

Fair Insurance Coverage: **IT'S THE LAW**

Federal law prohibits your private health insurance plan from discriminating against you because you have a mental illness, including a substance use disorder. Coverage for a mental health concern now must be equivalent to coverage for physical health problems, like heart disease, diabetes and cancer.

Under the federal “Mental Health Parity” law:

- 1** You are entitled to the treatment your physician says is necessary for your mental health or substance use disorder. Your health plan cannot require you to fail first at less-expensive treatments if it does not have the same “fail first” requirement on all other illnesses covered by your plan.
- 2** With few exceptions your co-payment or co-insurance for your mental health benefit should not be higher than it is for other medical care, and you should have only one deductible and out-of-pocket maximum that covers all of your health care.
- 3** When you visit a psychiatrist for medication management and for psychotherapy on the same day, you should pay only one co-payment.
- 4** You should have access to an “in network” mental health provider who:
 - is qualified to treat your condition
 - can see you in a reasonable amount of time at a location accessible from your home.
- 5** Mental health-related visits or treatment should not require pre-authorization, unless your plan requires pre-authorization for most other medical care.
- 6** The number of visits or hospital days should not be limited, unless similar limitations apply to most other medical illnesses under your plan.
- 7** Your health plan should pay even if you don’t complete the treatment or a prior recommended course of treatment.
- 8** Your health plan is required to provide you with a written explanation of:
 - how it evaluated your need for treatment
 - why it denied the claim
 - the basis for its conclusion that the plan complies with federal law.
- 9** You have the right to appeal your plan’s decision about your care or coverage. You have the right to appeal the claim with your plan and with an independent review organization. (Check with your state insurance commissioner’s office: www.naic.org/documents/members_membershiplist.pdf)
- 10** If you have an out-of-network benefit in your plan and see an out-of-network psychiatrist, the health plan should reimburse you for a portion of the amount you paid for the visit. If the amount you are reimbursed is significantly less than the amount the health plan pays to other doctors who are out-of-network, this may be illegal. You can see what doctors are paid by checking the explanation of benefits you receive from your plan.

If you have concerns about your health plan’s compliance with federal law:

- Call the federal government’s Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO) at **877-267-2323** ext. **6-1565** or email its Public Health Interest Group, also part of CCIIO: phig@cms.hhs.com
- Contact a benefit advisor at the U.S. Department of Labor at **866-444-3272** or www.askebsa.dol.gov
- DC Insurance Commissioner: (202) 727-8000 <http://disb.dc.gov/service/file-complaint-or-report-fraud>
- DC Attorney General (202) 442-9828 or email consumer.protection.dc.gov

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION






Igualdad de Cobertura Médica: **ES SU DERECHO**

La ley federal prohíbe que su plan de seguro médico privado se niegue a proveerle atención médica debido a un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias. Ahora, un problema de salud mental se cubre de la misma manera que los problemas relacionados con la salud física como las enfermedades cardíacas, la diabetes y el cáncer.

Según la ley federal de “Igualdad en el Tratamiento de Salud Mental”:

- 1** Puede recibir el tratamiento que su médico diga que es necesario para su salud mental o problema de abuso de sustancias. Su plan médico no puede negarse a pagar su atención ni decirle que primero tiene que probar otros tratamientos menos costosos, a menos que esa sea la regla para las demás enfermedades.
- 2** Su copago por la atención de salud mental no debe ser más alto del que paga por otros tipos de atención médica. Hay unas cuantas excepciones. Además, le deberán cobrar solo un deducible que incluya su atención de salud tanto física como mental. Deberá tener solo un pago máximo no reembolsable por toda su atención médica.
- 3** Si acude a un psiquiatra para administrar sus medicamentos y obtener psicoterapia durante la misma consulta, deberá efectuar solo un copago.
- 4** Deberá tener acceso a un proveedor de salud mental “que participe en la red” que:
 - esté calificado para tratar su afección
 - pueda atenderlo dentro de un plazo razonable en un lugar cerca de usted.
- 5** No hay límite en el número de consultas o días de hospitalización para recibir tratamiento de salud mental a menos que, bajo su plan, se impongan límites similares a la mayoría de las demás enfermedades.
- 6** No hay límite en el número de consultas o días de hospitalización para recibir tratamiento de salud mental a menos que, bajo su plan, se impongan límites similares a la mayoría de las demás enfermedades.
- 7** Su compañía de seguro médico deberá pagar aunque usted no termine el tratamiento.
- 8** Su compañía de seguro médico tiene que darle una explicación por escrito de:
 - cómo evaluó su necesidad de tratamiento
 - por qué le denegó su reclamación de salud mental
 - por qué cree que su denegación está en cumplimiento de la ley federal
- 9** Tiene el derecho de apelar la decisión de su compañía de seguro relacionada con su cobertura. Tiene el derecho de apelar la reclamación ante un árbitro independiente. (Consulte en la oficina del comisionado de seguros de su estado: www.naic.org/documents/members_membershiplist.pdf)
- 10** Si su plan tiene un beneficio de atención fuera de la red y usted consulta con un psiquiatra fuera de la red, su aseguradora deberá reembolsarle parte del monto que pague por la consulta. Si el monto que le reembolsan es mucho menos de lo que su aseguradora paga típicamente por otros médicos fuera de la red, eso podría ser ilegal. Puede ver lo que les pagan a los médicos en la explicación de beneficios que recibe de su plan.

Si tiene inquietudes o preguntas relacionadas con su compañía de seguro y sobre si cumple con la ley federal:

-  Llame al Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIO) [Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros] al **877-267-2323, extensión 6-1565** o envíe un correo electrónico al Public Health Interest Group [Grupo de Interés en la Salud Pública], que también es parte del CCIO: phig@cms.hhs.gov
-  Comuníquese con un asesor de beneficios del US Department of Labor [Departamento del Trabajo de EE. UU.] al **866-444-3272** o al askebsa.dol.gov
-  Llame a la oficina estatal del comisionado de seguros (encontrará una lista en naic.org/documents/members_membershiplist.pdf)

Comisionado: _____ Teléfono: _____