



REGISTRANDO UMA SOLICITAÇÃO PARA SEUS BENEFÍCIOS DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO DE SEGURANÇA DOS BENEFÍCIOS DE EMPREGADOS
DEPARTAMENTO DO TRABALHO DOS EUA

Essa publicação foi desenvolvida pelo Ministério do Trabalho dos EUA, Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados (EBSA).

Para visualizar essa e outras publicações da EBSA, visite o site da agência:
dol.gov/ebsa.

Para solicitar publicações ou falar com um consultor de benefícios, entre em contato com a EBSA de forma eletrônica: **askebsa.dol.gov**.

Ou ligue grátis para **1-866-444-3272**.

Este material estará disponível em formato alternativo para pessoas com deficiência, mediante solicitação:

Telefone por voz: **(202) 693-8664**.

Se você é surdo, com dificuldade de ouvir, ou tem problemas de fala, por favor disque **7-1-1** para acessar os serviços de retransmissão de chamada.

Esse folheto constitui um guia de conformidade para pequenas organizações para fins da Lei Reguladora de Aplicação de Equidade de Pequenos Negócios (Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act) de 1996.

Introdução



Se você faz parte de um plano de seu local de trabalho que oferece benefícios de saúde, esse livreto descreve algumas das obrigações do seu plano e explica de forma sucinta os procedimentos e prazos para apresentar uma petição para benefícios.

A Lei de Regulamentação de Fundos de Pensão de 1974 (Employee Retirement Income Security Act – ERISA) protege seus benefícios de saúde e estabelece padrões para aqueles que administram seu plano. Dentre outras coisas, a lei e suas regras incluem:

- Requisitos para processamento das reivindicações de benefícios,
- O prazo para uma decisão, e
- Seus direitos quando uma petição é negada.

As regras para as reivindicações discutidas neste folheto geralmente se aplicam às pessoas que recebem benefícios de um plano de empregador do setor privado. Entretanto, existem exceções para planos do governo ou de entidades religiosas.

Se você não tem certeza se a ERISA se aplica a você, entre em contato com o administrador do seu plano para maiores informações.

Revisão das Informações do Seu Plano

Ao se cadastrar no plano do seu empregador, você receberá um documento chamado Descrição Resumida do Plano (DRP). Essa descrição oferece uma visão detalhada do plano: como funciona, quais benefícios oferece, como apresentar uma petição para benefícios e quaisquer limitações aplicáveis. Ela também descreve seus direitos e responsabilidades conforme a ERISA e seu plano. Você também pode encontrar respostas para suas dúvidas no Resumo de Benefícios e Cobertura (RBC), um resumo curto e de fácil entendimento sobre os benefícios disponíveis no seu plano e informações detalhadas sobre os custos não cobertos. Se você faz parte de um plano coletivo de um empregador único, sua petição, reivindicação e recurso também podem ser afetados pelo acordo coletivo.

Antes de se cadastrar para obter os benefícios, revise a Descrição Resumida do Plano para ter certeza de que você cumpre com os requisitos do plano e entenda os procedimentos para apresentar uma petição. Às vezes os procedimentos de petição estão em um folheto separado. Se você não tem uma cópia da Descrição Resumida do Plano ou dos procedimentos de petição, entre em contato com o administrador do seu plano, que deve disponibilizar uma cópia para você. Mantenha uma cópia ou documentação similar do seu pedido em seus registros.

Apresentação de uma Petição

Um primeiro passo importante é verificar a Descrição Resumida do Plano e o Resumo de Benefícios e Cobertura para ter certeza de que você cumpre com os requisitos para receber os benefícios. Seu plano pode dizer, por exemplo, que existe um prazo de espera antes que possa se cadastrar e receber os benefícios, ou que um dependente não terá cobertura após uma certa idade. Fique atento também ao que o seu plano requer para apresentar uma petição. A Descrição Resumida do Plano ou o folheto de procedimentos de petição devem incluir informações sobre onde e o que apresentar, e quem contactar se você tiver dúvidas sobre seu plano. Se essas informações não estiverem nos folhetos, escreva para o administrador do seu plano, o departamento de recursos humanos do seu empregador (ou o departamento que normalmente lida com reivindicações), ou seu empregador para informá-lo que você tem uma petição. Mantenha uma cópia da carta em seus registros. Você também pode enviar como carta registrada, com aviso de recebimento, para que tenha um registro de que a carta foi recebida e de quem a recebeu.

Se um representante autorizado estiver apresentando a petição em seu nome, seu plano deve solicitar que você preencha um formulário para nomear o representante. Esse representante deve seguir os procedimentos de petição do plano na Descrição Resumida do Plano. No caso de uma petição que envolva atendimento de urgência, o médico pode agir como seu representante autorizado sem que você tenha que preencher um formulário.

Quando uma petição for apresentada, assegure-se de manter uma cópia em seus registros. Observação: os planos geralmente não podem cobrar por petições e recursos.

Tipos de Petições

Existem três tipos de petições de saúde em grupo – atendimento de urgência, pré-atendimento e pós-atendimento.

As petições de atendimento de urgência são um tipo especial de petição de pré-atendimento que requer uma decisão mais rápida porque sua saúde estará em perigo se o plano levar o tempo normal para decidir uma petição de pré-atendimento. Se um médico que conhece sua condição de saúde disser ao plano que uma petição de pré-atendimento é urgente, o plano deve tratar como uma petição de atendimento de urgência.

As petições de pré-atendimento são solicitações de aprovação necessárias antes do atendimento, tais como pré-autorização ou uma decisão sobre se o tratamento ou procedimento é clinicamente necessário.

As petições de pós-atendimento são todas as outras solicitações de benefícios em seu plano de saúde, incluindo pedidos depois que os atendimentos médicos foram fornecidos, tais como solicitações de reembolso ou pagamento para os serviços fornecidos. A maioria das reivindicações de benefícios de saúde em grupo são de pós-atendimento.

Aguardando a Decisão sobre Sua Petição

A ERISA estabelece períodos específicos para os planos avaliarem sua petição e informá-lo sobre a decisão. Esses períodos são contados em dias corridos, então os fins de semana e feriados estão incluídos. Os planos devem pagar ou fornecer o benefício dentro de um período razoável após a aprovação da petição, embora a ERISA não especifique um limite de tempo. Verifique sua Descrição Resumida do Plano para saber como e quando os benefícios são pagos.

TIPO DE PETIÇÃO	PRAZO PARA TOMAR UMA DECISÃO
Atendimento de urgência	Assim que possível e não mais do que 72 horas após receber a petição.
Pré-atendimento	Dentro de um período razoável e não mais do que 15 dias após receber a petição.*
Pós-atendimento	Dentro de um período razoável e não mais do que 30 dias após receber a petição.*

*Por favor, observe: Um plano pode estender o prazo para tomar uma decisão em circunstâncias específicas.

As petições de atendimento de urgência devem ser decididas assim que possível, levando em consideração as necessidades médicas do paciente e não mais do que **72 horas** após o plano receber a petição.

O plano deve informá-lo em até 24 horas se precisar de mais informações e dar-lhe pelo menos 48 horas para responder. Então o plano deve decidir a petição em até 48 horas após receber as informações faltantes, ou em até 48 horas do prazo para fornecer as informações que faltam, o que ocorrer primeiro. O plano não pode estender o prazo para tomar a decisão inicial sem seu consentimento. Ele deve informá-lo se sua petição foi deferida ou indeferida antes do fim do período determinado. Ele deve informá-lo verbalmente desde que envie uma notificação escrita em até três dias após a verbal.

As petições de pré-atendimento devem ser decididas em um período razoável que seja apropriado às circunstâncias médicas, e não mais de **15 dias** após o plano receber a petição.

O plano pode estender o período para além de 15 dias se, por razões além do seu controle, não puder tomar a decisão nos primeiros 15 dias. Entretanto, você deve ser notificado antes que o período dos 15 dias iniciais termine:

- Explicando a razão para o atraso,
- Solicitando quaisquer informações adicionais, e
- Informando quando espera tomar a decisão.

Se o plano solicitar mais informações, você tem pelo menos 45 dias para fornecê-las. Então o plano deve decidir a petição em até 15 dias após receber as informações adicionais, ou em até 15 dias após prazo para fornecer essas informações, o que ocorrer primeiro. Ele não pode estender o prazo sem seu consentimento. Ele deve informá-lo por escrito se sua petição foi deferida ou indeferida antes do prazo para a decisão.

As petições de pós-atendimento devem ser decididas em um período razoável e não mais de 30 dias após o plano receber a petição.

O plano pode estender o período para além de 15 dias se, por razões além do seu controle, não puder tomar a decisão nos primeiros 30 dias. Entretanto, você deve ser notificado antes que o período dos 30 dias iniciais termine:

- Explicando a razão para o atraso,
- Solicitando quaisquer informações adicionais necessárias, e
- Informando quando espera tomar a decisão.

Se o plano solicitar mais informações, você tem pelo menos 45 dias para fornecê-las. Então o plano deve decidir a petição em até 15 dias após receber as informações adicionais, ou em até 15 dias após prazo para fornecer essas informações, o que ocorrer primeiro. Ele não pode estender o prazo sem seu consentimento. Ele deve informá-lo se sua petição foi indeferida total ou parcialmente (pagamento menor do que 100 por cento de uma petição é um indeferimento parcial) antes do prazo para a decisão.

Se sua petição for indeferida, o administrador do plano deve enviar-lhe uma notificação, seja por escrito ou de forma eletrônica. A notificação deve incluir:

- Razões específicas para o indeferimento (por exemplo, não é clinicamente necessário, não é coberto pelo plano, ou alcançou a quantidade máxima de tratamentos permitidos de acordo com o plano);
- Uma referência a qualquer cláusula do plano utilizada para o indeferimento;



- Se for indeferido por falta de informações, uma descrição de qualquer material adicional necessário e uma explicação do porquê é necessário;
- Uma descrição dos procedimentos de revisão do plano (por exemplo, como o recurso funciona e/ou como iniciar um recurso);
- Se for indeferido com base nas regras, normas ou protocolos, tanto uma descrição dessas regras, normas ou protocolos em que o indeferimento foi baseado, ou uma declaração de que uma cópia gratuita desses itens será dada mediante solicitação;
- Se for indeferido com base na necessidade médica ou tratamento experimental ou exclusão ou limite similar, uma explicação da decisão científica ou clínica para o indeferimento, usando os termos do plano para suas circunstâncias médicas, ou uma declaração de que uma explicação será fornecida gratuitamente mediante solicitação; e
- Uma descrição do seu direito de ir à justiça para recuperar os benefícios devidos de acordo com o plano.

Recorrer de uma Petição Indeferida

As petições são indeferidas por diversas razões. Talvez você não seja qualificado para os benefícios. Talvez os serviços que recebeu não sejam cobertos pelo seu plano. Ou, talvez, o plano simplesmente precisa de mais informações sobre sua petição. Independente da razão, você tem pelo menos 180 dias para entrar com um recurso (verifique a Descrição Resumida do Plano ou procedimentos de petição para ver se seu plano oferece um período maior).

Use as informações da sua notificação de indeferimento da sua petição para preparar seu recurso. O plano deve providenciar para você cópias de documentos, registros e outras informações relevantes para

sua petição de forma gratuita se você os solicitar. Você também pode solicitar a identidade de qualquer especialista médico ou ocupacional cujo conselho foi obtido pelo plano. Assegure-se de incluir em seu recurso todas as informações relacionadas à sua petição, especialmente quaisquer informações adicionais ou evidência que você queira que o plano considere, e leve-a para a pessoa especificada na notificação de indeferimento antes do fim do período de 180 dias.

Revisão de um Recurso

No recurso, sua petição deve ser revisada por alguém novo que olha todas as informações enviadas e consulta profissionais médicos qualificados se houver uma decisão médica envolvida. Esse revisor não pode ser a mesma pessoa que tomou a decisão inicial ou um subordinado dessa pessoa, e o revisor não deve considerar a decisão inicial.

O prazo para um plano revisar seu recurso varia de acordo com o tipo de petição protocolada.

TIPO DE PETIÇÃO	PRAZO PARA REVISAR UM RECURSO
Atendimento de urgência	Assim que possível, levando em consideração as necessidades médicas do paciente e não mais do que 72 horas após receber a solicitação para revisar uma petição indeferida.
Pré-atendimento	Em um período razoável que seja apropriado às circunstâncias médicas, e não mais de 30 dias após receber a solicitação para revisar uma petição indeferida.
Pós-atendimento	Dentro de um período razoável e não mais do que 60 dias após receber a solicitação para revisar uma petição indeferida.*

* Por favor, observe: Um plano pode estender o prazo para revisar um recurso com o consentimento do autor.

O plano não pode estender o prazo sem seu consentimento. Existem duas exceções para esses prazos:

- **Os planos coletivos de um único empregador** geralmente usam um processo de reclamação coletivo para o procedimento de recurso das petições se houver cláusulas sobre registro, deliberação e revisão das petições de benefícios.
- **Os planos coletivos de vários empregadores** têm prazos especiais para permitir que eles programem as revisões dos recursos de petições de pós-atendimento para as reuniões trimestrais de gestores.

Se você participa de um desses planos e tem dúvidas sobre os procedimentos dele, pode consultar a Descrição Resumida Do Plano e o acordo coletivo ou entrar em contato com a Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados (Employee Benefit Security Administration - EBSA) do Departamento do Trabalho no telefone **1-866-444-3272**.

Os planos podem solicitar dois níveis de revisão de uma petição indeferida para finalizar o processo de petições do plano. Em tais casos, o máximo de tempo para cada revisão geralmente é metade do período permitido para uma revisão. Por exemplo, um plano de saúde em grupo com um nível

de recurso deve revisar uma petição de pré-atendimento em um prazo razoável apropriado para as circunstâncias médicas e em até 30 dias após o plano receber seu recurso. Se o plano solicitar dois recursos, cada revisão deve ser completada em até 15 dias para as petições de pré-atendimento. Se seu recurso ainda for indeferido após a primeira revisão, o plano deve lhe dar um prazo razoável (mas não o total de 180 dias) para apresentar a segunda revisão.

Ao tomar a decisão final sobre sua petição, o plano deve enviar uma explicação por escrito da decisão, que deve incluir:

- As razões específicas do indeferimento da petição no recurso;
- Uma referência às cláusulas do plano em que a decisão foi baseada;
- Uma descrição de qualquer processo voluntário que o plano oferece para solucionar conflitos nas petições;
- Uma explicação do seu direito de receber documentos relevantes a sua petição de benefício (documentos e registros mediante os quais a decisão foi baseada e outros documentos preparados ou usados durante o processo) de forma gratuita; e
- Uma descrição de seus direitos para procurar revisão legal da decisão do plano.

Regras Adicionais para Planos Não Isentos conforme a Lei de Proteção e Acessibilidade ao Paciente (*Affordable Care Act*)

A Lei de Proteção e Acessibilidade ao Paciente inclui requisitos adicionais para processo de petição de planos de saúde em grupo que não são isentos. Os planos que não são isentos são aqueles estabelecidos ou que fizeram mudanças significativas após 23 de março de 2010. Os processos de petição e recurso devem cobrir as rescisões (cancelamentos retroativos) de cobertura, bem como outros indeferimentos de benefícios. Eles, ou suas seguradoras, também devem:

- Apresentar evidência ou justificativa nova ou adicional é uma oportunidade razoável de responder a ela antes de tomar a decisão final sobre a petição.
- Assegurar que as petições e recursos sejam julgados de forma independente e imparcial;
- Fornecer detalhes em todas as notificações de indeferimento das petições envolvidas, a razão para o indeferimento (incluindo o código e significado), qualquer processo de recurso interno e externo e informações de assistência ao cliente;
- Providenciar, se solicitado, códigos de diagnóstico e tratamento (e outros significados) para qualquer petição indeferida;
- Fornecer notificações adequadas de forma cultural e linguística;
- Permitir que você comece o processo externo de revisão se o plano não seguir os requisitos internos de petições (a menos que a infração do plano seja mínima); e
- Permitir que você reenvie uma petição através do processo interno de petição se um pedido imediato de revisão externa for rejeitado pelo revisor externo em circunstâncias específicas.

Além disso, os planos que não são isentos conforme a Lei de Proteção e Acessibilidade ao Paciente devem oferecer uma revisão externa de indeferimento de petição com uma parte independente. O processo de revisão externa usado pelo plano depende se o plano é autofinanciado ou oferece benefícios através de uma empresa de seguros. A notificação de indeferimento da petição pelo seu plano irá descrever o processo externo e seus direitos. Para solicitar uma revisão externa, siga as etapas informadas na sua notificação de indeferimento.

Se Sua Petição de Benefícios de Saúde for Indeferida

Se a decisão final do plano indeferir sua petição, você pode procurar assessoria jurídica com relação a seus direitos para contestar o indeferimento em juízo. Normalmente, você deve completar o processo de petição do plano antes de entrar com uma ação em juízo para contestar o indeferimento.

Entretanto, se você acha que seu plano não estabelece ou segue um procedimento de petição consistente com as regras do Ministério, você pode procurar assessoria jurídica com relação a seus direitos para pedir a um juiz que revise sua petição sem esperar por uma decisão do plano. Você também pode entrar em contato com o escritório mais próximo da EBSA sobre seus direitos se acredita que o plano não seguiu nenhum dos requisitos da ERISA ao tratar da sua petição.

Apresentar uma Petição - Resumo

- Verifique os benefícios do seu plano e procedimento de petições antes de apresentar uma petição. Leia a Descrição Resumida do Plano e o Resumo de Benefícios e Cobertura. Entre em contato com o administrador do seu plano se tiver dúvidas.
- Uma vez apresentada a petição, o período máximo permitido de espera por uma decisão varia com o tipo de petição, variando de 72 horas a 30 dias. Seu plano pode estender certos prazos, mas deve informá-lo antes de fazê-lo. Geralmente, você irá receber uma decisão dentro desse prazo.
- Se sua petição for indeferida, você deve receber uma notificação por escrito, incluindo informações específicas sobre por que do indeferimento e como apresentar um recurso.
- Você tem pelo menos 180 dias para solicitar uma revisão completa e justa de sua petição indeferida. Utilize o procedimento de recurso do seu plano e fique atento pois você pode precisar reunir a enviar novas evidências ou informações para ajudar o plano a revisar a petição.
- A revisão de seu recurso pode levar de 72 horas a 60 dias, dependendo do tipo de petição; o plano precisa de sua permissão para uma extensão. O plano deve lhe enviar uma notificação por escrito, dizendo se o recurso foi deferido ou indeferido.
- Se o recurso for indeferido, a notificação por escrito deve dizer por que razão, descrever outros níveis adicionais de recurso ou procedimentos de recurso voluntário oferecidos pelo plano, e conter uma declaração relacionada a seus direitos de procurar revisão legal da decisão do plano.
- Se o recurso for indeferido e seu plano não for isento, a notificação de indeferimento irá descrever seus direitos para revisão independente externa da petição indeferida. Para solicitar uma revisão externa, siga as etapas informadas na sua notificação.

- Você pode procurar assessoria jurídica se seu recurso for indeferido ou se o plano não estabeleceu ou seguiu os procedimentos razoáveis de petição. Se você acha que o plano não seguiu os requisitos da ERISA, você pode entrar em contato com a EBSA.

Resources

Para visualizar essa e outras publicações da EBSA, visite o site dol.gov/ebsa.

Para solicitar publicações ou assistência de um consultor de benefícios, entre em contato no site askebsa.dol.gov ou ligue grátis para **1-866-444-3272**.



ADMINISTRAÇÃO DE SEGURANÇA DOS BENEFÍCIOS DE EMPREGADOS
DEPARTAMENTO DO TRABALHO DOS EUA

fevereiro de 2023