

ProjectHEAL

保險資源導航

內容

1. 快速小貼士
2. 健康保險術語表
3. 流覽您的福利：保險Q+A（問答）
4. 我如何知道保險涵蓋的內容？
5. ACA與保險市場
6. 健康保險類別與計劃
7. 申請醫療補助計劃（Medicaid）
8. 申請聯邦醫療保險（Medicare）
9. 進食障礙的護理級別
10. 單一案例協定
11. 對保險拒賠提出上訴
12. 在進食障礙訴訟方面起作用的法律實踐

如果您或您愛的人有關於保險相關的問題，或者正在尋求與進食障礙有關的保險支援，請聯繫 insurance@theprojectheal.org

如果想申請額外的治療支助（*treatment access support*），請流覽 www.theprojectheal.org/apply-for-support

快速小貼士：

關於我的保險範圍，我真正需要知道的是什麼？

請準備好一份您的保險單的副本。

無論您是否在積極接受治療，瞭解您的保險單覆蓋和不覆蓋的內容是很有說明的。當您尋找治療方案時，可以通過致電您的保險計劃，或者註冊並訪問您的保險公司的在線網站來獲取您需要了解的資訊。

- 我的保險計劃是否支付飲食失調專門治療的費用？它涵蓋哪些護理級別？
- 我的計劃是否支付門診治療或門診醫療營養治療的費用？
- 我的計劃是否有網路外的福利？如果有，我該如何與網路外的醫療提供者合作？
- 我的免賠額、自付上限、共付額的費用是多少？
- 如果我沒有網路外的福利，並且沒有任何網路內的選擇，是否可以簽訂單一案例協定？

您的保險計劃可以為您提供資源。

它們可以通過電子郵件向您提供一個清單，其中包括您所在地區的網路內醫療服務提供者、治療中心，以及當您準備從更高級別的護理轉換或出院時的後續護理計劃。

要求分配一個行為健康個案經理。

在一些保險計劃中，行為健康個案經理可能被稱為個案經理或護理協調員。在您的保險計劃中，被分配一名個案經理是免費的。個案經理將在保險範圍內充當您的謀利益者，他們也可以直接為您提供服務提供者和治療等資源。請撥打您的會員服務電話，詢問關於被分配一個個案經理的事宜。

您有權利提出上訴！

可以對在任何護理級別中（住院、住宅、部分住院、強化門診、和門診治療/營養治療）被拒絕的服務提出上訴。

健康保險術語表

需要瞭解的術語

平價醫療法案 (ACA): 2010年3月定稿的醫療保健改革法的名稱, 該法允許人們作為個人購買自己的保險, 而不考慮既有身體狀況。

准許金額: 您的保險公司和醫療服務提供者就承保的醫療服務所商定的費率和最高金額。您的共付額和共同保險額將以這個數額為基礎。這也可能被稱為「符合條件的費用」、「支付津貼」或「協商費率」。如果您的醫療服務提供者的收費高於計劃允許的金額, 您可能需要支付差額。

年度限額: 指一個保險計劃在一年內將支付的總賠付金額。一旦達到了上限, 您的保單直到下一年才會再次支付。《平價醫療法案》禁止對基本健康福利進行年度限制, 但是「祖父計劃」除外

餘額結算: 當醫療服務提供者向您收取醫療服務提供者的收費和准許金額之間的差額。例如, 如果醫療服務提供者的收費是\$100, 而准許金額是\$70, 醫療服務提供者可以向您收取剩餘的\$30。首選醫療服務提供者(網路內醫療服務提供者)不得就承保服務向您收取餘額。餘額結算通常發生於屬於網路外的提供者。

福利: 指健康保險計劃中所涵蓋的醫療項目或服務

共付額: 指當您接受治療時所支付的金額。共付額是由保險公司規定的, 而不是醫生辦公室。這可以是百分比或固定費率金額。例如, 您每次支付的金額可能是\$30, 而其餘費用由保險公司承擔。

共同保險: 指在您達到保險計劃的免賠額后要支付的費用。例如, 80/20共同保險率意味著保險公司支付80%以及您支付剩餘的20%。共同保險通常在您支付與免賠額相等的金額后才開始。

免賠額: 指在您的保險計劃為您所獲得的醫療服務支付任何費用之前您所需自付的醫療費用。例如, 如果您的免賠額是\$1, 000, 您的計劃在您達到\$1, 000的限額之前不會支付他們的承保服務部分。保險費不計入您的免賠額。

不包括的服務:指您的健康保險公司或特定計劃不支付的服務。

指定服務機構(EPO)計劃:這個計劃與HMO計劃類似,會員必須使用網路醫生。然而,與HMO計劃不同的是,您不需要選擇PCP,也不需要聯繫PCP以獲得專家轉診。

福利說明 (Explanation Of Benefits, EOB):EOB是在您的醫療保健計劃處理完索賠付款後產生的。它解釋了對索賠所採取的行動,如將支付的金額、可獲得的福利、折扣、拒絕付款的原因和索賠上訴程式。EOB既可以是紙質的也可以是在線的。

處方集或藥物清單:指您的健康計劃涵蓋的處方藥清單。處方集通常涵蓋非專利藥物,而只有一些品牌的藥物不包括在內。

彈性福利計劃:指一種讓員工在現金、人壽保險、假期、退休計劃和兒童保育之間進行選擇的福利計劃。雖然通常有一些要求,但彈性福利計劃為其餘的福利提供了選擇。

健康保險:要求您的健康保險公司支付您的部分(或全部)醫療服務以換取保費的合同

健康保險市場:設在美國的個人、家庭和企業可以研究、比較和選擇最適合他們的健康保險計劃的網站。

健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 計劃:在這個計劃中,您的初級保健醫生(PCP)是您要首先接觸的人。如果您需要PCP所能提供的服務之外的護理,他們會把您轉介給另一個醫療服務提供者。

網路內或首選醫療服務提供者:與您的計劃簽訂合同的醫生、醫療服務提供者或醫療設施,以較低的費用向保險公司提供其成員的服務。

醫療必要性標準:健康計劃用來決定您的精神健康提供者所推薦的治療或保健用品是否合理、必要和適當的標準。如果健康計劃決定該治療符合這些標準,那麼所要求的護理就被認為是醫療上必要的。

網路:您的保險和您的醫療服務提供者之間的合同。

開放註冊期:在每年秋季這段時間,您可以通過 hhealthcare.gov 上的保險市場註冊下一個日曆年的健康保險計劃。

網路外:與您的計劃沒有簽約的醫生、醫療服務提供者或醫療機構。使用不在您的計劃範圍內的醫療服務將大大增加您要支付的金額。

自付限額:指當治療或服務不在計劃範圍內時您自付的金額。例如,有些計劃不包括化驗、X光或藥物。

自付最高限額:一個人在計劃期間所需支付的最高金額。它包括在免賠額、共同保險、共同支付範圍內所花的錢。一旦您達到這個限額,保險公司將為所有承保福利支付100%的允許費用金額。自付最高限額高於您的免賠額且不包括藥物費用或在您的計劃語言中被列為「除外」的服務。如今大多數計劃都有單獨的藥物和醫療自付上限。

定點服務計劃 (Point of Service, POS):如果您使用屬於該計劃網路的醫生、醫院和其他醫療服務提供者,該計劃允許您支付更少的費用。POS計劃要求您從您的初級保健醫生那裡得到轉診,以便去看專家

預先授權(又稱:事先授權或預先批准):保險計劃可能要求事先批准某些服務、藥品或設備,以考慮任何費用。預先授權並不保證保險計劃會支付服務成本,然而,對於那些需要目前不在其保險計劃網路內的服務的人來說,這通常是第一步。

優選醫療機構 (Preferred Provider Organization, PPO) 計劃:如果您使用該計劃網路內的服務提供者,該計劃將允許您支付較少的費用。您可以使用網路外的醫生、醫院和醫療服務提供者,無需轉診,但需要支付額外費用。

保費:您每月、每季度或每年為您的健康保險計劃支付的金額。如果您通過工作場所購買保險,您的僱主可能會代表您支付部分保費,作為雇員福利方案的一部分。

提供者:按照法律規定獲得許可、認證或認可的醫生、保健提供者或保健設施。

專科醫生:這種類型的醫療服務提供者專注於醫學或疾病的一個特定領域。有些專科醫生可能不在您的計劃網路內。

超級帳單:超級帳單是醫療服務提供者給客戶的詳細的、逐項的收據,當:

- 服務提供者不能或不向客戶的支付方提交網路外的索賠。
- 客戶沒有健康保險
- 客戶因任何原因自費,例如:
 - 福利不包括醫療營養治療 (medical nutrition therapy, MNT)
 - 他們的診斷不屬於承保範圍

客戶可將超級帳單用於健康儲蓄帳戶 (Health Savings Accounts, HSA)、靈活支出帳戶 (Flexible Spending Accounts, FSA)、稅務目的,或試圖從其健康計劃中獲得報銷。

超級帳單並不保證保險機構會對客戶獲得的服務進行報銷。健康計劃成員從健康計劃中獲得報銷的能力取決於個人成員的福利和保險範圍,以及健康計劃關於成員報銷的政策。

聯邦醫療保險受益人不能提交由網路外醫療服務提供者提供的營養治療的超級帳單。對於聯邦醫療保險計劃,門診營養療程只覆蓋糖尿病、腎臟疾病和腎臟移植后的三年。

利用審查(或利用管理):保險公司用來決定所申請的心理健康護理是否具有醫療必要性,是否有效,是否符合公認的醫療慣例的過程。符合公認的醫療實踐意味著心理健康治療或服務在科學證據的基礎上被證明是有效的。

瀏覽您的福利

進食障礙相關保險的問答(Q&A)

健康保險政策可能令人不知所措，也很棘手。不同的保險政策有很多不同的資訊，這可能會讓人搞不清楚您的保險計劃包括什麼和不包括什麼，每個服務的費用是多少，等等。

問：各種不同的付款詞彙是什麼意思？

答：有幾個不同的因素會影響到治療的支付。大多數保險計劃都有保險費 (*premium*)，即患者為其保險計劃支付的每月費用。許多病人還有一個保險免賠額 (*insurance deductible*)，即在保險福利開始生效之前患者必須自付的一個固定金額。在滿足免賠額后，患者在每次接受治療時通常都要承擔共付額 (*copay*) (每次就診的固定金額) 和共同保險額 (*co-insurance*) (就診總費用的固定百分比)。許多保險計劃也有一個自付上限 (*out-of-pocket maximum, OOPM*)，即患者每年支付的共付額和/或共同保險額的上限。

問：保險公司拒絕承保進食障礙治療或支付服務費用的常見原因是什麼？

答：雖然健康保險計劃有許多原因可能會拒絕承保進食障礙治療或支付此類服務，但取決於您的計劃和您尋求覆蓋的服務，以下是一些您可能遇到的常見原因。

- 被認為不是「醫療必需」的護理(或服務)級別
- 沒有資格享受您的健康計劃所要求的服務和/或您的計劃中沒有包括一項福利(如進食障礙住院護理水準)
- 在申請更高一級護理的保險之前，沒有嘗試在較低級別的護理中進行治療
- 在嘗試“X”服務之前(一般來說，首選網路內的選擇或地理上較近的選擇)，沒有資格獲得所要求的服務的保險
- 進食障礙並不是您的健康計劃的福利說明(EOB)中明確列出的「一排」問題，因此付款人在沒有充分了解的情況下，很快就駁回了您的請求

問：聯邦醫療保險(Medicare)和醫療補助計劃(Medicaid)的區別是什麼？

答：醫療補助計劃(Medicaid)是州政府為收入低於一定水準的人提供的健康保險。聯邦醫療保險(Medicare)是聯邦管理的健康保險，適用於65歲以上的人和某些符合資格的殘疾人士。醫療補助計劃(Medicaid)的覆蓋範圍可能因州和管理的醫療補助計劃而異，而聯邦醫療保險(Medicare)在許多州都被接受，無論是什麼計劃。

問：聯邦醫療保險(Medicare)和醫療補助計劃(Medicaid)涵蓋了哪些進食障礙治療，以及為什麼如此有限？

答：目前，大多數聯邦醫療保險和醫療補助計劃將其對進食障礙治療的覆蓋範圍限制在住院(以醫院為基礎)和門診專案。然而，重要的是要記住每個計劃都是不同的，從而您應該聯繫您的保險公司來核實您的福利和保險範圍的選項。

對於享受聯邦醫療保險和醫療補助計劃的人來說，之所以他們的對進食障礙治療的保險範圍如此有限是因為這些項目的設計方式。《2008年心理健康均等與成癮公平法》(MHPAEA)是一項聯邦法律，其大體上要求團體健康計劃和健康保險支付人提供精神健康或物質使用障礙福利，使精神健康診斷與醫療診斷具有同等的福利覆蓋範圍。然而，由於醫療問題是在醫院或通過門診治療，MHPAEA將精神健康保險限制在相同的治療選擇，即住院或門診。這就排除了像進食障礙這樣的精神健康情況通常需要的任何其他級別的護理，包括住宅治療、大多數部分住院治療項目(除非它們是基於醫院的)，以及大多數強化門診專案(除非它們是基於醫院的)。

問：我該如何知道哪些醫療服務提供者是網路內的？

答：網路內的醫療服務提供者是那些「首選的」或被您的保險計劃覆蓋的人。如果要尋找誰在您的網路內，接下來的做法可能會比較容易：打電話給您的會員服務號碼(Member Services number)，並要求把列出您在找的網路內醫療服務提供者(治療師、營養師、精神病醫生等)的名單通過電子郵件發給您。

當在搜索工具中輸入您的地區代碼時，這些醫療服務提供者可能會在保險網站上出現。如果您在保險市場購買保險計劃，您可以在搜索工具中輸入您醫療服務提供者的名字，以顯示哪些計劃與您目前的醫療服務提供者相匹配。另一個核實您的醫療服務提供者是否接受您的特定計劃的方法是打電話給您選定的醫療服務提供者的辦公室，他們會通知您他們是在網路內還是網路外，並在您預定的預約之前提供福利檢查。

問：我的保險計劃沒有任何網路內治療進食障礙的門診專科治療師。那我能做些什麼來避免自付費用給醫療服務提供者呢？

答：根據具體的保險計劃，您可能可以採取一些措施來避免承擔自付費用。具體來說，您可以與您的保險公司代表跟進並讓其告知您的計劃是否有搭配單一病例協定(SCA)或特別承保協定的選項。SCA是保險公司和網路外醫療服務提供者為特定病人簽訂的一種合同，它使病人在規定的時間內獲得網路外醫療服務提供者的網路內保險。撥打通常位於保險卡背面的會員服務號碼將為您接通保險代表。

問：我需要做什麼才能去看網路外的醫療服務提供者？

答：如果由於您所尋求的服務不在您的網路內或您所在的地區，您確實需要去看不在您的網路內或網路外的醫療服務提供者，那麼根據您的計劃的網路外政策，您可能需要採取額外和不同的步驟。

如果您的計劃有網路外的福利，這可能會被保險計劃覆蓋，但這通常會有較高的免賠額和/或共付額。在通常情況下，如果有網路外福利，那麼打個比方說，網路內服務可能有\$4,000的免賠額而網路外服務則有\$8,000的免賠額。如果看初級保健醫生(PCP)的話，網路內的共付額可能是\$25，而網路外的共付額可能是\$50。

通常的情況是，治療進食障礙的醫療提供者或者治療中心會在網路之外(這是)。如果您的保險計劃不包括進食障礙相關的服務，或者在您的地區或網路中沒有可獲得的專科醫生，那麼治療進食障礙的醫療提供者可能屬於網路外的。

在這種情況下，如果您為進食障礙尋找的是門診服務提供者，而他們是網路外的，那這往往是需要自費支付。許多門診服務提供者提供一種浮動費率制，您可以與他們討論一個他們願意為您的療程收取的較小金額。如果進食障礙治療中心不在網路內，許多計劃會允許簽訂單一案例協定，這是醫療服務提供者和保險支付人之間的一次性協商合同，為的是給您的治療提供保險。這項服務的帳單和支付金額將提前討論。

問：什麼是預先授權和利用審查？

答：當您的健康保險公司審查患者的治療請求時，就會發生預授權審查。在授權請求期間，您的健康保險公司將決定他們是否能夠支付所請求的治療費用。通常由您的治療機構和/或醫療服務提供者完成的利用審查是一個對繼續住院和增加治療天數的請求。在利用審查

期間，您的保險公司將根據《米利曼護理指南》(*The Milliman Care Guidelines, "MCG"*) 要求資訊滿足醫療必要性標準。《米利曼護理指南》是由MCG health針對提供者和健康計劃發佈的一套健康行業最佳實踐、指南和診斷標準。

問：如果我的健康保險拒絕對我的治療進行預先授權，或拒絕支付已經提供的治療服務，我有什麼選擇？

答：如果您的保險公司拒絕承保治療服務，您可以向您的健康保險公司提出上訴，以複審他們的決定。上訴程式因健康保險公司而異；您可以在他們的網站上或致電會員服務找到更多關於您的健康保險上訴程序的資訊。您可以在[這裡](#)和[這裡](#)找到更多關於健康保險上訴的資訊。如果您的上訴被拒絕，您可以選擇重新提交。如果您認為拒絕是不公平的，甚至是非法的，您應該諮詢律師。

問：我該如何提交單一案例協定 (SCA) ？

答：協調SCA的過程因保險機構而異。然而，由於SCA涉及到您的保險公司和您的治療提供者，這裏建議您在整個過程中與雙方保持聯繫，以使每個人都意見一致。

*請在這些保險指南中進一步閱讀關於啟動SCA程式的更多資訊。

問：我的健康保險會涵蓋在我居住地以外的州的醫療機構的治療費用嗎？

答：這取決於您的保險供應商。大多數保險公司的網站上都有一份他們所有網路內治療機構的清單，所以在您第一次治療預約之前，去那裡查看是很重要的。

問：什麼是《心理健康均等與成癮公平法》(MHPAEA) ？

答：MHPAEA是一項在2008年簽署的聯邦法律。這項法律要求保險公司為心理健康和藥物使用服務提供與其他健康服務同等的保險。這項法律為網路內心理健康保險鋪平了道路。然而，它沒有得到充分的執行。對於進食障礙的治療，它也被證明是不足的，因為醫療保健

只包括醫院或辦公室就診，而針對進食障礙的治療還包括住宅治療、PHP和IOP，而這些都不包括在均等原則內。

《心理健康很重要法》(The Mental Health Matters Act)已於9月29日在美國眾議院通過，它顯著擴大了美國勞工部根據MHPAEA 對違反精神健康平等的問題進行執法或提起民事訴訟的權力，並消除了自由裁量條款。

必須遵循均等原則的健康計劃：

- 為擁有51名以上雇員的僱主提供的團體健康計劃
- 為雇員在50人或以下的僱主提供的大多數團體健康計劃，除非它們是「祖父計劃」，這意味著它是在聯邦平等法律生效之前創建的
- 聯邦雇員健康福利專案
- 醫療補助管理性護理計劃(MCOs)
- 州級兒童健康保險計劃(S-CHIP)
- 一些州和地方政府的保健計劃
- 通過健康保險市場購買的任何保健計劃
- 大多數在健康保險市場之外購買的個人和團體健康計劃，除非是「祖父計劃」。

不需要遵循均等原則的健康計劃：

- 聯邦醫療保險(除了聯邦醫療保險對門診精神健康服務的費用分擔符合平等原則外)
- 醫療補助的按服務收費的計劃
- 在2010年3月23日之前創建和購買的個人和團體「祖父」健康計劃
- 根據與平等有關的費用增加而獲得豁免的計劃

如果各州不執行該法律，聯邦醫療保險和聯邦醫療補助服務中心(CMS)也可以強制執行均等原則。如果您擔心您的保險計劃沒有遵守均等原則，請聯繫CMS的幫助熱線。

1-877-267-2323 Ext 6-1565

[在此閱讀更多關於MHPAEA的資訊](#)

問：當我有關於帳單、保險範圍等問題時，我可以和誰交談？

答：當您有關於您的保險計劃的帳單或保險範圍的問題時，最好是撥打您的保險卡背面的會員服務號碼來詢問。根據您的計劃，可能有不同的會員服務號碼可以撥打，其中醫療和

行為健康各有一個號碼。如果您需要聯繫一個單獨的部門，客戶服務代表會將您轉接到相應的部門。

問：如何獲得我的保險福利的副本？

答：當您第一次加入您的計劃時，您通常會被提供一份您所選擇的計劃的保險福利的副本。這通常是PDF格式，其中概述了承保服務、費用、保費等。如果您沒有這份檔的副本，請嘗試在您的保險網站上查找，或與您雇主的人力資源部門交談（如果保險是通過工作獲得的）交談，以獲得一份副本。您也可以致電會員服務部來要求把這份檔通過電子郵件發送給您。

問：我的保險不承保預先存在的狀況，並將我的進食障礙視為預先存在的狀況。我該如何使治療在承保範圍內？

答：從2014年起，奧巴馬醫改禁止保險公司將有既存疾病的人排除在保險範圍之外。如果您的保險公司仍然報告說他們不會承保先前存在的疾病，您可以向法律援助或其他治療宣導者尋求說明，以協助爭取您的進食障礙治療得到承保。

我如何知道我的保險涵蓋哪些內容？

弄清楚您的計劃涵蓋的內容可能是一個令人不知所措和精疲力盡的過程，總的來說，需要做很多工作。

每一個保險計劃都是不同的。

這裡有一些方法可以讓您瞭解您的保險計劃包括哪些內容：

- 如果您有機會的話，請閱讀您的保險手冊。其中應該有一個「福利摘要」部分，它列出了承保的服務、費用等。
- 訪問您的健康計劃的網站。您的心理/行為健康福利應該列在網站的承保福利下。您的保險卡上可能有這個網址。如果您還沒有保險卡，您可能需要創建一個在線帳戶來查看您的計劃資訊。
- 撥打您的保險公司的會員服務號碼，這是一個通常列在您保險卡背面的免付費電話號碼。要求與客戶代表交談，以瞭解心理健康服務的承保範圍。請他們解釋您的福利。如果您有一個診斷代碼，這可能有助於您獲得準確的資訊。診斷代碼是一個數位和字母的組合，它通常被治療提供者和保險公司用來識別承保的福利、索賠和付款。如果您有一個醫療服務提供者，您可以向他們詢問您的診斷代碼，以達到保險的目的。

當您打電話詢問保險福利時要問的問題：

- 保險福利是否涵蓋心理健康相關的治療？
- 心理健康的保險是否覆蓋門診和更高等級的護理，如強化門診、住宅治療、部分住院、住院？
- 醫療營養治療是否在承保範圍之內？
- 是否有限定的就診次數（用於心理健康治療、醫療營養治療、住院治療等）？
- 我對（要求的服務）的共付額是多少？
- 我的免賠額是多少？
- 我的最高自付額是多少？
- 我是否有網路外的福利？
- 是否存在對於進食障礙治療服務的特定的限制或排除項？
- 您可以給我發送一份我的福利的副本，和/或我能在保險網站上查看到嗎？
- 向您的保險公司索取一份用於確定護理水準的指導方針（他們被要求給您提供）。

- 您也可以打電話給治療中心或醫療服務提供者來給您提供醫療保險資訊。他們將為您聯繫保險公司，並進行「福利驗證」來詳細分析您的保險福利且其承保範圍。

什麼是醫療必要性？這和承保的服務有區別嗎？

醫療必要性是您在尋求心理健康和進食障礙治療時可能遇到的一個術語。醫療必要性不同於承保的醫療福利。

醫療福利是您的保險計劃同意支付的東西。醫療必要性是指您的醫療服務提供者認為您有必要接受的治療，如更高等級的進食障礙治療。保險可能不同意醫療上必須的東西。保險公司往往拒絕承保醫療上必要的進食障礙治療，或只批准較低等級的護理。

如果您的保險公司拒絕承保您的治療，您有權對他們的決定提出上訴。如果您與醫療服務提供者合作，他們可以幫助指導您完成上訴程式。您的保險公司也會提供您所需的資訊，以便您自己對他們的決定提出上訴。要堅持不懈，盡可能為自己辯護。

拒絕是可以被逆轉的。不要放棄！

平價醫療法案與保險市場

什麼是《平價醫療法案》(ACA)？

《平價醫療法案》(即「奧巴馬醫改」)是為了說明個人通過健康保險市場獲得可負擔的健康保險。

《平價醫療法案》有助於建立一個有競爭力的私人健康保險市場，旨在讓人們對他們的健康保險和護理負責。這些基於國家的競爭性市場為數百萬美國人和小企業提供了對可負擔的保險的「一站式購物」。

如果需要通過保險市場購買保險計劃，則必須在開放註冊期間(每年您可以註冊健康保險或改變計劃的時期)註冊。如果您有符合條件的生活事件(換工作、失去工作、結婚/離婚、搬家、生孩子等)，您仍然有資格在開放註冊期間之外註冊一個計劃。

市場上有許多家健康保險公司，它們在供應商網路、免賠額和其他成本方面各有利弊。市場的設置是為了在網站上輕鬆比較每個計劃和利弊。

來源：

<https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Marketplaces>

什麼是保險市場？

健康保險市場是一個在線市場，它因州而異並且人們可以在其中購買健康保險。由於ACA的緣故，您可以查看和比較保險的覆蓋面和可負擔性。

在 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) 的市場上回答的常見問題：

問：我可以在任何時候通過市場申請保險嗎？

答：市場計劃可在以下的情況下購買：

1. 在開放註冊期
2. 在特別註冊期
3. 如果您符合醫療補助計劃或CHIP的資格
4. 如果您在開放註冊期間申請了醫療補助計劃或CHIP，並在開放註冊期結束後發現不符合其條件
5. 如果您是美國原住民
6. 紐約州(NY)、明尼蘇達州(MN) 和馬薩諸塞州(MA)「收入相當低」的居民

開放註冊期是指在每年秋季您可以通過 healthcare.gov 上的保險市場註冊下一個日曆年的健康保險計劃的時期。開放註冊期在每年的11月1日到12月15日進行(有時在較晚的日期結束，因為這個結束日期因州而異)。一旦您註冊成功，您的新保險覆蓋範圍將於新年的1月1日開始生效。

在**特別註冊期**，個人或家庭必須有符合資格的生活事件才能在每年的ACA公開登記期之外購買健康保險。符合條件的生活事件的例子有失去其他保險覆蓋、出生或收養一個孩子、結婚、離婚、搬家、或某些其它生活變化。如果符合條件，即使以前不符合條件，您也可能有資格獲得支付保費的說明。當個人經歷符合條件的生活事件時，通過市場可以觸發擁有**60天**時間窗口的特別註冊期。對於聯邦醫療保險範圍，大多數符合條件的事件會觸發**2個月**的特別報名期，但也有例外情況。

*雖然失去現有的最低基本保險是一個會觸發符合ACA的個人市場計劃的特殊開放註冊期的資格事件，但短期保單不被視為最低基本保險，因此失去短期保險不是一個資格事件。

通過**醫療補助計劃或兒童健康保險計劃(CHIP)**，您可以在任何時候申請，並且如果您符合條件的話，您可以立即註冊。如果您在開放註冊結束後被拒絕投保並被認為不符合醫療補助或CHIP的資格，您將能夠通過市場申請新的保險計劃。

如果您符合資格，您可以隨時申請醫療補助計劃或兒童健康保險計劃(CHIP)，並且立即註冊。如果您在開放註冊期結束後被拒絕投保並被認為不符合醫療補助或CHIP的資格，您將能夠通過市場申請一個新的保險計劃。

根據《印第安人醫療改善法案》(Indian Healthcare Improvement Act) 的規定，您必須是一個公認的印第安部落、族群或國家的成員才能有資格作為**美國原住民**參加公開註冊。

紐約 (the Essential Plan) 和**明尼蘇達 (MinnesotaCare)** 都提供全年的註冊服務，收入不超過貧困水準200%的居民可以參加。**馬薩諸塞州 (ConnectorCare)** 為收入不超過貧困水準300%的居民提供服務。

問：我該如何報告我的收入、家庭或地址的變更？

答：您可以通過三種方式向市場報告變化：網上、電話或親自去—但不能通過信件。儘快報告任何變化是很重要的。這些變化可能影響您的保險覆蓋範圍和儲蓄。

問：我該如何提交檔？

答：您可以在網上上傳檔，這是處理檔的最快和最簡單的方法。或者您可以郵寄您的檔副本。

問：我該如何支付每月的保費來完成我的註冊？

答：當您擁有通過市場的保險時，您將直接向保險公司支付保費，而不是向健康保險市場®支付。在您支付第一筆保費之前，您的保險都還不會開始生效。

[獲得更多有關完成保險註冊的資訊](#)

問：如果我不是美國公民怎麼辦？我可以通過市場申請保險嗎？

答：可以，但得在某些情況下才有資格通過醫保市場獲得保險。[點擊這裏瞭解更多](#)

問：誰有資格通過市場參加健康保險計劃？

答：您必須：

- 居住在美國
- 是美國公民或國民，或在美國合法居留
- 沒有被監禁，但一旦不被監禁后就可以註冊
- 沒有有效的聯邦保險計劃

您可以同時擁有市場醫療保險計劃和醫療補助計劃，但如果您參加了醫療補助計劃，就無法獲得保費稅收抵免的預付款或其他節省費用的資格來說明支付您在市場醫療保險計劃保費中的份額。

問：我該如何在市場上選擇一個保險計劃？

答:如果您有資格通過《平價醫療法案》(通過開放註冊期或符合條件的生活事件)獲得健康計劃,您可以從訪問 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) 網站開始,以及您可以通過以下幾種方式申請健康保險:

- 在線通過 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)
- 打電話
- 在您社區的人的說明下
- 通過代理人/經紀人
- 通過認證的註冊合作夥伴網站
- 使用紙質申請
- 研究和選擇健康計劃的最常見和最簡單的方法是去 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)。這將使您能夠直觀地並排查看健康計劃,以比較保險覆蓋範圍。

問:什麼是符合ACA規定的保險承保範圍?

答:通過保險市場的ACA計劃,您不會被拒絕承保,也不會被拒絕這些計劃必須涵蓋的至少10項基本健康福利。ACA計劃可以提供額外的福利,但這10項必須包括在任何符合ACA的計劃中。您不能在一年中的任何時候申請符合aca的醫療計劃。如果要申請任一ACA醫療計劃,您必須在開放註冊期或特殊註冊期註冊。

10項基本的健康福利包括:

1. 門診護理
2. 處方藥物
3. 急救服務
4. 心理健康和成癮治療
5. 住院治療
6. 康復服務和設備
7. 預防、保健和慢性疾病治療
8. 化驗室服務
9. 兒科護理
10. 孕產婦和新生兒護理

健康保險類別與計劃

健康保險計劃類別：

健康計劃類別是基於您和您的計劃如何分攤醫療保健費用。這與醫療質量無關。

計劃將根據收入而有所不同。

- **青銅計劃** - 估計可以支付60%的醫療費用，剩下的40%由被保險人支付，但不超過規定的自付上限
- **白銀計劃** - 估計可支付70%的醫療費用，但自付部分不超過既定的自付上限。
- **黃金計劃** - 承保80%的醫療費用，但自付部分不超過規定的自付上限。
- **鉑金計劃** - 估計可以支付90%的醫療費用，但自付部分不超過既定的自付上限。

	保險支付	您支付
青銅計劃	60%	40%
白銀計劃	70%	30%
黃金計劃	80%	20%
鉑金計劃	90%	10%

*基於 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) 上的圖表

健康保險計劃：

有不同類型的計劃，旨在滿足不同的需求。有些計劃限制了您對醫療服務提供者的選擇，或者鼓勵您從計劃中的醫療服務提供者和醫療服務網路中獲得護理。

健康維護組織計劃 (Health Maintenance Organization (HMO) Plan)：這種計劃通常只涵蓋為HMO工作或與HMO簽約的醫生提供的護理。除非是急診，一般不會承保網路外的護理。HMO可能要求您在其服務區居住或工作才有資格獲得保險。您必須在HMO中選擇一個初級保健醫生。

指定服務機構計劃 (Exclusive Provider Organization (EPO) Plan)：該計劃的服務只有在您使用該計劃網路內的醫生、專家或醫院時才會得到保障(緊急情況除外)。與HMO不同的是，您不需要選擇一個初級保健醫生。

定點服務計劃 (Point of Service (POS) Plan)：如果您使用屬於該計劃網路的醫生、醫院和其他醫療服務提供者，該計劃允許您支付較少費用。這種計劃提供網路外的福利，但網路內的醫療服務提供者的費用較高(與HMO相比)。POS計劃要求您從您的主治醫生那裡獲得轉診，以便看專家。

優選醫療機構計劃 (Preferred Provider Organization (PPO) Plan)：如果您使用該計劃網路內的醫療提供者，該計劃將允許您支付較少的費用。您可以在不需要轉診的情況下，使用網路外的醫生、醫院和醫療服務提供者，但需要支付額外的費用。PPO和POS之間最大的區別是靈活性。POS計劃通常費用較低，但提供的選擇較少。

分步指南：

如何在市場上申請保險：

1. 進入 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov), 點擊“Take the first step to apply”或者 “Login to renew/change plans”
2. 如果您已有帳戶, 請登錄, 或從下拉功能表中選擇您所在的州。您將被引導到您所在州的保險市場。
3. 在您所在州的市場上創建一個新帳戶或登錄現有帳戶。
4. 按照您所在州市場的指示完成新的申請。
5. 一旦完成申請並確認資格后, 點擊“Shop for Plans”。您還可以在完成申請之前查看計劃。
6. 所有符合您資格的計劃都會顯示在網站上。您可以選擇輸入您的醫療服務提供者, 以查看他們是否接受可用的健康保險政策, 並通過篩選偏好來縮小或比較計劃。

Text in blue box:

這會是一個艱難且難以抉擇的決定。

如果您覺得在選擇計劃之前需要額外的指導並想問一些問題, 您可以撥打:

[1-800-318-2596](tel:1-800-318-2596)

除公休日外, 24小時/7天全天候提供服務

申請醫療補助計劃 (Medicaid)

因為每個州都管理著自己的醫療補助計劃，所以資格要求因洲而異。如果您對資格有疑問，請聯繫您所在州的醫療補助機構，或在您所在州的醫療補助機構的網站上在線申請來看看您是否符合資格。

[點擊這裡瞭解各州的醫療補助資格。](#)

醫療補助計劃的服務物件是誰？

醫療補助計劃為特定人群提供服務，包括：

- 低收入的孕婦
- 低收入家庭的子女
- 被寄養的兒童
- 殘疾人士
- 低收入的老年人
- 低收入的父母或看護者
- 各州也可以選擇將資格擴大到其他群體，如可能有或沒有孩子的低收入者

醫療補助計劃必須包括聯邦法律規定的強制性健康福利。一些醫療補助計劃可能提供額外的、可選擇的福利。

每個州決定醫療補助計劃所涵蓋的全部福利。因此，醫療補助計劃和CHIP所覆蓋的人口和福利因州而異。

在所有的州，醫療補助計劃為一些低收入者、家庭和兒童、孕婦、老人和殘疾人提供醫療保障。在一些州，醫療補助計劃還包括所有低於一定收入水準的低收入成年人。這個群體有時被稱為「擴張成人」（“**expansion adults**”）。

兒童健康保險計劃（CHIP（**Children's Health Insurance Program**））為那些家庭收入未達到醫療補助計劃的資格要求的兒童提供低成本保險。在一些州，CHIP也可能為孕婦提供保險，但不包括那些有符合CHIP資格的孩子的成年人。

聯邦法律要求各州提供某些「強制性」福利，並允許各州在醫療補助計劃和CHIP中涵蓋其它「選擇性」福利。

雙重特殊需求計劃(或雙重資格健康計劃)是一種為同時擁有醫療補助計劃和聯邦醫療保險計劃的人提供的健康保險計劃。這些人是「雙重資格」,因為他們有資格獲得醫療補助計劃的福利以及聯邦醫療保險計劃的福利。

雙重特殊需求計劃為那些需要說明的人提供額外說明。這可能是由於收入、殘疾、年齡和/或健康情況。

雙重特殊需求計劃將與您的醫療補助計劃一起運作。您將保留所有醫療補助計劃的福利。大多數雙重醫療計劃還提供比原始聯邦醫療保險計劃更多的福利和功能。

強制性醫療補助計劃的福利：

- 住院服務
- 醫院門診服務
- 早期和定期檢查、診斷和治療服務(Early and periodic screening, diagnostic and treatment services (EPSDT))
- 護理機構服務
- 家庭健康護理服務
- 醫生服務
- 農村健康診所服務
- 聯邦政府認可的健康中心服務
- 化驗及X光服務
- 計劃生育服務
- 護理及助產士服務
- 註冊兒科和家庭護士服務
- 獨立的分娩中心服務(經州政府許可或以其他方式認可)
- 就醫交通服務
- 孕婦戒煙諮詢服務

可選的醫療補助計劃的福利：

- 處方藥物
- 診所服務
- 物理治療
- 職業治療

- 言語、聽力和語言障礙服務
- 呼吸系統服務
- 其他診斷、檢查、預防和康復服務
- 足部醫療服務
- 驗光服務/眼鏡
- 牙科服務/假牙
- 假肢
- 脊椎按摩療法服務
- 私人護理服務
- 個人護理
- 臨終關懷
- 病例管理
- 為65歲或以上在精神疾病機構（institution for mental disease (IMD)）內的個人提供的服務
- 為智力殘疾個體提供的中間護理設施服務
- 自助個人援助服務
- 與結核病相關的服務
- 21歲以下個體的住院精神科服務
- 衛生和人類服務部長批准的其他服務
- 為患有慢性病的參保人提供的健康之家（Health homes）

申請聯邦醫療保險計劃（Medicare）

聯邦醫療保險計劃的服務物件是誰？

聯邦醫療保險計劃為特定人群提供服務，包括：

- 65歲或以上的人
- 65歲以下有某些殘疾的人
- 患有終末期腎病的所有年齡段的人

聯邦醫療保險計劃A部分(醫院保險)

說明支付醫院的住院護理、專業護理機構的護理、臨終關懷和家庭保健的費用

聯邦醫療保險計劃B部分(醫療保險)

說明支付醫生和其他醫療保健提供者的服務、門診護理、醫療設備和預防服務的費用

聯邦醫療保險A和B部分通常被稱為「傳統聯邦醫療保險計劃」(“Traditional Medicare”)。

為了說明支付傳統醫療保險的個人自付費用(通常為20%的共保費)，您還可以購買補充保險，例如聯邦醫療保險補充計劃 Medigap，或者從前僱主或工會獲得次要保險，或者通過醫療補助計劃(Medicaid)來獲得資助。

如果聯邦醫療保險是主要保險而醫療補助計劃是次要保險，或者是雙重聯邦醫療保險/醫療補助計劃，那麼只有在提供醫療服務的機構/診所也接受聯邦醫療保險時，才能使用醫療補助計劃的福利。

聯邦醫療保險優勢計劃(又稱為聯邦醫療保險計劃C部分)

這是一種經過聯邦醫療保險批准的由私人保險公司提供的計劃，它為傳統醫療保險提供了一種替代方案。這些「捆綁」計劃包括A部分、B部分，通常還包括D部分(藥物保險)。這些計劃的個人自付費用可能比傳統聯邦醫療保險更低。

聯邦醫療保險計劃D部分(處方藥物保險)

適用於所有聯邦醫療保險的參保者。為了獲得聯邦醫療保險處方藥物保險，人們必須加入經聯邦醫療保險批准的提供聯邦醫療保險藥物保險的計劃。大多數人需要為D部分支付每月保費。

[點擊此處瞭解如何申請聯邦醫療保險 \(Medicare\)](#)

進食障礙治療

護理級別

護理級別	什麼樣的患者符合資格	患者可以預期什麼	保險是否提供承保範圍
住院 (INPATIENT, IP)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者的病情不穩定 ● 患者需要24小時/7天監護以確保安全 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均住院時間為7天-1個月不等 ● 所有膳食和零食都有專人監管 ● 帶鎖的衛生間 ● 大多數治療和營養專案是以小組為單位的 ● 患者居住在此場所 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是, 但需要事先授權
住宅 (RESIDENTIAL, RES or RTC)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者在醫學和/或心理上穩定, 但他們需要一個遠離家的有組織的環境來康復 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均暫住時間為幾周到一年不等 ● 所有膳食和零食都有專人監管 ● 專案是團體和個人治療及營養療程的混合 ● 患者居住在此場所 	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常只有私人保險可以, 而且需要事先授權 ● 根據計劃和方案, 私人和公共醫療計劃可能有SCA
部分住院治療專案 (PARTIAL HOSPITALIZATION PROGRAM, PHP) 或日間治療 (DAY TREATMENT, DTP)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者的身體和心理都很穩定, 但他們需要日常的支援, 以防止病情惡化 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均暫住時間為4-8周 ● 每周5-7天在白天見面 ● 每天至少有兩次受監督的進食 ● 專案是團體和個人治療及營養療程的混合 ● 患者居住在此場所之外 	<ul style="list-style-type: none"> ● 私人保險可以 ● 以醫院為基礎的專案通常會有政府資助 ● 通常需要實現授權 ● 私人和公共醫療計劃可能有SCA
強化門診 (INTENSIVE)	<ul style="list-style-type: none"> ● 病人不再需要日常支援 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均住院時間為6-12周 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是 - 但經常只有私人保

OUTPATIENT, IOP)	, 但他們仍然需要一個結構化的康復環境	<ul style="list-style-type: none"> ● 該專案每週3天, 每次3小時 ● 每個療程有一次受監督的進食 ● 治療和營養療程可能是以個人或者小組為單位 ● 患者居住在此場所之外 	<p>險可以, 並且可能需要事先授權</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 私人和公共醫療計劃可能有SCA
門診 (OUTPATIENT, OP)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者需要支援才能恢復, 但可以在低風險的情況下進行日常生活 	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療是持續進行的, 時長為幾個月到幾年不等 ● 治療包括: <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人治療 ○ 小組治療 ○ 營養/營養師治療 ○ 精神科預約就診 ○ 醫療預約就診 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是, 但它通常只限於網路內的醫療提供者, 而且很少有機制來搜索治療進食障礙的專家
強化家庭治療 (INTENSIVE FAMILY TREATMENT, IFT)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者年齡在24歲或以下, 並與原生家庭生活在一起 	<ul style="list-style-type: none"> ● 整個家庭會參與治療 ● 為期一周的集中治療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 罕有
家庭式治療 (FAMILY-BASED THERAPY, FBT)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者是青少年或與家人同住的成年人 	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療是由治療師主導的 ● 專注於增強父母餵養孩子的能力 ● 通常為20個療程 	<ul style="list-style-type: none"> ● 罕有

單一病例協定 (SCA)

什麼是SCA？

單一病例協定（**SCA**）是保險公司和網路外醫療機構之間的一次性合同，這樣患者就可以使用他們的網路內福利去看該醫療機構。這本質上是網路的一個例外，因此患者在滿足網路內免賠額（如果有的話）后，只需為治療支付常規的網路內共付額。保險公司將支付的每個療程的費用由保險公司和醫療機構協商，並作為SCA的一部分。

在以下情況下，**SCA**是合理的：

- 門診醫療提供者/治療專案有一個臨床專科，但這無法通過網路內的任何醫療提供者獲得
- 網路內醫療提供者不為您所屬於的年齡、性別或宗教偏好的人提供治療
- 患者所在的地理位置沒有任何網路內的醫療提供者
- 最近改變了保險計劃的患者，或在同一醫療機構中降到不同級別的護理（護理的連續性）
- 所有網路內的醫療提供者都被約滿了，且都沒有空
- 有證據表明現有的網路內醫療提供者是不合適的或者會造成傷害（例如，如果患者是跨性別者，則他們需要一個具有跨性別專業知識的醫療提供者）
- 如果保險計劃確實有網路外福利，那麼免賠額、自付上限和/或共付額在經濟層面可能過於昂貴
- 當在網路內醫療工作者中沒有選擇，並且也沒有網路外的福利時，可以獲得SCAs，而且它通常在醫療補助計劃中被需要。當要求住宅護理級別時，這在醫療補助計劃中尤其常見。
- 對於一些聯邦醫療保險計劃（Medicare plans）來說，SCAs是可能的，但與私人計劃或醫療補助計劃（Medicaid plans）相比，通過聯邦醫療保險（Medicare）獲得SCA可能更困難——為醫療補助計劃（Medicaid）和聯邦保險計劃（Medicare）申請SCA的最佳第一步是申請一個行為健康個案經理（或者，Medicaid/Medicare可能將個案經理稱為個案協調員）

我該如何建立一個**SCA**？

SCAs通常由醫療服務提供者和保險公司直接協商達成的。當您第一次接觸您的醫療服務提供者進行治療時，您可以問他們是否願意與您的保險公司協商簽訂SCA。準備好提供有關您的病史以及您過去是否接受過進食障礙治療的細節。要是用來證明您選擇的醫療服務提供者是最適合您的理由越充分，那您的保險公司就越可能同意SCA。

一個**SCA**會維持多久？

SCA通常在您的治療過程中持續存在。然而，如果您與您的醫療服務提供者完成了治療並決定在稍後的日期恢復治療，您將需要與您的保險公司協商一個新的SCA。

建立和倡導一個SCA的步驟：

- 首先聯繫您的保險公司的會員服務部(行為/精神健康號碼通常在您的保險卡背面)以要求對方提供一份網路內(INN)專門治療進食障礙的醫療服務提供者/治療機構的名單。
- 如果沒有可選擇的網路內醫療服務提供者，那麼可以詢問對方您是否有網路外福利。許多保險計劃沒有網路外福利。如果您的保險計劃也沒有，那麼詢問您可以與誰交談，以確定是否有可能達成單一病例協定。告訴他們您已經“exhausted all resources(用盡了所有資源)”並且在您的保險計劃中“there are no known residential eating disorder facilities INN(沒有已知的網路內的進食障礙住宅治療機構)”可以滿足_____的需求。
- 當與您的保險公司交談時，如果您還沒有一個行為健康案例管理人，請要求對方為您指定一個。這是一個免費的註冊，並且您的案例經理將是您在保險公司內部的代言人來說明您聯繫網路內資源。您的案例經理將是您在保險公司的聯絡人。告訴接電話的代表這件事很緊急並且這取決於您是否能立即找到治療——這將有望使他們儘早回復您。如果您在1-2周內沒有收到回音，請不要害怕給對方回電，畢竟「會吵的小孩有糖吃」！
- 如果您沒有符合您需求的網路內醫療服務提供者，請查詢並致電進食障礙治療機構的，詢問他們是否會通過申請SCA來與您的保險合作。這經常會因保險計劃而異，並且某些機構會不與醫療補助計劃合作。如果可能的話，可以從州內或附近的機構開始嘗試——這些機構有時更有可能獲得SCA的批准。
- 一旦您找到一個願意與您的保險合作的治療中心，他們將指導您完成接下來的步驟，以接受評估並申請SCA。
- 如果您有門診醫生(治療師/營養師/精神科醫生/初級保健醫生)，這麼做可能會有說明：讓他們與您的治療中心溝通來為您的更高護理級別的建議和對SCA的需求提供更多理由。這可能有助於收集更多資訊，使保險滿足申請SCA的「醫療必要性標準」。

對保險拒賠提出上訴

如果您的健康保險拒絕為您的治療承保，您可以提出上訴。
保險上訴有兩種類型：

- 內部上訴：您的保險公司對其拒絕承保治療的決定進行「全面和公平的審查」。您可以[在這裡](#)瞭解更多關於內部上訴的資訊。
- 外部審查：一個獨立的第三方確定您的保險公司是否應該拒絕承保治療。您可以在[這裏](#)瞭解更多關於外部審查的資訊。

申訴信模版1

(資訊來源：[羅切斯特大學醫學中心](#))

申訴信模版2

(資訊來源：[《精神病學實踐雜誌》](#)：提供常規的醫療必要性函，以改善我們的患者獲得護理的機會)

請按下以下內容查看更多上訴信樣本：

[用於保險公司的信函樣本](#)

[向保險公司提交OSFED治療的申訴書](#)

上訴流程

1. 點對點

點對點是您的治療提供者(通常是精神科醫生或有執照的治療師)與保險公司的醫生(MD)之間的電話交談。當保險公司考慮拒絕服務請求時,就會發生這種情況。

2. 1級 - 內部上訴

如果MD在點對點中拒絕了服務,可以要求內部上訴,以評估在拒絕服務時是否作出了正確的決定。這可能涉及您的治療小組和MD之間的另一次談話,或審查醫療記錄,或兩者兼而有之。通常情況下,這將被要求作為「加速上訴」並將在48-72小時內進行。

3. 2級 - 內部上訴

對拒絕的重新考慮將由保險公司的另一位MD執行。這可能是通過審查病歷來完成的——這是有治療小組參與的現場對話,並且在某些情況下,家庭成員和/或客戶也會參與進來,對拒絕承保提出異議。這種上訴可能需要更長的時間。

4. 外部上訴

如果經過每一級的內部上訴仍然維持拒絕承保的決定,您可以要求進行獨立的外部審查。保險公司將選擇一個稱為獨立審查組織的第三方。該決定可能需要等待45天。如果拒絕承保的決定被推翻,保險公司在法律上有義務支付服務費用。

*這個上訴流程因保單而異,並且它不適用於醫療補助計劃(Medicaid)、聯邦醫療保險計劃(Medicare),或美國國防部軍事衛生系統的健康護理專案(Tricare)的保單。

[點擊這裡瞭解更多有關聯邦醫療保險計劃的上訴流程](#)

[點擊這裡瞭解更多有關美國國防部軍事衛生系統的健康護理專案的上訴流程](#)

法律支援

對進食障礙相關訴訟起作用的法律實踐

[Berger & Green \(PA\) -](#)

「如果您被診斷出患有進食障礙，並且由於進食障礙引起的身體和精神併發症而無法工作，您可能有資格獲得社會安全域的殘疾福利。對於您的社會安全殘疾索賠來說，您接受醫生的治療是非常重要的。Berger and Green律師事務所擁有超過35年幫助人們獲得他們應得福利的經驗。如果您想為您的SSD或SSI索賠進行免費諮詢，或與進食障礙的律師交談，請致電412-219-5090。」

[Disability Insurance Law Group \(FL\) -](#)

「在Disability Insurance Law Group，您將找到一支由經驗豐富的健康保險律師組成的團隊，為個人客戶、他們的家人和治療設施提供服務，以獲得在健康保險政策下承諾的醫療保障。了解我們具備為您維權的技能和經驗是非常重要的。我們有知識和熱情，可以追究保險公司對承諾的醫療保障和我們客戶應得的治療的責任。如果您或您的親人因進食障礙被拒絕治療，請立即撥打855-496-5356聯繫我們。」

[Kantor & Kantor, LLP \(CA, OR, and WA\) -](#)

「Kantor & Kantor, LLP 是全國最有經驗和備受尊敬的律師事務所之一，專門處理針對保險公司的保險索賠訴訟。Kantor & Kantor, LLP已經發展出一種專門的法律實踐，代表那些其健康保險公司或福利計劃不公正拒絕其進食障礙和雙重診斷(物質濫用和其它共病癥狀)治療索賠的客戶。Kantor & Kantor, LLP的訴訟和立法積極的方法為那些發現自己在保險福利被錯誤拒絕時為自己的保險福利而戰的客戶帶來了正義。」

[Q & A with Lisa Kantor: How to Get Coverage for the Treatment of My Eating Disorder](#)

[Law Offices of Scott Glovsky \(CA\) -](#)

「Scott Glovsky是全國知名的進食障礙律師。如果您的醫療保險公司拒絕支付與進食障礙相關的治療或該類治療的費用，我們可以提供說明。我們在與拒絕支付進食障礙治療的保險公司進行鬥爭方面具有豐富的經驗。請致電626-602-7333進行免費案件評估。」

處理健康保險和違反均等原則的法律實踐

- The Kennedy Forum
- Crowell & Moring LLP (Kathy Hirata Chin in particular) (NY)
- DeBofsky Sherman Casciari Reynolds P.C. (IL)
- Epstein Becker & Green (CA, CT, FL, IL, MD, MI, NJ, NY, TN, TX, and Washington DC)
- Hall Render Killian Heath & Lyman (AK, CO, IN, MD, MI, NC, TX, WA, WI, and Washington DC)
- Napoli Shkolnik PLLC (Matthew Lavin in particular) (Washington DC)
- Psych Appeal (CA)
- Zuckerman Spaeder (FL, MD, NY, and Washington, DC)