

Centro de Recursos de Seguros para Autismo e Saúde Comportamental



Eunice Kennedy
Shriver Center

Insurance Resource Center for
Autism and Behavioral Health

 @IRCABH 774-

 455-4056

 www.massairc.org

 airc@umassmed.edu



Foto cortada de um grupo de pessoas de mãos dadas

Negação e apelação de seguros

O que é uma negação de seguro?

Uma negação é quando a sua companhia de seguros se recusa a pagar ou nega ter responsabilidade pelo pagamento de serviços médicos ou por tratamentos que tenham sido fornecidos a você ou a uma pessoa de sua família. A negação pode se aplicar a um serviço que já foi prestado ou a um serviço que ainda não foi prestado. 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 seguradora 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.

E se a seguradora autorizar apenas uma parte das horas solicitadas, no caso de serviços de Saúde Comportamental?

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 estiver recorrendo de uma negação parcial, em muitos casos, o provedor pode continuar a atender seu filho durante o número de horas autorizadas no plano de tratamento anterior. Por exemplo, se seu filho estiver recebendo 10 horas de Análise Comportamental Aplicada (ABA) por semana, mas a seguradora só tiver aprovado 6 horas/semana no requerimento de re-autorização, o provedor geralmente pode continuar a atender 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 (Continuidade de Cuidados) enquanto o recurso está em andamento.



Garotos deficientes asiáticos e uma menina autista aprendendo a colorir/pintar na escola

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 um tratamento ou serviços são apropriados e eficazes, dadas as necessidades de saúde do paciente e com base em evidências científicas. 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". No entanto, às vezes há outros motivos para uma negação; eles devem ser explicados na carta de negação.

Quais são minhas opções, se eu receber uma negação?

Você tem várias opções quando recebe uma negação. É importante que você primeiramente revise a carta de negação cuidadosamente para entender o que está sendo negado e porquê. A carta de negação não deve apenas explicar o motivo da negação, mas também incluir o processo de apelação e os prazos. Você também deve revisar seus documentos da cobertura para determinar o tipo de plano que você tem, pois isso esclarecerá quais leis e regulamentos se aplicam. Um bom primeiro passo pode ser entrar em contato com seu departamento de Recursos Humanos (RH), se você se sentir que pode fazer isso. Os departamentos de RH geralmente têm contatos de nível superior nas seguradoras que podem ser úteis na resolução de problemas sem a necessidade de apelação formal. Em vez disso, você pode decidir que deseja apelar. Embora o processo de apelação possa parecer assustador, ele é eficaz, e nossa experiência é que a maioria das negações acaba sendo anulada na apelação. Além disso, você também tem a opção de registrar uma reclamação regulatória. (Este processo está fora do escopo desta Folha de informações, mas você pode obter mais informações no Centro de Recursos de Seguros).

O que devo fazer primeiro, se decidir fazer uma apelação?

Primeiro, você deve pedir à sua seguradora uma cópia do seu "arquivo de pedido de pagamento" e todos os registros relacionados à negação. Você também pode solicitar uma transcrição/registro de chamadas telefônicas. 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 seu pedido e todos os documentos relacionados ao pedido.

Sua seguradora é obrigada a fornecer essas informações a você gratuitamente.

Você também deve anotar quaisquer prazos previstos para interpor um recurso, para que ele seja enviado em tempo hábil. Os recursos normalmente precisam ser apresentados em até 180 dias, mas confirme o prazo com seu plano.

Quando receberei uma cópia do meu arquivo do pedido de pagamento e o registro das ligações telefônicas?

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.

Os provedores geralmente são as melhores fontes de respostas a apelações baseadas em necessidades médicas. Se o seu provedor estiver disposto a enviar a apelação em seu nome, não deixe de incluir todas as autorizações necessárias do plano.

Minha apelação deve ser por escrito ou posso fazer 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 referencie 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).

Se você acredita que as diretrizes de necessidade médica da operadora não estão em conformidade com os padrões de atendimento geralmente aceitos, você precisará explicar o porquê.

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?

Muitas seguradoras permitem duas apelações internas antes que você possa solicitar uma revisão externa de sua negação. Pode ser necessário esgotar o processo de revisão interna da seguradora antes de você solicitar uma revisão externa.

E se minha seguradora oferecer uma apelação rápida?

Geralmente, não recomendamos que você aceite a oferta. Uma apelação rápida pode não dar a você tempo suficiente para obter cópias de seus registros médicos e outras informações pertinentes e, frequentemente, não proporciona ao seu provedor tempo suficiente para tratar do(s) motivo(s) da negação. No entanto, uma revisão rápida pode ser apropriada quando é necessário ter uma decisão com urgência e rapidez.

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, ou por algum outro motivo semelhante.

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 estabelece que seu plano de saúde não pode impor um padrão mais estrito para benefícios de saúde mental do que aqueles para benefícios médicos/cirúrgicos. Mesmo que seu plano tenha limites de Fonoaudiologia/TO/FT para outras condições médicas, de acordo com as leis de Paridade de Saúde Mental, tais limites podem não se aplicar quando a terapia for para autismo. Entre em contato com nosso Centro para obter mais informações sobre a Lei de Paridade da Saúde Mental.

Posso apelar de uma negação que não se baseia em um limite numérico (p. ex., número máximo de consultas excedido), mas, ainda assim, limita os serviços?

Sim. Os planos de saúde podem ter uma série de processos, padrões e outros fatores que não são expressos numericamente, mas que, ainda assim, limitam a duração ou o escopo dos benefícios. Esses tipos de limitações de tratamento também podem ser violações da Paridade de Saúde Mental se forem aplicados de forma mais rigorosa aos benefícios de Saúde Comportamental do que aos benefícios médicos ou cirúrgicos. Esses tipos de Limitações de Tratamento Não Quantitativas (NQTLs - Non-Quantitative Treatment Limitations) incluem coisas como Necessidade Médica e requisitos de Autorização Prévia impostas pelo plano. Por exemplo, as famílias podem contestar uma negação quando houver um escrutínio excessivo de um diagnóstico (por exemplo, o plano está negando serviços porque eles exigem um tipo de exame específico). Outros exemplos incluem negações em que a cobertura é limitada com base no nível de participação dos pais no tratamento, ou uma negação com base na localização do serviço (por exemplo, serviços prestados na comunidade ou em outro lugar). Os desafios das NQTL são complexos e você pode entrar em contato com nosso Centro.

Existe um processo de apelação externo diferente, se eu tiver um plano totalmente segurado em comparação com 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](https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection) (OPP - Departamento de Proteção de Pacientes de Massachusetts) (<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 de recebimento de reclamações online](#) (<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: Departamento do Trabalho, Benefícios de Funcionários Security Administration JFK Federal Bldg., 25 New Sudbury Street, Room 525-A, Boston, MA 02203.
- Sob qualquer uma das formas do seguro (totalmente segurado 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 é disponibilizado gratuitamente. Este guia inclui exemplos de cartas para você e seu provedor usarem para ajudar com seu recurso. Baixe o [Guide to Appeals \(Guia de Apelações\)](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 617-338-5241.

[Autism Law Summit Play book \(Manual da Autism Law Summit\)](https://autismlawsummit.com/about/the-playbook/) (<https://autismlawsummit.com/about/the-playbook/>). Ele inclui mais informações sobre a Lei de Paridade da Saúde Mental, exemplos de cartas de apelação e outras informações.



Grupo de crianças diversas deitadas e olhando para a câmera

Para obter mais informações e ajuda, contate o IRC pelo telefone 774-455-4056 ou envie um e-mail para airc@umassmed.edu. Esta folha de informações e outras informações importantes estão disponíveis em nosso site, <http://massairc.org/>.

Escaneie o código QR para ver esta folha de informações online



<https://bit.ly/42KhGGL>

O Centro de Recursos de Seguros para Autismo e Saúde Comportamental é um programa do Eunice Kennedy Shriver Center da UMass Chan Medical School. O financiamento parcial do centro é fornecido por subvenções e contratos dos seguintes departamentos e entidades: Massachusetts Executive Office of Health and Human Services (EOHHS), Massachusetts Department of Developmental Services (DDS), Massachusetts Department of Mental Health (DMH), Massachusetts Department of Elementary and Special Education (DESE), Massachusetts Department of Public Health (DPH), The Nancy Lurie Marks Family Foundation, The Doug Flutie Jr. Foundation for Autism, Bailey's Team for Autism, The Blue Cross Blue Shield Foundation of Massachusetts, The Boston Children's Hospital, e The UMass Chan Medical School.

Esta folha de informações foi atualizada em 01/2025.

UMass Chan Medical School

55 Lake Avenue North Worcester, MA 01655-0002

Copyright ©2025 University of Massachusetts – Todos os direitos reservados