



DÉPOSER UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR PRESTATIONS DE SANTÉ



ADMINISTRATION DE LA SÉCURITÉ DES
AVANTAGES SOCIAUX DU PERSONNEL
MINISTÈRE DU TRAVAIL DES ÉTATS-UNIS

Cette publication a été élaborée par l'Administration de la sécurité des avantages du personnel du Ministère du Travail des États-Unis (Employee Benefits Security Administration ou EBSA).

Pour consulter cette publication et d'autres publications de l'EBSA, visitez le site web de l'agence à l'adresse: **dol.gov/ebsa**.

Pour commander des publications ou parler à un conseiller en avantages sociaux, contactez EBSA par voie électronique à l'adresse: **askebsa.dol.gov**.

Ou appelez sans frais: **1-866-444-3272**

Ce matériel sera mis à la disposition des personnes handicapées sur demande dans un format alternatif:

Téléphone vocal: **(202) 693-8664**

Si vous êtes sourd, malentendant ou avez un trouble de la parole, veuillez composer le **7-1-1** pour accéder aux services de relais de télécommunications.

Cette brochure constitue un guide de conformité des petites entités aux fins de la Loi sur l'équité dans l'application de la réglementation relative aux petites entreprises (Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act) de 1996.

Introduction



Si vous participez à un régime de prestations de santé offert par votre employeur, cette brochure décrit certaines des obligations de votre régime et explique brièvement les procédures et les délais de dépôt d'une demande de remboursement des frais de santé.

La Loi de 1974 sur la sécurité du revenu de retraite des employés (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) protège vos prestations de santé et établit des normes pour ceux qui administrent votre régime. Entre autres choses, la loi et les règles connexes incluent:

- Des exigences pour le traitement des demandes de prestations,
- Le calendrier d'une décision, et
- Vos droits lorsqu'une demande est rejetée.

Les règles relatives aux demandes de remboursement de frais de santé dont il est question dans cette brochure s'appliquent généralement aux personnes qui reçoivent des prestations de santé d'un régime d'emploi du secteur privé. Cependant, il existe des exceptions pour les régimes parrainés par le gouvernement ou la plupart des organismes religieux.

Si vous ne savez pas si l'ERISA s'applique à vous, contactez votre administrateur de régime pour plus d'informations.

Examen des informations de votre régime

Lors de votre première adhésion au régime de votre employeur, vous recevrez un document intitulé Description sommaire du régime (Summary Plan Description, SPD). Il fournit un aperçu détaillé du régime : comment il fonctionne, quelles prestations il offre, comment déposer une demande de prestations et toutes les limitations qui peuvent s'appliquer. Il décrit également vos droits et responsabilités en vertu de l'ERISA et de votre régime. Vous pouvez également trouver des réponses à bon nombre de vos questions dans le Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC), un bref résumé facile à comprendre des prestations disponibles dans le cadre de votre régime et des informations détaillées sur les frais non pris en charge par la couverture. Si vous participez à un régime de négociation collective à employeur unique, vos procédures de dépôt de demandes de remboursement, de grief et d'appel peuvent également être affectées par la convention collective.

Avant de présenter une demande de prestations, passez en revue la Description sommaire du régime pour vous assurer que vous répondez aux exigences du régime et que vous comprenez les procédures de dépôt de demandes. Parfois, les procédures de dépôt de demandes sont contenues dans une brochure séparée. Si vous n'avez pas de copie de la Description sommaire du régime ou des procédures de dépôt de demandes de votre régime, communiquez avec l'administrateur de votre régime, qui est tenu de vous en fournir une copie. Conservez une photocopie ou un document similaire de votre demande pour vos dossiers.

Déposer une demande

Une première étape importante consiste à vérifier la Description sommaire du régime et le Sommaire des prestations et de la couverture pour vous assurer que vous répondez aux exigences de votre régime pour recevoir des prestations. Votre régime peut stipuler, par exemple, qu'une période d'attente doit s'écouler avant que vous puissiez vous inscrire et recevoir des prestations ou qu'une personne à charge ne soit plus couverte après un certain âge. Soyez également conscient de ce que votre régime exige pour déposer une demande de remboursement. La Description sommaire du régime ou la brochure concernant la procédure de dépôt des demandes doit inclure des informations pour savoir où déposer, quoi déposer et qui contacter si vous avez des questions sur votre régime. Si ces informations ne figurent pas dans les brochures, écrivez à votre administrateur de régime, au service des ressources humaines de votre employeur (ou au bureau qui traite normalement les demandes) ou à votre employeur pour les aviser que vous avez une demande de remboursement. Conservez une copie de la lettre pour vos dossiers. Vous pouvez également envoyer la lettre par courrier recommandé, avec accusé de réception, afin que vous ayez une trace que la lettre a été reçue et par qui.

Si un représentant autorisé dépose la demande en votre nom, votre régime peut exiger que vous remplissiez un formulaire pour nommer le représentant. Le représentant autorisé doit suivre la procédure de dépôt des demandes du régime qui se trouve dans la Description sommaire du régime. Dans le cas d'une demande impliquant des soins urgents, le médecin traitant peut automatiquement agir comme votre représentant autorisé sans que vous ayez à remplir un formulaire.

Lorsqu'une demande est déposée, assurez-vous d'en conserver une copie pour vos dossiers. Remarque : les régimes ne peuvent généralement pas facturer d'argent pour le dépôt de demandes et d'appels.

Types de demandes

Il existe trois types de demandes de prestations de santé collectives : soins d'urgence, pré-service et post-service.

Les demandes pour soins urgents sont un type particulier de demande de pré-service qui nécessite une décision plus rapide parce que votre santé serait menacée si le régime prenait le temps normal autorisé pour décider d'une demande de pré-service. Si un médecin connaissant votre état de santé informe le régime qu'une demande de remboursement préalable est urgente, le régime doit la traiter comme une demande de soins urgents.

Les demandes en pré-service sont des demandes d'approbation requises avant des soins médicaux, telles qu'une autorisation préalable ou une décision indiquant si un traitement ou une procédure est médicalement nécessaire.

Les demandes en post-service sont toutes les autres demandes de prestations dans le cadre de votre régime d'assurance maladie collectif, y compris les réclamations après que des services médicaux ont été fournis, telles que les demandes de remboursement ou de paiement pour les services fournis. La plupart des demandes pour les prestations de santé collectives sont des demandes en post-service.

En attente d'une décision concernant votre demande

L'ERISA fixe des délais spécifiques pour les régimes afin d'évaluer votre demande et de vous informer de la décision. Les délais sont comptés en jours calendaires, donc les week-ends et les jours fériés sont inclus. Les régimes sont tenus de payer ou de fournir des prestations dans un délai raisonnable après l'approbation d'une demande, bien que l'ERISA ne précise pas de délai. Vérifiez la description sommaire de votre régime pour savoir comment et quand les prestations sont versées.

TYPE DE DEMANDE	DÉLAI DE PRISE DE DÉCISION
Soins urgents	Dès que possible, et au plus tard 72 heures après réception de la demande
Pré-service	Dans un délai raisonnable, et pas plus de 15 jours après réception de la demande*
Post-service	Dans un délai raisonnable, et pas plus de 30 jours après réception de la demande*

*Veuillez noter : Un régime peut prolonger le délai pour prendre une décision dans des circonstances particulières.

Les demandes de soins urgents doivent être décidées le plus tôt possible, en tenant compte des besoins médicaux du patient, et au plus tard **72 heures** après la réception de la demande par le régime.

Le régime doit vous faire savoir dans un délai de 24 heures si plus d'informations sont nécessaires et vous donner au moins 48 heures pour répondre. Ensuite, le régime doit statuer sur la réclamation dans les 48 heures suivant la réception des informations manquantes ou dans les 48 heures suivant la date limite pour fournir les informations manquantes, selon la première éventualité. Le régime ne peut prolonger le délai pour prendre la décision initiale sans votre consentement. Le régime doit vous

aviser que votre demande a été accordée ou refusée avant la fin du délai imparti. Le régime peut vous notifier oralement tant qu'il fournit une notification écrite dans les trois jours suivant la notification orale.

Les demandes en pré-service doivent être décidées dans un délai raisonnable adapté aux circonstances médicales et au plus tard **15 jours** après que le régime a reçu ladite demande.

Le régime peut prolonger le délai jusqu'à 15 jours si, pour des raisons indépendantes de sa volonté, le régime ne peut prendre la décision dans les 15 premiers jours. Cependant, le régime doit vous aviser avant la fin de la première période de 15 jours pour :

- Expliquer la raison du retard,
- Demander toute information supplémentaire, et
- Vous aviser lorsqu'il s'attend à prendre la décision.

Si le régime demande plus d'informations, vous disposez d'au moins 45 jours pour les fournir. Le régime doit alors statuer sur la demande dans les 15 jours suivant la réception des informations complémentaires ou dans les 15 jours suivant la date limite pour fournir les informations complémentaires, selon la première éventualité. Le régime ne peut prolonger le délai sans votre consentement. Le régime doit vous aviser par écrit que votre demande a été accordée ou refusée avant la date limite de la décision.

Les demandes de prestations en post-service doivent être décidées dans un délai raisonnable et au plus tard **30 jours** après la réception de la demande par le régime.

Le régime peut prolonger le délai jusqu'à 15 jours si, pour des raisons indépendantes de sa volonté, le régime ne peut prendre la décision dans les 30 premiers jours. Cependant, le régime doit vous aviser avant la fin de la première période de 30 jours pour :

- Expliquer la raison du retard,
- Demander toute information supplémentaire nécessaire, et
- Vous aviser lorsqu'il s'attend à prendre la décision.

Si le régime demande plus d'informations, vous disposez d'au moins 45 jours pour les fournir. Le régime doit alors statuer sur la demande dans les 15 jours suivant la réception des informations complémentaires ou dans les 15 jours suivant la date limite pour fournir les informations complémentaires, selon la première éventualité. Le régime ne peut prolonger le délai sans votre consentement. Le régime doit vous informer que votre demande a été refusée en tout ou en partie (payer moins de 100 % d'une demande est un refus partiel) avant la date limite de la décision.

Si votre demande est rejetée, l'administrateur du régime doit vous envoyer un avis, soit par écrit, soit par voie électronique. L'avis doit inclure :

- Les raisons spécifiques du rejet (par exemple, pas médicalement nécessaire, non couvert par le régime ou ayant atteint le montant maximum de traitement autorisé en vertu du régime);
- Une référence à toute disposition spécifique du régime invoquée pour le rejet;
- En cas de rejet pour manque d'informations, une description de tout matériel supplémentaire nécessaire et une explication de la raison pour laquelle cela est nécessaire;



- Une description des procédures d'examen du régime (par exemple, comment fonctionnent les appels et/ou comment introduire un appel);
- En cas de rejet sur la base de règles, directives ou protocoles, soit une description des règles, directives ou protocoles invoqués pour refuser la réclamation, soit une déclaration indiquant qu'une copie gratuite de ces éléments sera fournie sur demande;
- En cas de rejet en raison d'une nécessité médicale ou d'un traitement expérimental ou d'une exclusion ou limite similaire, une explication du jugement scientifique ou clinique du refus appliquant les termes du régime à votre situation médicale, ou une déclaration selon laquelle une explication sera fournie gratuitement à la demande; et
- Une description de votre droit d'aller en justice pour récupérer les prestations dues en vertu du régime.

Faire appel en cas de demande rejetée

Les demandes sont refusées pour diverses raisons. Peut-être n'êtes-vous pas admissible aux prestations. Peut-être que les services que vous avez reçus ne sont pas couverts par votre régime. Ou peut-être que le régime a simplement besoin de plus d'informations concernant votre demande. Quelle que soit la raison, vous avez au moins 180 jours pour interjeter appel (vérifiez votre Description sommaire du régime ou la procédure de dépôt de demandes pour voir si votre régime prévoit un délai plus long).

Utilisez les informations contenues dans votre avis de rejet de demande pour préparer votre appel. Le régime doit vous fournir gratuitement des copies des documents, dossiers et autres informations pertinentes à votre demande si vous en faites la demande. Vous pouvez également demander l'identité de tout expert médical ou professionnel dont l'avis a été obtenu par le régime. Assurez-vous d'inclure dans votre appel toutes les informations relatives à votre demande, en particulier toute information ou preuve supplémentaire que vous souhaitez que le régime prenne en compte, et remettez-la à la personne indiquée dans l'avis de rejet avant la fin de la période de 180 jours.

Réviser un appel

En appel, votre demande doit être examinée par une nouvelle personne qui examine toutes les informations soumises et consulte des professionnels de la santé qualifiés si un jugement médical est impliqué. Cet examinateur ne peut pas être la même personne qui a pris la décision initiale ou un subordonné de cette personne, et l'examineur ne doit pas tenir compte de la décision initiale.

Le délai d'un régime pour examiner votre appel varie en fonction du type de demande déposée.

TYPE DE DEMANDE	DATE LIMITE D'EXAMEN D'UN APPEL
Soins urgents	Dès que possible, en tenant compte de vos besoins médicaux, et au plus tard 72 heures après réception de la demande de révision d'une demande rejetée
Pré-service	Dans un délai raisonnable adapté aux circonstances médicales, et pas plus de 30 jours après réception de la demande d'examen d'une demande rejetée*
Post-service	Dans un délai raisonnable, et pas plus de 60 jours après réception de la demande d'examen d'une demande rejetée*

*Veuillez noter : Un régime peut prolonger le délai d'examen d'un appel avec le consentement du demandeur.

Le régime ne peut pas prolonger le délai sans votre consentement. Il existe deux exceptions à ces délais:

- **Les régimes à employeur unique négociés collectivement** peuvent généralement utiliser un processus de règlement des griefs négocié collectivement pour leur procédure d'appel des demandes si ledit régime contient des dispositions sur le dépôt, la détermination et l'examen des demandes de prestations.
- **Les régimes multi-employeurs négociés collectivement** ont des délais spéciaux pour leur permettre de programmer des examens en appel des demandes post-service dans les réunions régulières trimestrielles du conseil d'administration.

Si vous participez à l'un de ces régimes et que vous avez des questions sur les procédures de votre régime, vous pouvez consulter la Description sommaire du régime et la convention collective de votre régime ou contacter l'Administration de la sécurité des avantages du personnel (EBSA) du Ministère du Travail au **1-866-444-3272**.

Les régimes peuvent exiger deux niveaux d'examen d'une demande en prestations de santé rejetée pour ainsi clore le processus de dépôt de demandes du régime. Dans de tels cas, la période maximale pour chaque révision est généralement la moitié de la période autorisée pour une révision. Par exemple, un régime d'assurance maladie collectif avec un niveau d'appel doit examiner une demande de remboursement pré-service dans un délai raisonnable adapté aux circonstances médicales et au

plus tard 30 jours après que le régime a reçu votre appel. Si le régime nécessite deux appels, chaque examen doit être terminé dans les 15 jours pour les demandes en pré-service. Si votre appel est toujours refusé après le premier examen, le régime doit vous accorder un délai raisonnable (mais pas 180 jours complets) pour déposer le deuxième examen.

Une fois que le régime a pris une décision finale sur votre demande, le régime doit vous envoyer une explication écrite de la décision. Celle-ci doit inclure:

- Les raisons précises pour lesquelles la demande a été rejetée en appel ;
- Une référence aux dispositions du régime sur lesquelles la décision est fondée ;
- Une description de tout processus volontaire proposé par le régime pour résoudre les litiges liés aux réclamations ;
- Une explication de votre droit de recevoir gratuitement les documents pertinents à votre demande de prestations (documents et dossiers sur lesquels la décision est fondée et autres documents préparés ou utilisés au cours de la procédure) ; et
- Une description de vos droits de demander un contrôle judiciaire de la décision du régime.

Règles supplémentaires pour les régimes sans droits acquis en vertu de la Loi sur les soins abordables

La Loi sur les soins abordables comprend des exigences supplémentaires pour le traitement des demandes avec les régimes d'assurance maladie collectifs qui ne bénéficient pas de droits acquis. Les régimes qui ne bénéficient pas de droits acquis sont ceux qui ont été établis ou qui ont apporté certains changements importants après le 23 mars 2010. Le processus de réclamation et d'appel doit couvrir les résiliations (annulations rétroactives) de la couverture, ainsi que d'autres refus de prestations. Ceux-ci, ou leurs assureurs, doivent également:

- Vous fournir des preuves ou des justifications nouvelles ou supplémentaires, ainsi qu'une possibilité raisonnable d'y répondre, avant de prendre une décision finale concernant la demande;
- Veiller à ce que les demandes et les recours soient jugés de manière indépendante et impartiale;
- Fournir des détails dans tous les avis de refus sur la demande concernée, la raison du refus d'une demande (y compris le code de refus et sa signification), tout processus d'appel interne et externe disponible et les informations d'assistance aux consommateurs;
- Fournir, sur demande, les codes de diagnostic et de traitement (et leurs significations) pour toute demande rejetée;
- Fournir des avis d'une manière culturellement et linguistiquement appropriée;
- Vous permettre de commencer le processus d'examen externe si le régime ne respecte pas les exigences internes en matière de demandes (à moins que la violation du régime soit minime); et
- Vous permettre de resoumettre une demande via le processus de dépôt de demandes interne si une demande d'examen externe immédiat est rejetée par l'examineur externe dans des circonstances spécifiques.

En outre, les régimes qui ne bénéficient pas de droits acquis en vertu de la Loi sur les soins abordables doivent prévoir un examen externe des refus de réclamation par une partie indépendante. Le processus d'examen externe utilisé par le régime varie selon que le régime est autofinancé ou offre des prestations par l'intermédiaire d'une compagnie d'assurance. L'avis de refus de demande de votre régime décrira le processus externe et vos droits. Pour demander un examen externe, suivez les étapes indiquées dans votre avis de refus.

Si votre appel en matière de prestations de santé est rejeté

Si la décision finale du régime rejette votre demande, vous voudrez peut-être demander un avis juridique concernant vos droits de contester le refus devant les tribunaux. Normalement, vous devez terminer le processus de dépôt de demandes de votre régime avant de déposer une action en justice pour contester le refus d'une demande.

Cependant, si vous pensez que votre régime n'a pas établi ou suivi une procédure de dépôt de demandes conforme aux règles du Département, vous voudrez peut-être demander un avis juridique concernant votre droit de demander à un tribunal d'examiner votre demande de prestations sans attendre une décision du régime. Vous pouvez également contacter le bureau EBSA le plus proche au sujet de vos droits si vous pensez que le régime n'a pas respecté l'une des exigences de l'ERISA dans le traitement de votre demande de prestations.

Déposer une demande - Sommaire

- Vérifiez les prestations et la procédure de dépôt de demande de votre régime avant de déposer une demande. Lisez la Description sommaire de votre régime et le Sommaire des prestations et de la couverture. Communiquez avec votre administrateur de régime si vous avez des questions.
- Une fois votre demande déposée, la période d'attente maximale autorisée pour une décision varie selon le type de demande, allant de 72 heures à 30 jours. Votre régime peut prolonger certaines périodes, mais il doit vous en aviser avant. Habituellement, vous recevrez une décision dans ce délai.
- Si votre demande est rejetée, vous devez recevoir un avis écrit, y compris des informations précises sur la raison pour laquelle votre demande a été refusée et sur la façon de déposer un appel.
- Vous disposez d'au moins 180 jours pour demander un examen complet et équitable de votre demande rejetée. Utilisez la procédure d'appel de votre régime et sachez que vous devrez peut-être rassembler et soumettre de nouvelles preuves ou informations pour aider le régime à examiner la demande.
- L'examen de votre appel peut prendre entre 72 heures et 60 jours selon le type de réclamation ; le régime a besoin de votre permission pour une prolongation de délai. Le régime doit vous envoyer un avis écrit vous indiquant si l'appel a été accordé ou rejeté.
- Si l'appel est rejeté, l'avis écrit doit vous indiquer pourquoi il a été refusé, décrire tous les niveaux d'appel supplémentaires ou les procédures d'appel volontaires offerts par le régime et contenir une déclaration concernant vos droits de demander un contrôle judiciaire de la décision du régime.

- Si l'appel est rejeté et que votre régime ne bénéficie pas de droits acquis, l'avis de refus décrira vos droits à un examen externe indépendant de la demande refusée. Pour demander un examen externe, suivez les étapes indiquées dans l'avis
- Vous pouvez décider de demander un avis juridique si l'appel de votre demande est rejeté ou si le régime n'a pas établi ou suivi des procédures de dépôt de demandes raisonnables. Si vous pensez que le régime n'a pas respecté les exigences de l'ERISA, vous pouvez contacter l'EBSA pour en discuter.

Ressources

Pour consulter cette publication et d'autres publications EBSA, visitez le site dol.gov/ebsa.

Pour commander des publications ou demander l'aide d'un conseiller en avantages sociaux, contactez-nous au askebsa.dol.gov ou appelez sans frais le **1-866-444-3272**.



**ADMINISTRATION DE LA SÉCURITÉ DES
AVANTAGES SOCIAUX DU PERSONNEL**
MINISTÈRE DU TRAVAIL DES ÉTATS-UNIS

Février 2023