

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>

