



ENTENDENDO
SEUS BENEFÍCIOS DE SAÚDE
MENTAL E DE TRANSTORNOS
POR USO DE SUBSTÂNCIAS

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



A lei federal exige paridade entre os benefícios de saúde mental/transtorno de uso de substâncias e os benefícios médicos/cirúrgicos. Isso significa que os planos de saúde não podem colocar obstáculos ao seu acesso aos benefícios de saúde mental e transtorno por uso de substâncias que não se apliquem aos benefícios médicos e cirúrgicos. Este manual irá auxiliá-lo a entender seus direitos à equidade.* Se tiver dúvidas, ligue para um Consultor de Benefícios da EBSA no número 1-866-444-3272. A ligação e assistência são gratuitas. Nós podemos ajudar.

O objetivo das proteções de equidade para saúde mental de acordo com a lei é garantir que os benefícios do seguro para saúde mental e transtorno por uso de substâncias que você espera receber tenham cobertura igual a dos benefícios médicos/cirúrgicos, sem empecilhos e obstáculos para acessar que não se apliquem aos benefícios médicos/cirúrgicos. Este manual:

- ajuda você a entender se seu plano de saúde deve oferecer igualdade e seguir essas regras;
- explica as proteções oferecidas por lei;
- destaca os “sinais de alerta” a serem observados;
- informa como obter informações sobre seus benefícios de saúde mental e transtorno por uso de substâncias; e
- mostra o que fazer caso a cobertura dos seus benefícios de saúde mental e transtorno por uso de substâncias seja negada.

*As regras finais foram divulgadas em 9 de setembro de 2024 pelos Ministérios da Saúde e dos Serviços Humanos, do Trabalho e da Fazenda, que emendam e acrescentam às regulamentações da Lei de Paridade em Saúde Mental e Equidade em Dependência Química (*Mental Health Parity and Addiction Equity Act and the Mental Health Parity Act - MHPAEA*). Atualmente, essa publicação não reflete as regras finais. Essas regras finais normalmente não revogam ou substituem os requerimentos cobertos nesta publicação, mas fortalecem os padrões existentes. As regras finais geralmente se aplicam no primeiro dia do primeiro ano do planejamento iniciado em ou após 1º de janeiro de 2025. Entretanto, alguns requerimentos são aplicados no primeiro dia do primeiro ano do planejamento a partir de 1º de janeiro de 2026. Para obter mais informações sobre as regras finais, acesse a página da EBSA sobre paridade em saúde mental e transtorno por uso de substâncias.

O Que é a Equidade de Saúde Mental?

A equidade de saúde mental é a exigência legal de que os planos de saúde coletivos e as seguradoras ofereçam benefícios de saúde mental de forma semelhante aos benefícios médicos/cirúrgicos.

Embora a equidade de saúde mental não exija que os planos de saúde cubram serviços de benefícios de saúde mental, se esses benefícios forem oferecidos, eles devem ser cobertos de forma igual (em equivalência) com os benefícios médicos/cirúrgicos.

A Lei da Paridade de Saúde Mental e Dependência (Mental Health Parity and Addiction Equity Act - MHPAEA) é a lei que exige igualdade entre os benefícios de cobertura de saúde mental, incluindo os benefícios para transtorno de uso de substâncias, e os benefícios médicos/cirúrgicos. Em outras palavras, por exemplo, um plano de saúde deve oferecer o mesmo acesso e nível de benefícios para alguém com depressão, ou distúrbio alimentar, ou dependência química como iria oferecer para alguém com problemas de saúde, como diabetes ou doença do coração.

A paridade de Saúde Mental se Aplica a Mim?

Depende do tipo de plano em que você está cadastrado. As proteções de igualdade de saúde mental estão disponíveis para pessoas que estão cadastradas em:

- planos de saúde em grupo relacionados a emprego que são tanto “segurados” (adquirir seguro de um operador no mercado de grupo) ou “auto-financiados” (o plano paga as incidentes com seus próprios fundos) que oferecem tanto benefícios médicos/cirúrgicos quanto de saúde mental;
- planos individuais e em pequenos grupos com base no empregador (entre 2 e 50 funcionários) adquiridos através do Mercado de Planos de Saúde (Health Insurance Marketplace®);
- alguns planos Medicaid, incluindo os planos gerenciados pela Medicaid; ou
- o Programa de Plano de Saúde dos Filhos (Children’s Health Insurance Program - CHIP).

De acordo com a Lei de Proteção e Acessibilidade ao Paciente (Affordable Care Act), a maioria dos planos de saúde devem oferecer benefícios essenciais de saúde. Estão incluídos os benefícios para serviços de saúde mental e transtorno de uso de substâncias.

A igualdade de saúde mental **não se aplica** a pessoas cadastradas em:

- planos exclusivos de aposentadoria;
- planos Medicare;
- planos patrocinados pela igreja; e
- planos de determinados pequenos negócios.

Como a Igualdade de Saúde Mental Pode me Ajudar?

Se seu plano oferece benefícios médicos/cirúrgicos e de saúde mental, os seguintes tópicos devem ser tratados de forma equivalente:

- exigências financeiras, tais como co-pagamentos, deduções, co-seguro, ou limite máximo de pagamentos diretos;
- limitações de tratamento, tais como o número de consultas que você tem anualmente ou vitalícias; e
- outros limites na duração e metas do tratamento.

Limitações Financeiras e de Tratamento

Os benefícios de saúde recebem diferentes classificações. Os seis que têm cobertura de acordo com as regras de igualdade de saúde mental são:

- internação, dentro da rede;
- ambulatório, dentro da rede;
- internação, fora da rede;
- ambulatório, fora da rede;
- emergência; e
- medicamentos sob prescrição médica.

Exemplos das Classificações de Benefícios

BENEFÍCIOS PARA SAÚDE MENTAL	BENEFÍCIOS MÉDICOS/ CIRÚRGICOS
Internação: Desintoxicação	Internação: Apendectomia
Ambulatório: Consulta com psicólogo	Ambulatório: Consulta com clínico geral por sintomas de gripe/resfriado
Emergência: Pronto Socorro para overdose	Emergência: Pronto Socorro para ataque cardíaco
Medicamentos sob Prescrição: Medicação antidepressiva	Medicamentos sob Prescrição: Medicação para pressão arterial

De acordo com as regras de equidade, os benefícios de saúde mental e transtorno de uso de substâncias devem ser oferecidos em toda classificação se os benefícios médicos/cirúrgicos forem oferecidos. Não pode haver exigências financeiras ou limitações de tratamento diferentes para benefícios iguais na classificação.

Por exemplo, se um plano de saúde cobra um co-pagamento de \$50 para consulta com um psiquiatra da rede e um co-pagamento de \$25 para uma consulta com um clínico geral da rede, isso provavelmente infringe a igualdade de saúde mental, já que os dois prestadores fazem parte da mesma classificação (ambulatório, dentro da rede). A exigência financeira que se aplica aos benefícios de saúde mental não é comparável à exigência aplicada aos benefícios médicos/cirúrgicos.

Outras Limitações de Tratamento

Quando um plano impõe uma limitação não-quantitativa de tratamento (nonquantitative treatment limitation, NQTL) sobre os benefícios, ela geralmente não é expressa em número (tal como o número de consultas cobertas ou a cobrança de co-pagamento), mas ainda assim limita o objetivo ou duração dos benefícios para tratamento. NQTLs para os benefícios de saúde mental devem ser comparáveis e aplicadas de forma tão rigorosa quanto aquelas usadas para os benefícios médicos/cirúrgicos.

Alguns exemplos de NQTLs:

- critérios para determinar se o tratamento ou os serviços são necessidades médicas ou apropriadas;
- exigência de aprovação do plano antes do tratamento;
- lista de medicações sob prescrição cobertas;
- tratamento em etapas ou políticas de falha previa (por exemplo, tratamentos que você precisa fazer antes de chegar a determinado tratamento).
- exclusões de cobertura baseadas na falha em completar um tratamento; e
- restrições de cobertura com base na localização geográfica, tipo de consultório, especialidade do prestador.

Por exemplo, um participante foi diagnosticado com depressão e pressão alta. Seu plano exige autorização prévia toda vez que o médico do participante prescreve um antidepressivo. Entretanto, a autorização prévia não é exigida quando o clínico geral do participante prescreve medicação para pressão alta. Isso infringe as regras de equidade de saúde mental.

Aqui estão alguns **sinais de alerta** de que a limitação de um plano pode infringir as regras de igualdade de saúde mental:

- ▶ O plano exige autorização prévia ou revisão contínua para todos os benefícios de saúde mental (por exemplo, aprovando apenas alguns dias de benefícios por vez antes de solicitar outra pré-autorização).
- ▶ A rede do plano de prestadores de tratamento de saúde mental é menos completa do que sua rede de prestadores médicos, tornando mais difícil ou impossível para você encontrar prestadores que irão fornecer tratamento coberto pelas taxas de dentro da rede.
- ▶ O plano solicita pré-autorização a cada 3 meses para medicamentos prescritos para tratar problemas de saúde mental.
- ▶ O plano se recusa a cobrir tratamentos de saúde mental porque você não completou o tratamento anterior ou porque não há “possibilidade de melhora”.
- ▶ O plano exige que seu plano de tratamento seja atualizado e enviado a cada 6 meses ou não terá cobertura.

Se você vir um sinal de alerta na lista acima, seu plano pode estar infringindo as condições de equidade de saúde mental. Entre em contato com a Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados do Departamento do Trabalho no número **1-866-444-3272 para auxílio.**

Onde Posso Aprender Mais Sobre os Benefícios de Saúde Mental do Meu Plano?

Você tem o direito de obter determinadas informações sobre seu plano de saúde. Essas informações lhe ajudarão a entender quais benefícios para saúde mental você tem direito e também irá lhe ajudar a saber identificar se seu plano está cumprindo com as condições de equidade para saúde mental.

Cinco passos para entender seus benefícios de saúde mental:

1. Verifique a Descrição do Resumo do Plano e/ou o Resumo de Serviços e Cobertura.
 - O Resumo de Serviços e Cobertura geralmente pode ser encontrado no site do seu plano. Se você não tiver esses documentos, entre em contato com seu plano para solicitá-los.
 - Se esses documentos não tiverem todas as informações que você precisa, pode entrar em contato com o seu plano de saúde para solicitar as regras de acesso aos seus benefícios.
2. Pergunte ao seu plano de saúde se possui alguma autorização prévia ou exigências de necessidades médicas para os benefícios de saúde mental.
 - Se possuir, você também deve perguntar como os critérios para essas limitações de benefícios foram desenvolvidas em comparação com aquelas para os benefícios médicos/cirúrgicos.
3. Solicite cópias com todas as informações que seu plano de saúde usa para decidir sobre copagamentos, limites anuais, limites vitalícios, necessidades médicas e autorização prévia.
 - Os planos de saúde devem fornecer cópias no prazo de 30 dias após sua solicitação.
 - Você pode usar esse formulário modelo do Departamento do Trabalho para solicitar as informações: dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-parity/mhpaea-disclosure-template.pdf.
4. Ligue diretamente para o número do atendimento ao cliente do seu plano de saúde (na parte de trás do seu cartão e na Descrição do Resumo do Plano e/ou Resumo de Serviços e Cobertura) para pedir mais informações.
 - Nunca se esqueça: você tem o direito às informações sobre seus benefícios.
5. Se você tentou obter as informações do seu plano mas está tendo problemas para consegui-las ou para entender o que obteve, considere ligar para a Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados do Departamento do Trabalho no número **1-866-444-3272** para falar com um de nossos Consultores de Benefícios.

O Que Posso Fazer Se Achar que Meu Plano Negou os Benefícios de Saúde Mental Indevidamente?

Imagine que você recebe benefícios de saúde mental de um prestador e a conta é enviada para seu plano de saúde para pagamento, mas o plano nega esse pagamento. Se você achar que o plano negou indevidamente seus benefícios, aqui estão três passos para seguir:

1. Ligue para seu plano de saúde. Tenha as seguintes informações disponíveis:
 - Conta para os serviços negados;
 - Explicação de Benefícios (*Explanation of Benefits*, EOB); e
 - Sua Descrição do Resumo do Plano e/ou Resumo de Serviços e Cobertura.
2. Faça um pedido de recurso para seu plano.
 - Ligue para seu plano e pergunte quais informações/documentos devem ser apresentados numa petição interna e verifique os procedimentos para recorrer na Descrição do Resumo do Plano.
 - A petição/recurso deve ser apresentada por escrito.
 - Normalmente você tem 180 dias a partir da data da determinação da sua reivindicação para entrar com recurso.
 - Geralmente irá receber uma resposta do seu plano em até 60 dias após apresentar o recurso.
3. Para a maioria dos planos, você pode solicitar uma revisão externa se seu plano continuar negando seu tratamento de saúde mental após você completar todos os níveis de recurso interno.
 - A determinação final do seu recurso interno deve conter informações sobre como solicitar uma revisão externa.
 - Você deve solicitar uma revisão externa não mais tardar 4 meses após receber a rejeição final do seu plano.
 - A decisão do revisor externo de revogar ou concordar com a rejeição deve ser tomada em até 45 dias.

Saiba mais sobre como apresentar uma reivindicação ou solicitar uma revisão externa na Publicação do Ministério do Trabalho dos EUA *Registrando uma solicitação para Seus Benefícios de Saúde*.

Para informações gerais sobre o processo de recurso, acesse a página da EBSA sobre Reinvindicações e Recursos Internos e Revisão Externa no dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/internal-claims-and-appeals.

Se precisar de ajuda, ligue para a Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados do Departamento do Trabalho no número **1-866-444-3272**.

Lembre-se: só porque os benefícios de saúde mental foram negados não significa que um plano de saúde infringiu as exigências de equidade de saúde mental. As seguintes rejeições podem não infringir as regras de igualdade:

- O serviço não é mais necessário do ponto de vista médico.
- O serviço não é mais apropriado em um contexto específico de assistência médica ou nível de tratamento. Por exemplo, com base nos sintomas atuais, o tratamento residencial não é mais necessário do ponto de vista médico, portanto, seu plano de saúde pagará apenas as consultas ambulatoriais.
- O serviço é considerado experimental ou investigativo.
- O serviço não tem cobertura de acordo com o plano como parte de seus benefícios.

Recursos

Abaixo estão algumas informações e links que podem ajudar a entender mais sobre a igualdade para saúde mental e se seu plano está seguindo as regras.

Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados (EBSA) do Departamento do Trabalho dos EUA)

- Ligue para **1-866-444-3272** para falar com um Consultor de Benefícios da EBSA
- Visite o site da EBSA no dol.gov/ebsa

Administração do Departamento de Assistência Humana e de Saúde dos

- Ligue para **1-888-393-2789** e deixe sua mensagem. Você receberá uma resposta de três a cinco dias úteis.
- Visite o site do Departamento da Saúde sobre igualdade para saúde mental no www.hhs.gov/programs/health-insurance/mental-health-and-substance-use-insurance-help/index.html.

A secretaria de seguros do seu Estado

- Encontre as informações de contato do seu Estado no site da National Association of Insurance Commissioners no content.naic.org/state-insurance-departments.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

- Visite o site da SAMHSA no www.samhsa.gov/programs.

Visite a página da EBSA sobre igualdade para saúde mental no dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-and-substance-use-disorder-parity para ver as seguintes publicações:

- *10 maneiras de Fazer seu Plano de Saúde Trabalhar em seu Favor*
- *Parity of Mental Health and Substance Use Benefits with Other Benefits: Using Your Employer-Sponsored Health Plan to Cover Services*
- *FAQs for Employees about the Mental Health Parity and Addiction Equity Act*
- *Consumer Guide to Disclosure Rights: Making the Most of Your Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Understanding Implementation of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*
- *Know Your Rights: Parity for Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Warning Signs – Plan or Policy Non-Quantitative Treatment Limitations (NQTLs) that Require Additional Analysis to Determine Mental Health Parity Compliance*



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