

고용주 후원 건강 플랜, 단체 또는 개인 시장 보험사에 치료 제한 사항에 대한 문서를 요청하기 위한 양식

배경: 본 양식은 고용주가 후원하는 건강 플랜이나 단체 또는 개인 시장 보험사에 정신 건강 또는 약물 사용 장애 혜택 이용에 영향을 줄 수 있는 치료 제한 사항에 대한 정보를 요청하는 데 도움이 되는 도구입니다. 본 양식을 사용하여 다음과 같은 정보를 요청할 수 있습니다.

- **일반 정보** 의료/수술 및 정신 건강 치료에 대한 해당 플랜의 사전 승인 정책과 같은 치료 제한 사항 관련 정보.
- **특정 정보** 혜택 거부 사유와 같은 특정 정보. 예를 들면, 건강 보험사가 청구 거부의 근거로 삼은 “의학적 필요성 입증 불가” 기준에 대해 문의할 수 있습니다.

플랜이나 보험사는 법에 따라 특정한 경우에 해당 정보를 가입자에게 제공해야 합니다. 경우에 따라, 요청으로 인해 원하는 것보다 더 많은 정보를 얻을 수도 있습니다. 요청하고자 하는 문서, 원할 경우 문서를 전자 형식으로 받을 수 있는 방법에 대해서는 플랜 또는 보험사에 문의하십시오.

정신건강과 약물중독의 동등성 및 형평성에 관한 법률(Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA)이라고 하는 연방법에 따라, 다수의 건강 플랜 및 보험사는 정신건강 및 약물 이용 장애 혜택과 의료 및 수술 혜택 간에 "동등한" 수준의 서비스를 제공해야 합니다. 따라서 일반적으로 정신건강 또는 약물 이용 장애 혜택에 적용되는 재정적 요구 사항 및 치료 제한 사항이 의료 및 수술 혜택에 적용되는 재정적 요구 사항 및 치료 제한 사항보다 더 제한적일 수 없습니다. 이러한 동등성 보호가 적용되는 제한 사항의 유형은 다음과 같습니다.

- 재정적 요구 사항 - 공제금, 본인부담금, 공동보험금, 본인부담 상한액 등
- 치료 제한 사항 - 보장 일수 또는 방문 횟수 제한, 치료 범위 또는 기간에 대한 기타 제한(예: 사전 승인 필요한 경우).

귀하, 가족 또는 귀하가 돕고 있는 누군가가 민간 고용주 건강 플랜을 통해 건강 보험 보장을 받는 경우, 연방법에 따라 해당 플랜은 요청 시 해당 혜택에 대한 보장 제한 사항을 포함하여 귀하 또는 해당인의 혜택에 대한 특정한 플랜 문서를 제공해야 합니다. 예를 들어, 건강 플랜에서 치료사 방문을 보장하기 전에 해당 방문에 대한 사전 승인을 요구하는 사유에 대한 문서를 획득할 수 있습니다. 일반적으로 민간 고용주 플랜은 귀하의 요청을 받은 날로부터 역일 기준 삼십(30)일 이내에 해당 문서를 제공해야 합니다. 요청서를 제출하려면 건강 플랜이나 건강 보험사에 직접 문의하십시오.

본 양식은 가입자의 플랜에 치료 제한 사항에 대한 정보를 요청하는 데 도움이 되도록 고안되었습니다. 본 양식에는 다양한 일반적인 유형의 치료 제한 사항이 명시되어 있습니다. 플랜에 따른 치료 제한 사항 유형이 명시되지 않은 경우, "기타" 부분에 추가 정보가 필요한 치료 제한 사항에 대한 설명을 기재하여 주십시오.

지침: 플랜이나 보험사에 치료 제한 사항에 대한 일반 정보나 정신 건강 또는 약물 이용 장애 혜택 거부 사유에 대한 구체적인 정보를 요청하려면 첨부된 양식을 작성하십시오. 본 정보는 청구 거부에 대한 이의를 제기하는 데 도움이 될 수 있지만, 플랜이나 보험사에 해당 이의를 제기하려면 플랜의 일반 심사 및 이의 제기 절차를 별도로 개시해야 합니다. 플랜에 해당 정보를 요청하기 위해 본 양식을 사용할 필요는 없습니다. 플랜에 정보를 요청하는 방법이나 청구 거부에 대한 이의를 제기하는 방법은 플랜 요약서(Summary Plan Description, SPD) 또는 보험 증서를 참조하십시오.

귀하가 누군가의 건강 보장에 대한 정보 요청을 돕는 경우, 해당 플랜이나 보험사는 정보 요청과 함께 귀하가 돕고 있는 사람이 서명한 추가 문서를 제출하도록 요구할 수 있습니다(아직 제출하지 않은 경우).

민간 고용주 건강 플랜에 가입되어 있다면, 본 양식에 대한 질문이 있을 경우 피고용인 복리후생 보안 관리(Employee Benefits Security Administration, EBSA) 웹사이트(www.dol.gov/ebsa)에서 민간 고용주 건강 플랜에 관한 일반적인 질문에 대한 답변을 확인할 수 있습니다. 또는 www.askebsa.dol.gov에서 전자 형식으로 또는 전화 1-866-444-3272 번(무료)으로 EBSA에 문의할 수도 있습니다.

민간 고용주 건강 플랜 이외의 보험(예: 개인 건강 보험 또는 시 정부나 주 정부 같은 공공 부문 고용주가 후원하는 보험)에 가입한 경우에도 본 양식을 사용할 수 있습니다. 개인 건강 보험 또는 공공 부문 건강 플랜에 관한 질문은 phig@cms.hhs.gov 또는 전화 1-877-267-2323 번(내선 번호 61565)으로 Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)에 문의할 수 있습니다.

PRA 공개 성명

1995년 종이 문서 작업 절감 법에 따라, 유효한 OMB 컨트롤 번호가 없는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1080입니다. 이 정보 수집은 단체 건강 플랜 가입자, 수혜자, 개인 시장에서 보장을 받는 개인 또는 해당 개인의 대리인이 건강 플랜에 치료 제한 사항에 대한 정보를 요청하기 위해 사용될 수 있지만 반드시 사용해야 하는 것은 아닙니다. 본 양식을 도입한 목표는 환자 및 공인 대리인에 대한 관련 공개를 요청하는 과정을 간소화하기 위함입니다. 이 정보 수집에 필요한 시간은 지시 사항 검토, 기존 자료원 검색, 필요한 자료 수집, 그리고 정보 수집 완료 및 검토에 따른 시간을 포함하여, 응답당 평균 5분으로 추정됩니다. 이 정보 수집의 사용은 자발적입니다. 이는 제 3자 공개이며 제 3자간 기밀 유지의 문제는 정보 수집의 범위를 벗어납니다. 예상 시기의 정확성에 대해 우려 사항이 있거나 본 양식의 개선을 위한 제안 의견이 있다면, 다음으로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 또는 jose.gomez1@cms.hhs.gov.

날짜: _____

정신 건강 및 약물 이용 장애 동등성 공개 요청

참고: 본 공개 요청 양식은 혜택에 대한 공식 청구 또는 청구 거부에 대한 이의 제기를 개시하기 위해 고안된 것이 **아닙니다**. 그러나 본 양식을 통해 획득한 정보는 귀하의 정신 건강 및 약물 이용 장애 혜택과 관련된 의료 청구 거부에 대해 이의를 제기하는 데 도움이 될 수 있습니다. 본 양식의 제출은 자발적이며 해당 건강 플랜의 청구 또는 이의 제기 절차를 **대체하지는 않습니다**.

수신인: _____ [건강 플랜 또는 발행인의 이름 기재]

(귀하가 플랜에 가입된 개인에 대한 정보를 요청할 권한이 있는 서비스 제공자 또는 다른 대리인인 경우에는 다음과 같은 정보를 제공하십시오.)

본인은 플랜에 가입된 다음 개인에 대한 정보를 요청하도록 승인은 받은 대리인입니다.

본 요청서에 가입자가 서명한 승인서가 첨부되어 있습니다.

(치료 제한 사항에 대한 일반 정보를 요청하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

일반 정보 요청

본인은 다음 보장과 관련된 플랜의 제한 사항에 대한 정보를 요청합니다.

일반적인 정신 건강 및 약물 이용 장애 혜택

본인의 정신 건강 상태 또는 약물 이용 장애와 관련된 다음과 같은 특정 치료법: _____.

(혜택 보장 거부의 근거가 된 제한 사항에 대한 구체적인 정보를 요청하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

청구/거부 정보 요청

- 본인은 _____ [거부 날짜 기재]에 _____ [정신 건강 상태 또는 약물 이용 장애 기재]에 대한 치료 보장 청구가 다음 사유로 거부 또는 제한되었거나 거부 또는 제한될 수 있다는 통보를 받았습니다.

(보장 거부, 제한, 축소에 대해 귀하가 이해한 내용을 토대로 해당되는 모든 사항에 표시하십시오.)

- 나는 해당 치료가 의학적으로 필요하지 않다는 조언을 받았다.
- 나는 해당 치료가 실험이나 연구를 목적으로 한다는 조언을 받았다.
- 플랜은 치료를 보장하기 전에 승인을 요구한다.
- 플랜은 나의 지속적인 치료를 보장하기 전에 지속적인 승인을 요구한다.
- 플랜은 의사나 치료사가 권장하는 치료를 승인하기 전에 다른 치료를 시도해 보도록 요구한다.
- 플랜은 내가 이전 치료 과정을 완료하지 못했다는 사실을 근거로 더 이상 치료를 승인하지 않을 것이라고 한다.
- 플랜의 처방약 처방집은 담당 의사가 처방하는 약품을 보장하지 않는다.
- 내가 가입되어 있는 플랜은 정신 건강 또는 약물 이용 장애 치료를 보장하지만, 해당 치료에 대해 합리적으로 접근할 수 있는 네트워크 소속 서비스 제공자가 없다.

- 일반적이고 관례적이며 합리적인 수수료를 결정하는 방법 등 네트워크 외부 서비스에 대한 내 플랜의 지급액 계산 방법이 동등성 보호를 준수하는지 잘 모르겠다.

- 기타: (보장 거부, 제한 또는 축소의 근거 명시):

본인의 건강 보장에는 동등성 보호가 적용되기 때문에 의료 및 수술 혜택에 적용되는 재정적 요구 사항 또는 치료 제한 사항과 비교할 수 없는 경우, 해당 재정적 요구 사항 또는 치료 제한 사항은 정신 건강 또는 약물 이용 장애 혜택에 적용될 수 없습니다. 따라서 상기에 명시된 혜택 플랜의 제한 사항 또는 약관에 따라 **본 요청을 받은 날로부터 역일 기준으로 삼십(30)일 이내에** 플랜에 다음을 요청합니다.

- 1. 제한 사항에 관해 구체적이며 평이한 언어로 정보를 제공하고 정신건강과 약물중독의 동등성 및 형평성에 관한 법률(Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA)에 따라 규정에 설명된 관련 혜택 분류에 적용되는 의료/수술 및 정신 건강 또는 약물 이용 장애 혜택에 대해 알려 주십시오.
- 2. 제한 사항 개발에 사용된 요인을 밝혀 주십시오(해당 사례에는 과도한 활용, 최근의 의료비 상승, 각 치료 에피소드에 대한 비용의 높은 변동성, 치료의 안전성 및 효과 등이 포함되나 그에 국한되지 않음)
- 3. 상기에 식별된 요인을 평가하는 데 사용된 소스(프로세스, 전략, 증거 기준 포함)를 밝혀 주십시오. 증거 기준의 사례에는 다음이 포함되나 그에 국한되지 않습니다.
 - 치료 에피소드당 평균 활용도보다 표준편차의 2배로 정의되는 과도한 활용도
 - 특정 서비스에 대한 의료비가 2년간 매년 10% 이상 인상되는 것으로 정의되는 최근의 의료비 상승
 - 12개월 동안 에피소드당 평균 의료비보다 총 의료비가 20% 이상 더 높은 표준편차 2배에 해당하는 외래환자 치료 에피소드로 정의되는 의료비의 높은 변동성
 - 치료가 실험 또는 조사 목적이 아님을 증명하는 데 필요한 무작위배정 임상 시험 2건으로 정의되는 치료 방식의 안전성 및 유효성

- 4. 제한 사항 개발에 사용된 방법과 분석 내용을 알려 주십시오.
- 5. 의료 및 수술 혜택보다 정신 건강 및 약물 이용 장애 혜택에 대한 제한 사항이 더 엄격하게 적용되지 않고 있음이 서면으로 마련되어 있으며, 현재 시행 중임을 입증하는 증거 및 문서를 제공해 주십시오.

플랜에 가입된 개인 또는 해당 대리인의 이름(정자체)

플랜에 가입된 개인 또는 해당 대리인의 서명

가입자 번호(플랜에서 가입한 개인에게 할당한 번호)

청구 번호(특정 청구에 관한 정보를 찾는 경우)

주소

날짜

이메일 주소(이메일이 선호하는 연락 방법인 경우)