

# Centro de Recursos para Seguros de Autismo

[massairc.org](http://massairc.org)

774-455-4056

[info@disabilityinfo.org](mailto:info@disabilityinfo.org)

## Negação e apelação de seguros

### **O que é uma negação de seguro?**

Negação é quando a sua companhia de seguros se recusa a pagar ou nega a responsabilidade pelo pagamento de serviços médicos ou tratamentos que tenham sido fornecidos a você ou a uma pessoa de sua família. A negação pode ser aplicada a um serviço que já tenha sido recebido ou a um que ainda não tenha sido prestado, como quando um provedor de ABA solicita autorização para prestar os serviços sob um plano de tratamento que inclui um número determinado de horas. Normalmente, quando você ou um membro da sua família recebe serviços médicos ou tratamento, o seu médico envia um pedido de pagamento à sua companhia de seguros, a companhia de seguros paga o provedor e você recebe uma Explanation of Benefits (EOB - Explicação de benefícios) da companhia de seguros, que inclui o tratamento, a data do serviço, o que é coberto e o que o provedor pode cobrar de você (copagamento, cosseguro ou franquia). Se a companhia de seguros questionar se tem responsabilidade pelo pagamento de um tratamento ou serviço, ela enviará a você uma carta de EOB explicando porque está se recusando a pagar (ou pagar integralmente) os serviços ou tratamentos cobrados ou propostos pelo seu provedor de cuidados de saúde.

### **Quais são minhas opções, se eu receber uma negação?**

Você deve revisar a negação cuidadosamente para entender o que está sendo negado e porquê. Se não entender o motivo da negação, solicite uma cópia do seu arquivo de pedido de pagamento e quaisquer registros relacionados à negação. Sua seguradora é obrigada a fornecer essas informações a você gratuitamente.

### **E se a seguradora autorizar apenas uma parte das horas solicitadas, no caso de serviços de ABA?**

Uma autorização parcial é o mesmo que uma negação parcial. Em alguns casos, a seguradora pode “negociar” com o provedor para aprovar um número reduzido de horas em relação às horas que o provedor solicitou. Isso é passível de apelação, mas pode exigir que o provedor ou a família solicite que a seguradora emita uma negação para fazer uma apelação relacionada ao número reduzido de horas. Se você recorrer

de uma negação parcial, o provedor pode continuar a atender seu filho pelo número de horas autorizadas no plano de tratamento anterior. Por exemplo, se seu filho tiver recebido 10 horas de ABA/semana, mas a seguradora só tiver aprovado 6 horas/semana no novo plano, ele poderá continuar com 10 horas/semana durante o processo de apelação. O provedor precisa dizer à seguradora que está apelando da negação e esperar que os serviços sejam cobertos pela Continuity of Care (Continuidades de cuidados) enquanto o recurso está em andamento.

### **O que é necessidade médica e como isso se relaciona com uma negação de serviço?**

Necessidade médica é um padrão usado por uma companhia de seguros para determinar se o tratamento ou serviços são apropriados e eficazes, dadas as necessidades de saúde do paciente. Toda seguradora ou plano de saúde incluirá uma lista de requisitos que devem ser atendidos ao se fazer essa determinação. Se uma seguradora emite uma negação parcial ou total, geralmente é devido a “falta de necessidade médica”. Depois de entender o motivo da negação, você pode pagar o custo do próprio bolso diretamente ao provedor ou fazer uma apelação.

### **O que devo fazer primeiro, se decidir apresentar um recurso?**

Primeiro, você deve pedir à sua seguradora uma cópia do seu "arquivo de pedidos de pagamento". Você deve fazer esse pedido por escrito, e não por telefone. Seu arquivo de pedidos de pagamento inclui uma cópia dos critérios ou padrões que a seguradora usou para avaliar a reivindicação e todos os documentos relacionados à reivindicação.

### **Quando receberei uma cópia do meu arquivo de pedidos de pagamento?**

Sua seguradora tem 30 dias para atender a sua solicitação.

### **O que faço depois de receber meu arquivo de pedidos de pagamento?**

Converse com seu provedor sobre a negação e forneça uma cópia do aviso de negação, caso ele não tenha recebido uma cópia. Peça informações, incluindo registros médicos que apoiem sua apelação. Solicite uma carta de apoio do seu provedor para ser incluída na sua apelação. Obs.: A carta de negação pode ser enviada diretamente para o provedor.

### **Minha apelação deve ser por escrito ou posso fazer a a apelação pelo telefone?**

É importante que o seu recurso seja feito por escrito a fim de garantir que sua posição não seja mal-entendida ou distorcida.

### **Quais informações preciso incluir na minha carta de apelação?**

Você deve incluir todas as informações do segurado e do plano de seguros, incluindo uma cópia da carta de negação, a data do serviço negado e o nome do provedor e do tratamento. Cite diretamente do documento de negação, reafirmando os critérios que

o plano de saúde aplicou ao negar seu pedido (por exemplo, que o serviço ou tratamento não era "medicamente necessário"). Enumere as razões pelas quais você acredita que os serviços ou tratamentos efetivamente satisfazem os critérios. Trate de cada requisito separadamente. Tente ser o mais claro possível e forneça referências aos seus registros médicos. Inclua uma carta de apoio do médico, cópias de todos os registros médicos e uma declaração pessoal sobre o que este tratamento ou serviço significa para você ou para seu ente querido (o impacto sobre sua vida diária, por exemplo).

### **Quanto tempo levará até que minha seguradora tome uma decisão sobre minha apelação?**

Se ainda não tiver recebido o serviço, a seguradora é obrigada a emitir uma decisão no prazo de 30 dias. Para a negação de um tratamento que você já recebeu, a decisão deve ser tomada dentro de 60 dias.

### **Quantas vezes posso apelar de uma negação?**

A maioria das seguradoras permite duas apelações internas antes que você possa solicitar uma revisão externa de sua negação.

### **E se minha seguradora oferecer uma apelação rápida?**

Não recomendamos que você aceite a oferta. Uma apelação rápida não dá tempo suficiente a você para obter cópias de registros médicos e não fornece ao seu provedor tempo suficiente para tratar do(s) motivo(s) da negação.

### **O que é uma revisão externa?**

É uma revisão de sua negação por uma organização de revisão independente (IRO), não associada à seguradora. Uma revisão externa normalmente só está disponível quando o motivo da negação é que o serviço ou tratamento solicitado não foi considerado medicamente necessário.

### **Posso recorrer dos limites anuais do plano para FonoTerapia/Terapia Ocupacional/Fisioterapia?**

Sim. Siga as instruções enumeradas acima. Seu recurso será baseado na lei Federal Mental Health Parity (Lei Federal de Paridade da Saúde Mental), que reza que seu plano de saúde não pode impor um padrão mais estrito para benefícios de saúde mental do que para benefícios médicos/cirúrgicos. Se a fonoTerapia, terapia ocupacional e fisioterapia estiverem relacionadas ao autismo, elas serão acessadas através dos benefícios de saúde mental. Entre em contato com nosso Centro para obter mais informações sobre a Lei de Paridade da Saúde Mental.

### **Existe um processo de recurso externos diferente, se eu tiver um plano totalmente assegurado versus um plano autofinanciado?**

Sim. **Dependendo do seu plano, aqui está o processo:**

- Plano de saúde totalmente segurado: O pedido de revisão externa deve ser feito no site do [Massachusetts Office of Patient Protection \(OPP - Departamento de Proteção de Pacientes de Massachusetts\)](https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection) (<https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection>) ou você pode ligar para 800.436.7757 para obter mais informações.
- Plano de saúde autofinanciado: O pedido de revisão externa deve ser submetido ao Departamento do Trabalho dos EUA. Você pode acessar o [portal para protocolar pedidos de pagamento de despesas online](https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake/Home.aspx) (<https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake/Home.aspx>) ou ligar para 866-444-3272 para falar com um consultor de benefícios. Você também pode fazer o pedido no escritório local de Massachusetts: Department of Labor, Employee Benefit Security Administration JFK Federal Bldg., 25 New Sudbury Street, Room 525-A, Boston, MA 02203.
- Sob qualquer uma das formas do seguro (totalmente seguro ou autofinanciado):
  - Você deve protocolar sua solicitação da revisão externa no prazo de quatro meses após a negação da revisão interna.
  - Leis federais exigem que a sua seguradora de saúde forneça uma revisão externa feita por uma organização de revisão independente (IRO), sem nenhum custo adicional para você.

### **Onde posso obter exemplos de uma carta de pedido de pagamento e de uma carta de apelação?**

A Health Law Advocates (HLA) tem um Guia para apelações que está disponível gratuitamente. Este guia inclui exemplos de cartas para você e seu provedor usarem para ajudar com seu recurso. [Faça do download do Guia para Apelações](https://www.healthlawadvocates.org/get-legal-help/resources/hla-guide-to-appeals) (<https://www.healthlawadvocates.org/get-legal-help/resources/hla-guide-to-appeals>) ou ligue para 1.617.338.5241.

\* Guia de Apelações, Apólice de Seguros de Saúde, Health Law Advocates/HLA

Para obter mais informações, contate um especialista em informações pelo telefone 774-455-4056 ou envie um e-mail para [info@disabilityinfo.org](mailto:info@disabilityinfo.org). A versão atual desta folha de fatos e outras informações importantes estão disponíveis em nosso site, [massairc.org](http://massairc.org).



Centro de Recursos de Seguros e Autismo é uma divisão do UMass Medical School Shriver Center. Financiamento parcial para o Centro é fornecido por meio de verbas das seguintes instituições: Massachusetts Developmental Disabilities Council (MDDC), Massachusetts Department of Developmental Services (DDS), Massachusetts Department of Public Health (DPH), The Nancy Lurie Marks Family Foundation, Autism Speaks, e the Doug Flutie Jr. Foundation for Autism. Esta folha de informações foi atualizada em outubro de 2018.

University of Massachusetts Medical School, E. K. Shriver Center  
55 Lake Avenue North Worcester, MA 01655-0002  
Copyright ©2018 Autism Insurance Resource Center – Todos os direitos reservados