thêm tên của chương trình bảo hiểm y tế hoặc công ty bảo hiểm*]

(Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người đại diện khác được ủy quyền yêu cầu thông tin cho cá nhân đã ghi danh tham gia chương trình, hãy cung cấp thông tin bên dưới.)

Tôi là người đại diện được ủy quyền yêu cầu thông tin cho cá nhân dưới đây đã ghi danh tham gia chương trình:

Gửi kèm theo yêu cầu này là giấy ủy quyền có chữ ký của người ghi danh.

(Hoàn thành phần này nếu quý vị yêu cầu thông tin chung về các giới hạn điều trị.)

Yêu cầu Thông tin Chung

- Tôi yêu cầu nhận được thông tin liên quan đến những giới hạn của chương trình liên quan đến bảo hiểm cho:
 - Nhìn chung, các quyền lợi về sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện.
 - Biện pháp điều trị cụ thể sau đây cho tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện của tôi: _____.

(Hoàn thành phần này nếu quý vị yêu cầu thông tin cụ thể về những giới hạn dẫn đến việc từ chối quyền lợi.)

Yêu cầu Thông tin về Yêu cầu Thanh toán/Từ chối

- Tôi đã được thông báo vào _____ [*Thêm ngày từ chối*] về việc yêu cầu thanh toán cho bảo hiểm điều trị _____ [*Thêm tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện*] đã hoặc có thể bị từ chối hoặc bị hạn chế vì [các] lý do sau đây được nêu ở ngay bên dưới:

(Dựa trên sự hiểu biết của quý vị về việc từ chối, giới hạn hay giảm bảo hiểm, hãy đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

- Tôi được thông báo rằng biện pháp điều trị này không cần thiết về mặt y tế.
- Tôi được thông báo rằng biện pháp điều trị này chỉ mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu.
- Chương trình cần được cho phép trước khi đòi hỏi cho việc điều trị.
- Chương trình yêu cầu phải có sự cho phép liên tục trước khi đòi hỏi cho việc điều trị liên tục của tôi.
- Chương trình yêu cầu tôi phải thử một biện pháp điều trị khác trước khi cho phép thực hiện biện pháp điều trị mà bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu của tôi khuyến nghị.
- Chương trình sẽ không cho phép thực hiện thêm bất kỳ biện pháp điều trị nào nữa dựa trên thực tế là tôi đã không hoàn thành đợt điều trị trước đó.
- Danh mục thuốc kê toa của chương trình không bao gồm loại thuốc mà bác sĩ của tôi kê đơn.
- Chương trình của tôi đòi hỏi cho việc điều trị sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện nhưng không có bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào trong mạng lưới có thể tiếp cận hợp lý biện pháp điều trị đó.
- Tôi không chắc liệu cách tính khoản thanh toán cho các dịch vụ ngoài mạng lưới của chương trình của tôi, chẳng hạn như các phương pháp xác định các khoản chi phí hợp lý, hợp lệ và thông thường có tuân theo các biện pháp bảo vệ sự bình đẳng hay không.

- Khác: (Nêu cơ sở từ chối, giới hạn, giảm bảo hiểm):

Vì bảo hiểm sức khỏe của tôi tuân theo các biện pháp bảo vệ sự bình đẳng nên các yêu cầu tài chính hoặc giới hạn điều trị không thể áp dụng cho quyền lợi sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện, trừ khi những giới hạn đó tương đương với các yêu cầu tài chính hoặc giới hạn điều trị áp dụng cho quyền lợi y tế và phẫu thuật. Do đó, đối với các giới hạn hoặc điều khoản của chương trình quyền lợi nêu trên, **trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu này**, tôi yêu cầu chương trình:

1. Cung cấp nội dung chương trình cụ thể liên quan đến (các) giới hạn và xác định các quyền lợi về y tế/phẫu thuật và sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện mà chương trình áp dụng trong việc phân loại quyền lợi liên quan được mô tả trong các quy định của Đạo luật Bình đẳng về Sức khỏe Tâm thần và Tình trạng Nghiện;
2. Xác định các yếu tố được sử dụng trong việc xây dựng (các) giới hạn (ví dụ về các yếu tố bao gồm nhưng không chỉ gồm việc sử dụng quá mức, sự gia tăng chi phí y tế gần đây, sự thay đổi lớn về chi phí cho mỗi đợt chăm sóc, và sự an toàn và hiệu quả của biện pháp điều trị) ;
3. Xác định các nguồn (bao gồm mọi quy trình, chiến lược, tiêu chuẩn về bằng chứng) được sử dụng để đánh giá các yếu tố được xác định ở trên. Ví dụ về các tiêu chuẩn về bằng chứng bao gồm nhưng không chỉ gồm những điều sau:
- Việc sử dụng quá mức được xác định qua hai độ lệch chuẩn trên mức sử dụng trung bình cho mỗi đợt chăm sóc;
 - Sự gia tăng chi phí y tế gần đây được xác định qua chi phí y tế đối với một số dịch vụ nhất định tăng 10% trở lên mỗi năm trong 2 năm;
 - Sự thay đổi lớn về chi phí cho mỗi đợt chăm sóc được xác định qua các đợt chăm sóc bệnh nhân ngoại trú có tổng chi phí cao hơn 2 độ lệch chuẩn so với chi phí trung bình cho mỗi đợt chăm sóc từ 20% trở lên trong khoảng thời gian 12 tháng; và
 - Sự an toàn và hiệu quả của biện pháp điều trị được xác định qua 2 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cần thiết để chứng minh rằng biện pháp điều trị không mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu;
4. Xác định các phương pháp và phân tích được sử dụng để xây dựng (các) giới hạn; và

- 5. Cung cấp bất kỳ bằng chứng và tài liệu nào để chứng minh rằng (các) giới hạn được áp dụng không nghiêm ngặt hơn, như được viết và thực hiện, đối với các quyền lợi về sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện so với các quyền lợi y tế và phẫu thuật.

Tên Viết In hoa của Cá nhân đã Ghi danh Tham gia Chương trình hoặc Người đại diện Được ủy quyền của người đó

Chữ ký của Cá nhân đã Ghi danh Tham gia Chương trình hoặc Người đại diện Được ủy quyền của người đó

Mã số Thành viên (*mã số được Chương trình chỉ định cho cá nhân đã ghi danh*)

Mã số Yêu cầu Thanh toán (*nếu đề nghị thông tin liên quan đến một yêu cầu thanh toán cụ thể*)

Địa Chi

Ngày

Địa chỉ email (nếu email là phương thức liên lạc ưu tiên)