

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.

Top Ten Things Everyone Needs to Know About the Federal "Mental Health Parity" Law:

- 1** You are entitled to the evidence-based 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 clinician who:
 - is qualified to treat your condition
 - can see you in a reasonable amount of time at a location accessible from your home.If you are unable to find an available in network mental health clinician, your plan should provide you with assistance to find one.
- 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 (a "comparative analysis").
- 9** You have the right to appeal your plan's decision about your care with your plan and with an independent review organization. (Check with your state insurance commissioner's office: <https://content.naic.org/sites/default/files/regulator-membership-list.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 Employee Benefit Security Administration toll free at **1-866-444-3272** or contact them at <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa> to report your problem.
- Call your State Insurance Commissioner's Office. Their contact information can be found here: <https://content.naic.org/sites/default/files/regulator-membership-list.pdf>



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

La ley federal prohíbe que su plan privado de seguro médico lo discrimine por tener una enfermedad mental, incluido un trastorno por consumo de sustancias. La cobertura de un problema de salud mental ahora tiene que ser equivalente a la cobertura de problemas de salud física, como enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer.

Diez Cosas Principales que Todos Deben Saber Sobre la Ley Federal "Paridad en Salud Mental":

- 1** Tiene derecho a recibir el tratamiento basado en evidencia que su médico considere necesario para su salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Su plan de salud no puede exigirle que fracase primero en tratamientos menos costosos si no tiene el mismo requisito de "fallar primero" para todas las demás enfermedades cubiertas por su plan.
- 2** Con pocas excepciones, su copago o coaseguro para su beneficio de salud mental no debe ser más alto que el de otra atención médica, y debe tener solo un deducible y un máximo de desembolso personal que cubra toda su atención médica.
- 3** Cuando visita a un psiquiatra para tratamiento de medicamentos y para psicoterapia en un mismo día, debe pagar solo un copago.
- 4** Debe tener acceso a un proveedor de salud mental "dentro de la red" que:
 - esté calificado para tratar su afección
 - pueda atenderlo en un tiempo razonable en un lugar accesible desde su hogar.Si no puede encontrar un proveedor de salud mental "dentro de la red" disponible, su plan debe brindarle asistencia para encontrar uno.
- 5** Las visitas o tratamientos relacionados con la salud mental no deberían requerir autorización previa, a menos que su plan requiera autorización previa para la mayoría de los demás servicios de atención médica.
- 6** No se debe limitar el número de visitas o días de hospitalización, a menos que se apliquen limitaciones similares a la mayoría de las demás enfermedades médicas incluidas en su plan.
- 7** Su plan de salud debería pagar incluso si no completa el tratamiento o un curso de tratamiento recomendado previamente.
- 8** Su plan de salud debe proporcionarle una explicación por escrito de:
 - cómo evaluó su necesidad de tratamiento
 - por qué rechazó el reclamo
 - la base para su conclusión de que el plan cumple con la ley federal (un "análisis comparativo").
- 9** Tiene derecho a apelar la decisión de su plan sobre su atención médica ante su plan y ante una organización de revisión independiente. (Consulte con la oficina del comisionado de seguros de su estado: <https://content.naic.org/sites/default/files/regulator-membership-list.pdf>)
- 10** Si tiene un beneficio fuera de la red en su plan y consulta a un psiquiatra fuera de la red, el plan de salud debe reembolsarle una parte del monto que pagó por la visita. Si el monto que le reembolsan es significativamente menor que el monto que el plan de salud paga a otros médicos que están fuera de la red, esto puede ser ilegal. Puede ver cuánto se les paga a los médicos consultando la explicación de los beneficios que recibe de su plan.

Si tiene inquietudes sobre el cumplimiento de su plan de salud con la ley federal:

- Llame a la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados al número gratuito **1-866-444-3272** o contáctelos en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa> para poner una queja.
- Llame a la Oficina del Comisionado de Seguros de su estado. Puede encontrar su información de contacto aquí: <https://content.naic.org/sites/default/files/regulator-membership-list.pdf>

