

ProjectHEAL

保险资源导航

内容

1. 快速小贴士
2. 健康保险术语表
3. 浏览您的福利: 保险Q+A (问答)
4. 我如何知道保险涵盖的内容?
5. ACA与保险市场
6. 健康保险类别与计划
7. 申请医疗补助计划 (Medicaid)
8. 申请联邦医疗保险 (Medicare)
9. 进食障碍的护理级别
10. 单一案例协议
11. 对保险拒赔提出上诉
12. 在进食障碍诉讼方面起作用的法律实践

如果您或您爱的人有关于保险相关的问题, 或者正在寻求与进食障碍有关的保险支持, 请联系 insurance@theprojectheal.org

如果想申请额外的治疗支助 (*treatment access support*), 请浏览 www.theprojectheal.org/apply-for-support

快速小贴士：

关于我的保险范围，我真正需要知道的是什么？

请准备好一份您的保险单的副本。

无论您是否在积极接受治疗，了解您的保险单覆盖和不覆盖的内容是很有帮助的。当您寻找治疗方案时，可以通过致电您的保险计划，或者注册并访问您的保险公司的在线网站来获取您需要了解的信息。

- 我的保险计划是否支付饮食失调专门治疗的费用？它涵盖哪些护理级别？
- 我的计划是否支付门诊治疗或门诊医疗营养治疗的费用？
- 我的计划是否有网络外的福利？如果有，我该如何与网络外的医疗提供者合作？
- 我的免赔额、自付上限、共付额的费用是多少？
- 如果我没有网络外的福利，并且没有任何网络内的选择，是否可以签订单一案例协议？

您的保险计划可以为您提供资源。

它们可以通过电子邮件向您提供一个列表，其中包括您所在地区的网络内医疗服务提供者、治疗中心，以及当您准备从更高级别的护理转换或出院时的后续护理计划。

要求分配一个行为健康个案经理。

在一些保险计划中，行为健康个案经理可能被称为个案经理或护理协调员。在您的保险计划中，被分配一名个案经理是免费的。个案经理将在保险范围内充当您的谋利益者，他们也可以直接为您提供服务提供者和治疗等资源。请拨打您的会员服务电话，询问关于被分配一个个案经理的事宜。

您有权利提出上诉!

可以对在任何护理级别中(住院、住宅、部分住院、强化门诊、和门诊治疗/营养治疗)被拒绝的服务提出上诉。

健康保险术语表

需要了解的术语

平价医疗法案 (ACA): 2010年3月定稿的医疗保健改革法的名称, 该法允许人们作为个人购买自己的保险, 而不考虑既有身体状况。

准许金额: 您的保险公司和医疗服务提供者就承保的医疗服务所商定的费率和最高金额。您的共付额和共同保险额将以这个数额为基础。这也可能被称为 "符合条件的费用"、"支付津贴" 或 "协商费率"。如果您的医疗服务提供者的收费高于计划允许的金额, 您可能需要支付差额。

年度限额: 指一个保险计划在一年内将支付的总赔付金额。一旦达到了上限, 您的保单直到下一年才会再次支付。《平价医疗法案》禁止对基本健康福利进行年度限制, 但是“祖父计划”除外

余额结算: 当医疗服务提供者向您收取医疗服务提供者的收费和准许金额之间的差额。例如, 如果医疗服务提供者的收费是\$100, 而准许金额是\$70, 医疗服务提供者可以向您收取剩余的\$30。首选医疗服务提供者(网络内医疗服务提供者)不得就承保服务向您收取余额。余额结算通常发生于属于网络外的提供者。

福利: 指健康保险计划中所涵盖的医疗项目或服务

共付额: 指当您接受治疗时所支付的金额。共付额是由保险公司规定的, 而不是医生办公室。这可以是百分比或固定费率金额。例如, 您每次支付的金额可能是\$30, 而其余费用由保险公司承担。

共同保险: 指在您达到保险计划的免赔额后要支付的费用。例如, 80/20共同保险率意味着保险公司支付80%以及您支付剩余的20%。共同保险通常在您支付与免赔额相等的金额后才开始。

免赔额: 指在您的保险计划为您所获得的医疗服务支付任何费用之前您所需自付的医疗费用。例如, 如果您的免赔额是\$1,000, 您的计划在您达到\$1,000的限额之前不会支付他们的承保服务部分。保险费不计入您的免赔额。

不包括的服务:指您的健康保险公司或特定计划不支付的服务。

指定服务机构 (Exclusive Provider Organization, EPO) 计划:这个计划与HMO计划类似, 会员必须使用网络医生。然而, 与HMO计划不同的是, 您不需要选择PCP, 也不需要联系PCP以获得专家转诊。

福利说明 (Explanation Of Benefits, EOB):EOB是在您的医疗保健计划处理完索赔付款后产生的。它解释了对索赔所采取的行动, 如将支付的金额、可获得的福利、折扣、拒绝付款的原因和索赔上诉程序。EOB既可以是纸质的也可以是在线的。

处方集或药物清单:指您的健康计划涵盖的处方药清单。处方集通常涵盖非专利药物, 而只有一些品牌的药物不包括在内。

弹性福利计划:指一种让员工在现金、人寿保险、假期、退休计划和儿童保育之间进行选择的福利计划。虽然通常有一些要求, 但弹性福利计划为其余的福利提供了选择。

健康保险:要求您的健康保险公司支付您的部分(或全部)医疗服务以换取保费的合同

健康保险市场:设在美国的个人、家庭和企业可以研究、比较和选择最适合他们的健康保险计划的网站。

健康维护组织 (Health Maintenance Organization, HMO) 计划:在这个计划中, 您的初级保健医生(PCP)是您要首先接触的人。如果您需要PCP所能提供的服务之外的护理, 他们会把您转介给另一个医疗服务提供者。

网络内或首选医疗服务提供者:与您的计划签订合同的医生、医疗服务提供者或医疗设施, 以较低的费用向保险公司提供其成员的服务。

医疗必要性标准:健康计划用来决定您的精神健康提供者所推荐的治疗或保健用品是否合理、必要和适当的标准。如果健康计划决定该治疗符合这些标准, 那么所要求的护理就被认为是医疗上必要的。

网络:您的保险和您的医疗服务提供者之间的合同。

开放注册期:在每年秋季这段时间,您可以通过hhealthcare.gov上的保险市场注册下一个日历年的健康保险计划。

网络外:与您的计划没有签约的医生、医疗服务提供者或医疗机构。使用不在您的计划范围内的医疗服务将大大增加您要支付的金额。

自付限额:指当治疗或服务不在计划范围内时您自付的金额。例如,有些计划不包括化验、X光或药物。

自付最高限额:一个人在计划期间所需支付的最高金额。它包括在免赔额、共同保险、共同支付范围内所花的钱。一旦您达到这个限额,保险公司将为所有承保福利支付100%的允许费用金额。自付最高限额高于您的免赔额且不包括药物费用或在您的计划语言中被列为“除外”的服务。如今大多数计划都有单独的药物和医疗自付上限。

定点服务计划 (Point of Service, POS):如果您使用属于该计划网络的医生、医院和其他医疗服务提供者,该计划允许您支付更少的费用。POS计划要求您从您的初级保健医生那里得到转诊,以便去看专家

预先授权(又称:事先授权或预先批准):保险计划可能要求事先批准某些服务、药品或设备,以考虑任何费用。预先授权并不保证保险计划会支付服务成本,然而,对于那些需要目前不在其保险计划网络内的服务的人来说,这通常是第一步。

优选医疗机构 (Preferred Provider Organization, PPO) 计划:如果您使用该计划网络内的服务提供者,该计划将允许您支付较少的费用。您可以使用网络外的医生、医院和医疗服务提供者,无需转诊,但需要支付额外费用。

保费:您每月、每季度或每年为您的健康保险计划支付的金额。如果您通过工作场所购买保险,您的雇主可能会代表您支付部分保费,作为雇员福利方案的一部分。

提供者:按照法律规定获得许可、认证或认可的医生、保健提供者或保健设施。

专科医生:这种类型的医疗服务提供者专注于医学或疾病的一个特定领域。有些专科医生可能不在您的计划网络内。

超级账单:超级账单是医疗服务提供者给客户的详细的、逐项的收据,当:

- 服务提供者不能或不向客户的支付方提交网络外的索赔。
- 客户没有健康保险
- 客户因任何原因自费,例如:
 - 福利不包括医疗营养治疗 (medical nutrition therapy, MNT)
 - 他们的诊断不属于承保范围

客户可将超级账单用于健康储蓄账户 (Health Savings Accounts, HSA)、灵活支出账户 (Flexible Spending Accounts, FSA)、税务目的,或试图从其健康计划中获得报销。

超级账单并不保证保险机构会对客户获得的服务进行报销。健康计划成员从健康计划中获得报销的能力取决于个人成员的福利和保险范围,以及健康计划关于成员报销的政策。

联邦医疗保险受益人不能提交由网络外医疗服务提供者提供的营养治疗的超级账单。对于联邦医疗保险计划,门诊营养疗程只覆盖糖尿病、肾脏疾病和肾脏移植后的三年。

利用审查(或利用管理):保险公司用来决定所申请的心理健康护理是否具有医疗必要性,是否有效,是否符合公认的医疗惯例的过程。符合公认的医疗实践意味着心理健康治疗或服务在科学证据的基础上被证明是有效的。

浏览您的福利

进食障碍相关保险的问答(Q&A)

健康保险政策可能令人不知所措，也很棘手。不同的保险政策有很多不同的信息，这可能会让人搞不清楚您的保险计划包括什么和不包括什么，每个服务的费用是多少，等等。

问：各种不同的付款词汇是什么意思？

答：有几个不同的因素会影响到治疗的支付。大多数保险计划都有保险费 (*premium*)，即患者为其保险计划支付的每月费用。许多病人还有一个保险免赔额 (*insurance deductible*)，即在保险福利开始生效之前患者必须自付的一个固定金额。在满足免赔额后，患者在每次接受治疗时通常都要承担共付额 (*copay*) (每次就诊的固定金额) 和共同保险额 (*co-insurance*) (就诊总费用的固定百分比)。许多保险计划也有一个自付上限 (*out-of-pocket maximum, OOPM*)，即患者每年支付的共付额和/或共同保险额的上限。

问：保险公司拒绝承保进食障碍治疗或支付服务费用的常见原因是什么？

答：虽然健康保险计划有许多原因可能会拒绝承保进食障碍治疗或支付此类服务，但取决于您的计划和您寻求覆盖的服务，以下是一些您可能遇到的常见原因。

- 被认为不是“医疗必需”的护理(或服务)级别
- 没有资格享受您的健康计划所要求的服务和/或您的计划中没有包括一项福利(如进食障碍住院护理水平)
- 在申请更高一级护理的保险之前，没有尝试在较低级别的护理中进行治疗
- 在尝试“X”服务之前(一般来说，首选网络内的选择或地理上较近的选择)，没有资格获得所要求的服务的保险
- 进食障碍并不是您的健康计划的福利说明(EOB)中明确列出的“一排”问题，因此付款人在没有充分了解的情况下，很快就驳回了您的请求

问: 联邦医疗保险(Medicare) 和医疗补助计划(Medicaid) 的区别是什么?

答: 医疗补助计划(Medicaid)是州政府为收入低于一定水平的人提供的健康保险。联邦医疗保险(Medicare)是联邦管理的健康保险, 适用于65岁以上的人和某些符合资格的残疾人士。医疗补助计划(Medicaid)的覆盖范围可能因州和管理的医疗补助计划而异, 而联邦医疗保险(Medicare)在许多州都被接受, 无论是什么计划。

问: 联邦医疗保险(Medicare) 和医疗补助计划(Medicaid) 涵盖了哪些进食障碍治疗, 以及为什么如此有限?

答: 目前, 大多数联邦医疗保险和医疗补助计划将其对进食障碍治疗的覆盖范围限制在住院(以医院为基础) 和门诊项目。然而, 重要的是要记住每个计划都是不同的, 从而您应该联系您的保险公司来核实您的福利和保险范围的选项。

对于享受联邦医疗保险和医疗补助计划的人来说, 之所以他们的对进食障碍治疗的保险范围如此有限是因为这些项目的设计方式。《2008年心理健康均等与成瘾公平法》(MHPAEA) 是一项联邦法律, 其大体上要求团体健康计划和健康保险支付人提供精神健康或物质使用障碍福利, 使精神健康诊断与医疗诊断具有同等的福利覆盖范围。然而, 由于医疗问题是在医院或通过门诊治疗, MHPAEA将精神健康保险限制在相同的治疗选择, 即住院或门诊。这就排除了像进食障碍这样的精神健康状况通常需要的任何其他级别的护理, 包括住宅治疗、大多数部分住院治疗项目(除非它们是基于医院的), 以及大多数强化门诊项目(除非它们是基于医院的)。

问: 我该如何知道哪些医疗服务提供者是网络内的?

答: 网络内的医疗服务提供者是那些“首选的”或被您的保险计划覆盖的人。如果要寻找谁在您的网络内, 接下来的做法可能会比较容易: 打电话给您的会员服务号码(Member Services number), 并要求把列出您在找的网络内医疗服务提供者(治疗师、营养师、精神病医生等)的名单通过电子邮件发给您。

当在搜索工具中输入您的地区代码时, 这些医疗服务提供者可能会在保险网站上出现。如果您在保险市场购买保险计划, 您可以在搜索工具中输入您医疗服务提供者的名字, 以显示哪些计划与您目前的医疗服务提供者相匹配。另一个核实您的医疗服务提供者是否接受

您的特定计划的方法是打电话给您选定的医疗服务提供者的办公室，他们会通知您他们是在网络内还是网络外，并在您预定的预约之前提供福利检查。

问：我的保险计划没有任何网络内治疗进食障碍的门诊专科治疗师。那我能做些什么来避免自付费用给医疗服务提供者呢？

答：根据具体的保险计划，您可能可以采取一些措施来避免承担自付费用。具体来说，您可以与您的保险公司代表跟进并让其告知您的计划是否有搭配单一病例协议(SCA)或特别承保协议的选项。SCA是保险公司和网络外医疗服务提供者为特定病人签订的一种合同，它使病人在规定的时间内获得网络外医疗服务提供者的网络内保险。拨打通常位于保险卡背面的会员服务号码将为您接通保险代表。

问：我需要做什么才能去看网络外的医疗服务提供者？

答：如果由于您所寻求的服务不在您的网络内或您所在的地区，您确实需要去看不在您的网络内或网络外的医疗服务提供者，那么根据您的计划的网络外政策，您可能需要采取额外和不同的步骤。

如果您的计划有网络外的福利，这可能会被保险计划覆盖，但这通常会有较高的免赔额和/或共付额。在通常情况下，如果有网络外福利，那么打个比方说，网络内服务可能有\$4,000的免赔额而网络外服务则有\$8,000的免赔额。如果看初级保健医生(PCP)的话，网络内的共付额可能是\$25，而网络外的共付额可能是\$50。

通常的情况是，治疗进食障碍的医疗提供者或者治疗中心会在网络之外(这是)。如果您的保险计划不包括进食障碍相关的服务，或者在您的地区或网络中没有可获得的专科医生，那么治疗进食障碍的医疗提供者可能属于网络外的。

在这种情况下，如果您为进食障碍寻找的是门诊服务提供者，而他们是网络外的，那这往往是需要自费支付。许多门诊服务提供者提供一种浮动费率制，您可以与他们讨论一个他们愿意为您的疗程收取的较小金额。如果进食障碍治疗中心不在网络内，许多计划会允许签订单一案例协议，这是医疗服务提供者和保险支付人之间的一次性协商合同，为的是给您的治疗提供保险。这项服务的帐单和支付金额将提前讨论。

问:什么是预先授权和利用审查?

答:当您的健康保险公司审查患者的治疗请求时,就会发生预授权审查。在授权请求期间,您的健康保险公司将决定他们是否能够支付所请求的治疗费用。通常由您的治疗机构和/或医疗服务提供者完成的利用审查是一个对继续住院和增加治疗天数的请求。在利用审查期间,您的保险公司将根据《米利曼护理指南》(*The Milliman Care Guidelines, "MCG"*)要求信息满足医疗必要性标准。《米利曼护理指南》是由MCG health针对提供者和健康计划发布的一套健康行业最佳实践、指南和诊断标准。

问:如果我的健康保险拒绝对我的治疗进行预先授权,或拒绝支付已经提供的治疗服务,我有什么选择?

答:如果您的保险公司拒绝承保治疗服务,您可以向您的健康保险公司提出上诉,以复审他们的决定。上诉程序因健康保险公司而异;您可以在他们的网站上或致电会员服务找到更多关于您的健康保险上诉程序的信息。您可以在[这里](#)和[这里](#)找到更多关于健康保险上诉的信息。如果您的上诉被拒绝,您可以选择重新提交。如果您认为拒绝是不公平的,甚至是非法的,您应该咨询律师。

问:我该如何提交单一案例协议(SCA)?

答:协调SCA的过程因保险机构而异。然而,由于SCA涉及到您的保险公司和您的治疗提供者,这里建议您在整个过程中与双方保持联系,以使每个人都意见一致。

*请在这些保险指南中进一步阅读关于启动SCA程序的更多信息。

问:我的健康保险会涵盖在我居住地以外的州的医疗机构的治疗费用吗?

答:这取决于您的保险供应商。大多数保险公司的网站上都有一份他们所有网络内治疗机构的列表,所以在您第一次治疗预约之前,去那里查看是很重要的。

问:什么是《心理健康均等与成瘾公平法》(MHPAEA)?

答:MHPAEA是一项在2008年签署的联邦法律。这项法律要求保险公司为心理健康和药物使用服务提供与其他健康服务同等的保险。这项法律为网络内心理健康保险铺平了道路。然而,它没有得到充分的执行。对于进食障碍的治疗,它也被证明是不足的,因为医疗保健只包括医院或办公室就诊,而针对进食障碍的治疗还包括住宅治疗、PHP和IOP,而这些都不包括在均等原则内。

《心理健康很重要法》(The Mental Health Matters Act)已于9月29日在美国众议院通过,它显著扩大了美国劳工部根据MHPAEA对违反精神健康平等的问题进行执法或提起民事诉讼的权力,并消除了自由裁量条款。

必须遵循均等原则的健康计划:

- 为拥有51名以上雇员的雇主提供的团体健康计划
- 为雇员在50人或以下的雇主提供的大多数团体健康计划,除非它们是"祖父计划",这意味着它是在联邦平等法律生效之前创建的
- 联邦雇员健康福利项目
- 医疗补助管理性护理计划(MCOs)
- 州级儿童健康保险计划(S-CHIP)
- 一些州和地方政府的保健计划
- 通过健康保险市场购买的任何保健计划
- 大多数在健康保险市场之外购买的个人和团体健康计划,除非是"祖父计划"

不需要遵循均等原则的健康计划:

- 联邦医疗保险(除了联邦医疗保险对门诊精神健康服务的费用分担符合平等原则外)
- 医疗补助的按服务收费的计划
- 在2010年3月23日之前创建和购买的个人和团体"祖父"健康计划
- 根据与平等有关的费用增加而获得豁免的计划

如果各州不执行该法律,联邦医疗保险和联邦医疗补助服务中心(CMS)也可以强制执行均等原则。如果您担心您的保险计划没有遵守均等原则,请联系CMS的帮助热线。

1-877-267-2323 Ext 6-1565

[在此阅读更多关于MHPAEA的信息](#)

问:当我有关于账单、保险范围等问题时,我可以和谁交谈?

答:当您有关于您的保险计划的账单或保险范围的问题时,最好是拨打您的保险卡背面的会员服务号码来询问。根据您的计划,可能有不同的会员服务号码可以拨打,其中医疗和行为健康各有一个号码。如果您需要联系一个单独的部门,客户服务代表会将您转接到相应的部门。

问:如何获得我的保险福利的副本?

答:当您第一次加入您的计划时,您通常会被提供一份您所选择的计划的保险福利的副本。这通常是PDF格式,其中概述了承保服务、费用、保费等。如果您没有这份文件的副本,请尝试在您的保险网站上查找,或与您雇主的人力资源部门交谈(如果保险是通过工作获得的)交谈,以获得一份副本。您也可以致电会员服务部来要求把这份文件通过电子邮件发送给您。

问:我的保险不承保预先存在的状况,并将我的进食障碍视为预先存在的状况。我该如何使治疗在承保范围内?

答:从2014年起,奥巴马医改禁止保险公司将有既存疾病的人排除在保险范围之外。如果您的保险公司仍然报告说他们不会承保先前存在的疾病,您可以向法律援助或其他治疗倡导者寻求帮助,以协助争取您的进食障碍治疗得到承保。

我如何知道我的保险涵盖哪些内容?

弄清楚您的计划涵盖的内容可能是一个令人不知所措和精疲力尽的过程, 总的来说, 需要做很多工作。

每一个保险计划都是不同的。

这里有一些方法可以让您了解您的保险计划包括哪些内容:

- 如果您有机会的话, 请阅读您的保险手册。其中应该有一个“福利摘要”部分, 它列出了承保的服务、费用等。
- 访问您的健康计划的网站。您的心理/行为健康福利应该列在网站的承保福利下。您的保险卡上可能有这个网址。如果您还没有保险卡, 您可能需要创建一个在线账户来查看您的计划信息。
- 拨打您的保险公司的会员服务号码, 这是一个通常列在您保险卡背面的免付费电话号码。要求与客户代表交谈, 以了解心理健康服务的承保范围。请他们解释您的福利。如果您有一个诊断代码, 这可能有助于您获得准确的信息。诊断代码是一个数字和字母的组合, 它通常被治疗提供者和保险公司用来识别承保的福利、索赔和付款。如果您有一个医疗服务提供者, 您可以向他们询问您的诊断代码, 以达到保险的目的。

当您打电话询问保险福利时要问的问题:

- 保险福利是否涵盖心理健康相关的治疗?
- 心理健康的保险是否覆盖门诊和更高等级的护理, 如强化门诊、住宅治疗、部分住院、住院?
- 医疗营养治疗是否在承保范围之内?
- 是否有限定的就诊次数(用于心理健康治疗、医疗营养治疗、住院治疗等)?
- 我对(要求的服务)的共付额是多少?
- 我的免赔额是多少?
- 我的最高自付额是多少?
- 我是否有网络外的福利?
- 是否存在对于进食障碍治疗服务的特定的限制或排除项?
- 您可以给我发送一份我的福利的副本, 和/或我能在保险网站上查看到吗?

- 向您的保险公司索取一份用于确定护理水平的指导方针(他们被要求给您提供)。
- 您也可以打电话给治疗中心或医疗服务提供者来给您提供医疗保险信息。他们将为您联系保险公司, 并进行“福利验证”来详细分析您的保险福利且其承保范围。

什么是医疗必要性？这和承保的服务有区别吗？

医疗必要性是您在寻求心理健康和进食障碍治疗时可能遇到的一个术语。医疗必要性不等于承保的医疗福利。

医疗福利是您的保险计划同意支付的东西。医疗必要性是指您的医疗服务提供者认为您有必要接受的治疗, 如更高等级的进食障碍治疗。保险可能不同意医疗上必须的东西。保险公司往往拒绝承保医疗上必要的进食障碍治疗, 或只批准较低等级的护理。

如果您的保险公司拒绝承保您的治疗, 您有权对他们的决定提出上诉。如果您与医疗服务提供者合作, 他们可以帮助指导您完成上诉程序。您的保险公司也会提供您所需的信息, 以便您自己对他们的决定提出上诉。要坚持不懈, 尽可能为自己辩护。

拒绝是可以被逆转的。不要放弃!

平价医疗法案与保险市场

什么是《平价医疗法案》(ACA)?

《平价医疗法案》(即“奥巴马医改”)是为了帮助个人通过健康保险市场获得可负担的健康保险。

《平价医疗法案》有助于建立一个有竞争力的私人健康保险市场,旨在让人们对他们的健康保险和护理负责。这些基于国家的竞争性市场为数百万美国人和小企业提供了对可负担的保险的“一站式购物”。

如果需要通过保险市场购买保险计划,则必须在开放注册期间(每年您可以注册健康保险或改变计划的时期)注册。如果您有符合条件的生活事件(换工作、失去工作、结婚/离婚、搬家、生孩子等),您仍然有资格在开放注册期间之外注册一个计划。

市场上有许多家健康保险公司,它们在供应商网络、免赔额和其他成本方面各有利弊。市场的设置是为了在网站上轻松比较每个计划和利弊。

来源:

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

什么是保险市场?

健康保险市场是一个在线市场,它因州而异并且人们可以在其中购买健康保险。由于ACA的缘故,您可以查看和比较保险的覆盖面和可负担性。

在healthcare.gov的市场上回答的常见问题:

问:我可以在任何时候通过市场申请保险吗?

答:市场计划可在以下情况下购买:

1. 在开放注册期
2. 在特别注册期
3. 如果您符合医疗补助计划或CHIP的资格
4. 如果您在开放注册期间申请了医疗补助计划或CHIP,并在开放注册期结束后发现不符合其条件
5. 如果您是**美国原住民**
6. 纽约州(NY)、明尼苏达州(MN)和马萨诸塞州(MA)"收入相当低"的居民

开放注册期是指在每年秋季您可以通过healthcare.gov上的保险市场注册下一个日历年的健康保险计划的时期。开放注册期在每年的11月1日到12月15日进行(有时在较晚的日期结束,因为这个结束日期因州而异)。一旦您注册成功,您的新保险覆盖范围将于新年的1月1日开始生效。

在**特别注册期**,个人或家庭必须有符合资格的生活事件才能在每年的ACA公开登记期之外购买健康保险。符合条件的生活事件的例子有失去其他保险覆盖、出生或收养一个孩子、结婚、离婚、搬家、或某些其它生活变化。如果符合条件,即使以前不符合条件,您也可能有资格获得支付保费的帮助。当个人经历符合条件的生活事件时,通过市场可以触发拥有**60天**时间窗口的特别注册期。对于联邦医疗保险范围,大多数符合条件的事件会触发**2个月**的特别报名期,但也有例外情况。

*虽然失去现有的最低基本保险是一个会触发符合ACA的个人市场计划的特殊开放注册期的资格事件,但短期保单不被视为最低基本保险,因此失去短期保险不是一个资格事件。

通过**医疗补助计划或儿童健康保险计划(CHIP)**,您可以在任何时候申请,并且如果您符合条件的话,您可以立即注册。如果您在开放注册结束后被拒绝投保并被认为不符合医疗补助或CHIP的资格,您将能够通过市场申请新的保险计划。

如果您符合资格,您可以随时申请医疗补助计划或儿童健康保险计划(CHIP),并且立即注册。如果您在开放注册期结束后被拒绝投保并被认为不符合医疗补助或CHIP的资格,您将能够通过市场申请一个新的保险计划。

根据《印第安人医疗改善法案》(Indian Healthcare Improvement Act)的规定,您必须是一个公认的印第安部落、族群或国家的成员才能有资格作为**美国原住民**参加公开注册。

[纽约 \(the Essential Plan\)](#) 和 [明尼苏达 \(MinnesotaCare\)](#) 都提供全年的注册服务，收入不超过贫困水平200%的居民可以参加。[马萨诸塞州 \(ConnectorCare\)](#) 为收入不超过贫困水平300%的居民提供服务。

问：我该如何报告我的收入、家庭或地址的变更？

答：您可以通过三种方式向市场报告变化：网上、电话或亲自去—但不能通过信件。尽快报告任何变化是很重要的。这些变化可能影响您的保险覆盖范围和储蓄。

问：我该如何提交文件？

答：您可以在网上上传文件，这是处理文件的最快和最简单的方法。或者您可以邮寄您的文件副本。

问：我该如何支付每月的保费来完成我的注册？

答：当您拥有通过市场的保险时，您将直接向保险公司支付保费，而不是向健康保险市场®支付。在您支付第一笔保费之前，您的保险都还不会开始生效。

[获得更多有关完成保险注册的信息](#)

问：如果我不是美国公民怎么办？我可以通过市场申请保险吗？

答：可以，但得在某些情况下才有资格通过医保市场获得保险。[点击这里了解更多](#)

问：谁有资格通过市场参加健康保险计划？

答：您必须：

- 居住在美国
- 是美国公民或国民，或在美国合法居留
- 没有被监禁，但一旦不被监禁后就可以注册
- 没有有效的联邦保险计划

您可以同时拥有市场医疗保险计划和医疗补助计划, 但如果您参加了医疗补助计划, 就无法获得保费税收抵免的预付款或其他节省费用的资格来帮助支付您在市场医疗保险计划保费中的份额。

问: 我该如何在市场上选择一个保险计划?

答: 如果您有资格通过《平价医疗法案》(通过开放注册期或符合条件的生活事件) 获得健康计划, 您可以从访问healthcare.gov网站开始, 以及您可以通过以下几种方式申请健康保险:

- 在线通过healthcare.gov
- 打电话
- 在您社区的人的帮助下
- 通过代理人/经纪人
- 通过认证的注册合作伙伴网站
- 使用纸质申请
- 研究和选择健康计划的最常见和最简单的方法是去healthcare.gov。这将使您能够直观地并排查看健康计划, 以比较保险覆盖范围。

问: 什么是符合ACA规定的保险承保范围?

答: 通过保险市场的ACA计划, 您不会被拒绝承保, 也不会被拒绝这些计划必须涵盖的至少10项基本健康福利。ACA计划可以提供额外的福利, 但这10项必须包括在任何符合ACA的计划中。您不能在一年中的任何时候申请符合aca的医疗计划。如果要申请任一ACA医疗计划, 您必须在开放注册期或特殊注册期注册。

10项基本的健康福利包括:

1. 门诊护理
2. 处方药物
3. 急救服务
4. 心理健康和成瘾治疗
5. 住院治疗
6. 康复服务和设备
7. 预防、保健和慢性疾病治疗
8. 化验室服务
9. 儿科护理
10. 孕产妇和新生儿护理

健康保险类别与计划

健康保险计划类别：

健康计划类别是基于您和您的计划如何分摊医疗保健费用。这与医疗质量无关。

计划将根据收入而有所不同。

- **青铜计划** - 估计可以支付60%的医疗费用，剩下的40%由被保险人支付，但不超过规定的自付上限
- **白银计划** - 估计可支付70%的医疗费用，但自付部分不超过既定的自付上限。
- **黄金计划** - 承保80%的医疗费用，但自付部分不超过规定的自付上限。
- **铂金计划** - 估计可以支付90%的医疗费用，但自付部分不超过既定的自付上限。

	保险支付	您支付
青铜计划	60%	40%
白银计划	70%	30%
黄金计划	80%	20%
铂金计划	90%	10%

*基于healthcare.gov上的图表

健康保险计划：

有不同类型的计划，旨在满足不同的需求。有些计划限制了您对医疗服务提供者的选择，或者鼓励您从计划中的医疗服务提供者和医疗服务网络中获得护理。

健康维护组织计划(Health Maintenance Organization (HMO) Plan)：这种计划通常只涵盖为HMO工作或与HMO签约的医生提供的护理。除非是急诊，一般不会承保网络外的护理。HMO可能要求您在其服务区居住或工作才有资格获得保险。您必须在HMO中选择一个初级保健医生。

指定服务机构计划 (Exclusive Provider Organization (EPO) Plan)：该计划的服务只有在您使用该计划网络内的医生、专家或医院时才会得到保障(紧急情况除外)。与HMO不同的是，您不需要选择一个初级保健医生。

定点服务计划 (Point of Service (POS) Plan)：如果您使用属于该计划网络的医生、医院和其他医疗服务提供者，该计划允许您支付较少费用。这种计划提供网络外的福利，但网络内的医疗服务提供者的费用较高(与HMO相比)。POS计划要求您从您的主治医生那里获得转诊，以便看专家。

优选医疗机构计划 (Preferred Provider Organization (PPO) Plan)：如果您使用该计划网络内的医疗提供者，该计划将允许您支付较少的费用。您可以在不需要转诊的情况下，使用网络外的医生、医院和医疗服务提供者，但需要支付额外的费用。PPO和POS之间最大的区别是灵活性。POS计划通常费用较低，但提供的选择较少。

分步指南:

如何在市场上申请保险:

1. 进入healthcare.gov, 点击**"Take the first step to apply"**或者 **"Login to renew/change plans"**
2. 如果您已有账户, 请登录, 或从下拉菜单中选择您所在的州。您将被引导到您所在州的保险市场。
3. 在您所在州的市场上创建一个新账户或登录现有账户。
4. 按照您所在州市场的指示完成新的申请。
5. 一旦完成申请并确认资格后, 点击**"Shop for Plans"**。您还可以在完成申请之前查看计划。
6. 所有符合您资格的计划都会显示在网站上。您可以选择输入您的医疗服务提供者, 以查看他们是否接受可用的健康保险政策, 并通过筛选偏好来缩小或比较计划。

Text in blue box:

这会是一个艰难且难以抉择的决定。

如果您觉得在选择计划之前需要额外的指导并想问一些问题, 您可以拨打:

1-800-318-2596

除节假日外, 24小时/7天全天候提供服务

申请医疗补助计划 (Medicaid)

因为每个州都管理着自己的医疗补助计划, 所以资格要求因洲而异。如果您对资格有疑问, 请联系您所在州的医疗补助机构, 或在您所在州的医疗补助机构的网站上在线申请来看看您是否符合资格。

[点击这里了解各州的医疗补助资格。](#)

医疗补助计划的服务对象是谁？

医疗补助计划为特定人群提供服务, 包括:

- 低收入孕妇
- 低收入家庭的子女
- 被寄养的儿童
- 残疾人士
- 低收入的老年人
- 低收入的父母或看护者
- 各州也可以选择将资格扩大到其他群体, 如可能有或没有孩子的低收入者

医疗补助计划必须包括联邦法律规定的强制性健康福利。一些医疗补助计划可能提供额外的、可选择的福利。

每个州决定医疗补助计划所涵盖的全部福利。因此, 医疗补助计划和CHIP所覆盖的人口和福利因州而异。

在所有的州, 医疗补助计划为一些低收入者、家庭和儿童、孕妇、老人和残疾人提供医疗保障。在一些州, 医疗补助计划还包括所有低于一定收入水平的低收入成年人。这个群体有时被称为“扩张成人” (“**expansion adults**”)。

儿童健康保险计划 (**CHIP (Children's Health Insurance Program)**) 为那些家庭收入未达到医疗补助计划的资格要求的儿童提供低成本保险。在一些州, CHIP也可能为孕妇提供保险, 但不包括那些有符合CHIP资格的孩子的成年人。

联邦法律要求各州提供某些"强制性"福利, 并允许各州在医疗补助计划和CHIP中涵盖其它"选择性"福利。

双重特殊需求计划(或双重资格健康计划)是一种为同时拥有医疗补助计划和联邦医疗保险计划的人提供的健康保险计划。这些人是"双重资格", 因为他们有资格获得医疗补助计划的福利以及联邦医疗保险计划的福利。

双重特殊需求计划为那些需要帮助的人提供额外帮助。这可能是由于收入、残疾、年龄和/或健康状况。

双重特殊需求计划将与您的医疗补助计划一起运作。您将保留所有医疗补助计划的福利。大多数双重医疗计划还提供比原始联邦医疗保险计划更多的福利和功能。

强制性医疗补助计划的福利：

- 住院服务
- 医院门诊服务
- 早期和定期检查、诊断和治疗服务 (Early and periodic screening, diagnostic and treatment services (EPSDT))
- 护理机构服务
- 家庭健康护理服务
- 医生服务
- 农村健康诊所服务
- 联邦政府认可的健康中心服务
- 化验及X光服务
- 计划生育服务
- 护理及助产士服务
- 注册儿科和家庭护士服务
- 独立的分娩中心服务(经州政府许可或以其他方式认可)
- 就医交通服务
- 孕妇戒烟咨询服务

可选的医疗补助计划的福利：

- 处方药物
- 诊所服务

- 物理治疗
- 职业治疗
- 言语、听力和语言障碍服务
- 呼吸系统服务
- 其他诊断、检查、预防和康复服务
- 足部医疗服务
- 验光服务/眼镜
- 牙科服务/假牙
- 假肢
- 脊椎按摩疗法服务
- 私人护理服务
- 个人护理
- 临终关怀
- 病例管理
- 为65岁或以上在精神疾病机构 (institution for mental disease (IMD)) 内的个人提供的服务
- 为智力残疾个体提供的中间护理设施服务
- 自助个人援助服务
- 与结核病相关的服务
- 21岁以下个体的住院精神科服务
- 卫生和人类服务部长批准的其他服务
- 为患有慢性病的参保人提供的健康之家 (Health homes)

申请联邦医疗保险计划 (Medicare)

联邦医疗保险计划的服务对象是谁？

联邦医疗保险计划为特定人群提供服务，包括：

- 65岁或以上的人
- 65岁以下有某些残疾的人
- 患有终末期肾病的所有年龄段的人

联邦医疗保险计划A部分(医院保险)

帮助支付医院的住院护理、专业护理机构的护理、临终关怀和家庭保健的费用

联邦医疗保险计划B部分(医疗保险)

帮助支付医生和其他医疗保健提供者的服务、门诊护理、医疗设备和预防服务的费用

联邦医疗保险A和B部分通常被称为“传统联邦医疗保险计划” (“**Traditional Medicare**”)。

为了帮助支付传统医疗保险的个人自付费用(通常为20%的共保费)，您还可以购买补充保险，例如联邦医疗保险补充计划 Medigap，或者从前雇主或工会获得次要保险，或者通过医疗补助计划(Medicaid)来获得资助。

如果联邦医疗保险是主要保险而医疗补助计划是次要保险，或者是双重联邦医疗保险/医疗补助计划，那么只有在提供医疗服务的机构/诊所也接受联邦医疗保险时，才能使用医疗补助计划的福利。

联邦医疗保险优势计划(又称为联邦医疗保险计划C部分)

这是一种经过联邦医疗保险批准的由私人保险公司提供的计划，它为传统医疗保险提供了一种替代方案。这些“捆绑”计划包括A部分、B部分，通常还包括D部分(药物保险)。这些计划的个人自付费用可能比传统联邦医疗保险更低。

联邦医疗保险计划D部分(处方药物保险)

适用于所有联邦医疗保险的参保者。为了获得联邦医疗保险处方药物保险，人们必须加入经联邦医疗保险批准的提供联邦医疗保险药物保险的计划。大多数人需要为D部分支付每月保费。

[点击此处了解如何申请联邦医疗保险 \(Medicare\)](#)

进食障碍治疗

护理级别

护理级别	什么样的患者符合资格	患者可以预期什么	保险是否提供承保范围
住院 (INPATIENT, IP)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者的病情不稳定 ● 患者需要24小时/7天监护以确保安全 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均住院时间为7天-1个月不等 ● 所有膳食和零食都有专人监管 ● 带锁的卫生间 ● 大多数治疗和营养项目是以小组为单位的 ● 患者居住在此场所 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是, 但需要事先授权
住宅 (RESIDENTIAL, RES or RTC)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者在医学和/或心理上稳定, 但他们需要一个远离家的有组织的环境来康复 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均暂住时间为几周到一年不等 ● 所有膳食和零食都有专人监管 ● 项目是团体和个人治疗及营养疗程的混合 ● 患者居住在此场所 	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常只有私人保险可以, 而且需要事先授权 ● 根据计划和方案, 私人和公共医疗计划可能有SCA
部分住院治疗项目 (PARTIAL HOSPITALIZATION PROGRAM, PHP) 或 日间治疗 (DAY TREATMENT, DTP)	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者的身体和心理都很稳定, 但他们需要日常的支持, 以防止病情恶化 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均暂住时间为4-8周 ● 每周5-7天在白天见面 ● 每天至少有两次受监督的进食 ● 项目是团体和个人治疗及营养疗程的混合 ● 患者居住在此场所之外 	<ul style="list-style-type: none"> ● 私人保险可以 ● 以医院为基础的项目通常会有政府资助 ● 通常需要实现授权 ● 私人和公共医疗计划可能有SCA

<p>强化门诊 (INTENSIVE OUTPATIENT, IOP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 病人不再需要日常支持，但他们仍然需要一个结构化的康复环境 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均住院时间为6-12周 ● 该项目每周3天，每次3小时 ● 每个疗程有一次受监督的进食 ● 治疗和营养疗程可能是以个人或小组为单位 ● 患者居住在此场所之外 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是 - 但经常只有私人保险可以，并且可能需要事先授权 ● 私人和公共医疗计划可能有SCA
<p>门诊 (OUTPATIENT,OP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者需要支持才能恢复，但在低风险的情况下进行日常生活 	<ul style="list-style-type: none"> ● 治疗是持续进行的，时长为几个月到几年不等 ● 治疗包括： <ul style="list-style-type: none"> ○ 个人治疗 ○ 小组治疗 ○ 营养/营养师治疗 ○ 精神科预约就诊 ○ 医疗预约就诊 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是，但它通常只限于网络内的医疗提供者，而且很少有机制来搜索治疗进食障碍的专家
<p>强化家庭治疗 (INTENSIVE FAMILY TREATMENT, IFT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者年龄在24岁或以下，并与原生家庭生活在一起 	<ul style="list-style-type: none"> ● 整个家庭会参与治疗 ● 为期一周的集中治疗 	<ul style="list-style-type: none"> ● 罕有
<p>家庭式治疗 (FAMILY-BASED THERAPY, FBT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者是青少年或与家人同住的成年人 	<ul style="list-style-type: none"> ● 治疗是由治疗师主导的 ● 专注于增强父母喂养孩子的能力 ● 通常为20个疗程 	<ul style="list-style-type: none"> ● 罕有

单一病例协议 (SCA)

什么是SCA？

单一病例协议 (SCA) 是保险公司和网络外医疗机构之间的一次性合同，这样患者就可以使用他们的网络内福利去看该医疗机构。这本质上是网络的一个例外，因此患者在满足网络内免赔额(如果有的话)后，只需为治疗支付常规的网络内共付额。保险公司将支付的每个疗程的费用由保险公司和医疗机构协商，并作为SCA的一部分。

在以下情况下，SCA是合理的：

- 门诊医疗提供者/治疗项目有一个临床专科，但这无法通过网络内的任何医疗提供者获得
- 网络内医疗提供者不为您所属于的年龄、性别或宗教偏好的人提供治疗
- 患者所在的地理位置没有任何网络内的医疗提供者
- 最近改变了保险计划的患者，或在同一医疗机构中降到不同级别的护理(护理的连续性)
- 所有网络内的医疗提供者都被约满了，且都没有空
- 有证据表明现有的网络内医疗提供者是不合适的或者会造成伤害(例如，如果患者是跨性别者，则他们需要一个具有跨性别专业知识的医疗提供者)
- 如果保险计划确实有网络外福利，那么免赔额、自付上限和/或共付额在经济层面可能过于昂贵
- 当在网络内医疗工作者中没有选择，并且也没有网络外的福利时，可以获得SCAs，而且它通常在医疗补助计划中被需要。当要求住宅护理级别时，这在医疗补助计划中尤其常见。
- 对于一些联邦医疗保险计划(Medicare plans)来说，SCAs是可能的，但与私人计划或医疗补助计划(Medicaid plans)相比，通过联邦医疗保险(Medicare)获得SCA可能更困难——为医疗补助计划(Medicaid)和联邦保险计划(Medicare)申请SCA的最佳第一步是申请一个行为健康个案经理(或者，Medicaid/Medicare可能将个案经理称为个案协调员)

我该如何建立一个SCA？

SCAs通常由医疗服务提供者和保险公司直接协商达成的。当您第一次接触您的医疗服务提供者进行治疗时，您可以问他们是否愿意与您的保险公司协商签订SCA。准备好提供有关您的病史以及您过去是否接受过进食障碍治疗的细节。要是用来证明您选择的医疗服务提供者是最适合您的理由越充分，那您的保险公司就越可能同意SCA。

一个SCA会维持多久？

SCA通常在您的治疗过程中持续存在。然而，如果您与您的医疗服务提供者完成了治疗并决定在稍后的日期恢复治疗，您将需要与您的保险公司协商一个新的SCA。

建立和倡导一个SCA的步骤：

- 首先联系您的保险公司的会员服务部(行为/精神健康号码通常在您的保险卡背面)以要求对方提供一份网络内(INN)专门治疗进食障碍的医疗服务提供者/治疗机构的名单。
- 如果没有可选择的网络内医疗服务提供者，那么可以询问对方您是否有网络外福利。许多保险计划没有网络外福利。如果您的保险计划也没有，那么询问您可以与谁交谈，以确定是否有可能达成单一病例协议。告诉他们您已经“exhausted all resources(用尽了所有资源)”并且在您的保险计划中“there are no known residential eating disorder facilities INN(没有已知的网络内的进食障碍住宅治疗机构)”可以满足 _____ 的需求。
- 当与您的保险公司交谈时，如果您还没有一个行为健康案例管理人，请要求对方为您指定一个。这是一个免费的注册，并且您的案例经理将是您在保险公司内部的代言人来帮助您联系网络内资源。您的案例经理将是您在保险公司的联络人。告诉接电话的代表这件事很紧急并且这取决于您是否能立即找到治疗——这将有望使他们尽早回复您。如果您在1-2周内没有收到回音，请不要害怕给对方回电，毕竟“会吵的小孩有糖吃”！
- 如果您没有符合您需求的网络内医疗服务提供者，请查询并致电进食障碍治疗机构的，询问他们是否会通过申请SCA来与您的保险合作。这经常会因保险计划而异，并且某些机构会不与医疗补助计划合作。如果可能的话，可以从州内或附近的机构开始尝试——这些机构有时更有可能获得SCA的批准。
- 一旦您找到一个愿意与您的保险合作的治疗中心，他们将指导您完成接下来的步骤，以接受评估并申请SCA。
- 如果您有门诊医生(治疗师/营养师/精神科医生/初级保健医生)，这么做可能会有帮助：让他们与您的治疗中心沟通来为您的更高护理级别的建议和对SCA的需求提供更多理由。这可能有助于收集更多信息，使保险满足申请SCA的“医疗必要性标准”。

对保险拒赔提出上诉

如果您的健康保险拒绝为您的治疗承保，您可以提出上诉。

保险上诉有两种类型：

- **内部上诉**：您的保险公司对其拒绝承保治疗的决定进行“全面和公平的审查”。您可以在[这里](#)了解更多关于内部上诉的信息。
- **外部审查**：一个独立的第三方确定您的保险公司是否应该拒绝承保治疗。您可以在[这里](#)了解更多关于外部审查的信息。

申诉信模版1

(信息来源：[罗切斯特大学医学中心](#))

申诉信模版2

(信息来源：[《精神病学实践杂志》](#)：提供常规的医疗必要性函，以改善我们的患者获得护理的机会)

请点击以下内容查看更多上诉信样本：

[用于保险公司的信函样本](#)

[向保险公司提交OSFED治疗的申诉书](#)

上诉流程

1. 点对点

点对点是您的治疗提供者(通常是精神科医生或有执照的治疗师)与保险公司的医生(MD)之间的电话交谈。当保险公司考虑拒绝服务请求时,就会发生这种情况。

2. 1级 - 内部上诉

如果MD在点对点中拒绝了服务,可以要求内部上诉,以评估在拒绝服务时是否作出了正确的决定。这可能涉及您的治疗小组和MD之间的另一次谈话,或审查医疗记录,或两者兼而有之。通常情况下,这将被要求作为"加速上诉",并将在48-72小时内进行。

3. 2级 - 内部上诉

对拒绝的重新考虑将由保险公司的另一位MD执行。这可能是通过审查病历来完成的——这是有治疗小组参与的现场对话,并且在某些情况下,家庭成员和/或客户也会参与进来,对拒绝承保提出异议。这种上诉可能需要更长的时间。

4. 外部上诉

如果经过每一级的内部上诉仍然维持拒绝承保的决定,您可以要求进行独立的外部审查。保险公司将选择一个称为独立审查组织的第三方。该决定可能需要等待45天。如果拒绝承保的决定被推翻,保险公司在法律上有义务支付服务费用。

*这个上诉流程因保单而异,并且它不适用于医疗补助计划 (**Medicaid**)、联邦医疗保险计划 (**Medicare**), 或美国国防部军事卫生系统的健康护理项目 (**Tricare**) 的保单。

[点击这里了解更多有关联邦医疗保险计划的上诉流程](#)

[点击这里了解更多有关美国国防部军事卫生系统的健康护理项目的上诉流程](#)

法律支持

对进食障碍相关诉讼起作用的法律实践

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

“如果您被诊断出患有进食障碍，并且由于进食障碍引起的身体和精神并发症而无法工作，您可能有资格获得社会安全局的残疾福利。对于您的社会安全残疾索赔来说，您接受医生的治疗是非常重要的。Berger and Green律师事务所拥有超过35年帮助人们获得他们应得福利的经验。如果您想为您的SSD或SSI索赔进行免费咨询，或与进食障碍的律师交谈，请致电412-219-5090。”

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

“在Disability Insurance Law Group，您将找到一支由经验丰富的健康保险律师组成的团队，为个人客户、他们的家人和治疗设施提供服务，以获得在健康保险政策下承诺的医疗保障。了解我们具备为您维权的技能和经验是非常重要的。我们有知识和热情，可以追究保险公司对承诺的医疗保障和我们客户应得的治疗的责任。如果您或您的亲人因进食障碍被拒绝治疗，请立即拨打855-496-5356联系我们。”

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

“Kantor & Kantor, LLP 是全国最有经验和备受尊敬的律师事务所之一，专门处理针对保险公司的保险索赔诉讼。Kantor & Kantor, LLP已经发展出一种专门的法律实践，代表那些其健康保险公司或福利计划不公正拒绝其进食障碍和双重诊断(物质滥用和其它共病症状)治疗索赔的客户。Kantor & Kantor, LLP的诉讼和立法积极的方法为那些发现自己在保险福利被错误拒绝时为自己的保险福利而战的客户带来了正义。”

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

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

“Scott Glovsky是全国知名的进食障碍律师。如果您的医疗保险公司拒绝支付与进食障碍相关的治疗或该类治疗的费用, 我们可以提供帮助。我们在与拒绝支付进食障碍治疗的保险公司进行斗争方面具有丰富的经验。请致电626-602-7333进行免费案件评估。”

处理健康和违反均等原则的法律实践

- [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 \(FL, MD, NY, and Washington, DC\)](#)