



# ÉVITEZ LES DÉPENSES DE SANTÉ SURPRISES

COMMENT LA LOI NO SURPRISES  
ACT PEUT VOUS PROTÉGER

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](http://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](mailto: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.



### **Avez-vous déjà :**

- **été aux urgences pour un traitement et vous avez reçu une facture surprise ?**
- **subi une intervention chirurgicale majeure dans un établissement couvert par votre régime d'assurance maladie et reçu une facture inattendue d'un anesthésiste hors réseau ?**
- **été blessé(e) dans un accident et reçu une facture surprise pour le trajet en ambulance aérienne jusqu'à l'hôpital ?**

Si c'est le cas, vous n'êtes pas seul(e). De nombreuses personnes aux États-Unis sont confrontées à des factures médicales inattendues, en particulier après une situation d'urgence. C'est pourquoi la loi fédérale dite No Surprises Act a été promulguée : pour vous protéger contre ces factures surprises et pour réduire les coûts des soins de santé.

## **Qu'est-ce qu'une facturation surprise ?**

Une facturation surprise se produit lorsque vous avez une couverture santé et que vous recevez sans le savoir ou sans pouvoir les éviter des soins d'un prestataire de santé hors réseau ou dans un établissement de santé hors réseau et que vous êtes facturé(e) directement pour ces soins alors que votre régime d'assurance maladie ne couvre pas l'intégralité du coût des soins.

**Fournisseur du réseau : un fournisseur ou un établissement de soins de santé qui a conclu un contrat avec votre régime d'assurance collective ou votre émetteur d'assurance maladie pour fournir des services aux membres d'un régime à certains coûts.**

**Fournisseur hors réseau : un fournisseur ou un établissement de soins de santé qui n'a pas conclu de contrat avec votre régime d'assurance collective ou votre émetteur d'assurance maladie pour fournir des services. Il peut également être appelé « fournisseur non privilégié » ou « fournisseur non participant ».**

Par le passé, en plus de tout partage des coûts hors réseau pour lesquels vous étiez responsable (comme la co-assurance ou les co-paiements), le prestataire ou l'établissement de santé hors réseau pouvait vous facturer directement la différence (le « montant autorisé ») entre ses frais facturés et le montant que votre régime d'assurance maladie devra payer pour ces charges. C'est ce qu'on appelle la « facturation du solde ».

Par exemple, si un fournisseur hors réseau vous a facturé 1 000 \$ pour un service et que le montant autorisé par votre régime d'assurance maladie pour ce service était de 250 \$, vous auriez pu être facturé pour les

750 \$ restants, en plus de tout partage des coûts que vous pourriez devoir sur le montant autorisé.

## **La loi « No Surprises Act » offre de nouvelles protections. Quelles sont-elles ?**

En règle générale, vous êtes protégé(e) contre les facturations surprises pour :

- la plupart des services d'urgence (y compris les services de santé mentale d'urgence),
- les services non urgents de prestataires hors réseau dans certains établissements de santé du réseau (hôpitaux, services ambulatoires d'hôpitaux ou centres de chirurgie ambulatoire), et
- les services de prestataires de services d'ambulance aérienne hors réseau.

### **Les services d'urgence comprennent :**

- le traitement d'une urgence médicale reçu dans le service des urgences d'un hôpital en tant que patient ambulatoire ou dans un service des urgences indépendant
- les services de pré et post-stabilisation quel que soit le service ou l'hôpital où le traitement est dispensé

Vous êtes également protégé(e) contre les litiges concernant le paiement de ces services entre les régimes/assureurs et les prestataires/établissements, afin que vous ne soyez pas pris(e) entre les deux.

## **Ces protections s'appliquent-elles à moi ?**

Oui, si vous avez un régime d'assurance maladie que vous obtenez par l'intermédiaire de votre travail ou si vous avez souscrit un régime vous-même.

La loi No Surprises Act ne s'applique pas à certaines couvertures de santé, notamment :

- aux régimes d'assurance à court terme et à durée limitée,
- aux régimes de prestations de soins exclues (tels que la couverture dentaire et ophtalmologique autonome),
- aux régimes réservés aux retraités, ou
- aux régimes d'assurance maladie collectifs basés sur des comptes.

## La loi offre-t-elle une couverture dans tous les cas de figure ?

La loi No Surprises Act couvre la plupart des services d'urgence, les services non urgents des prestataires hors réseau dans certains établissements de santé du réseau et les services des prestataires de services d'ambulance aérienne hors réseau.

Elle ne couvre pas toutes les factures médicales imprévues ou élevées.

Par exemple, il se peut que vous soyez toujours facturé pour des services et des traitements qui ne sont pas couverts par votre régime. Les protections contre les facturations surprises prévues par la loi No Surprises Act ne s'appliquent pas aux services non urgents fournis par un fournisseur hors réseau dans un établissement hors réseau.

Vous pouvez également renoncer aux protections contre les facturations surprises dans certaines situations non urgentes si vous recevez un avis et donnez votre consentement pour renoncer à ces protections. Voir page 4 pour davantage d'informations.

## Que fait la loi « No Surprises Act » ?

Si vous êtes couvert par un régime d'assurance maladie (voir la section intitulée « Ces protections s'appliquent-elles à moi ? »), la loi :

- interdit les factures surprises dans la plupart des situations d'urgence, même lorsque le traitement est fourni en dehors du réseau de votre régime et sans autorisation préalable. Votre régime d'assurance maladie ne peut pas refuser la couverture parce que vous n'avez pas obtenu l'approbation du régime d'assurance avant de vous rendre aux urgences ;
- limite le partage des coûts pour la plupart des services d'urgence en dehors du réseau de votre régime et pour la plupart des services non urgents fournis dans un établissement de santé du réseau par un fournisseur hors réseau ;
- exige le consentement du patient pour renoncer aux protections contre les facturations surprises dans certaines circonstances ;
- interdit généralement aux prestataires hors réseau de facturer aux patients les services auxiliaires (comme l'anesthésie, la pathologie, la radiologie ou la néonatalogie) qu'ils fournissent lors d'une visite dans un établissement de santé du réseau. Ces types de fournisseurs de soins ne peuvent pas vous demander de consentir à renoncer à vos protections contre les facturations surprises ;
- exige que les fournisseurs et les établissements de soins vous remettent un avis expliquant les protections de facturation et la personne que vous devez contacter si vous pensez que les protections ont été enfreintes.

## Que faire si mon régime a un réseau fermé et n'inclut pas de couverture hors réseau ?

Même si votre régime d'assurance est en réseau fermé et ne couvre pas les articles ou services hors réseau, les protections du No Surprises Act s'appliquent si les services sont couverts par le réseau dans le cadre de votre régime.

## Mes paiements seront-ils comptabilisés dans les plafonds de franchise et de débours du régime ?

Un régime d'assurance ne peut pas exiger un partage des coûts plus élevé pour les services d'urgence hors réseau, les services non urgents reçus dans un établissement de santé du réseau et les services d'ambulance aérienne que pour les services médicaux équivalents du réseau.

Tout paiement de partage des coûts que vous effectuez doit être comptabilisé dans votre franchise du réseau ou dans les plafonds de débours comme si un prestataire du réseau les facturait.

### Exemples

- En promenant votre chien, vous glissez sur la glace, vous vous cognez la tête et vous vous cassez le bras, ce qui vous oblige à vous rendre aux urgences les plus proches. Le médecin ordonne une imagerie, une radiologie et détermine que la gravité de la blessure nécessite une intervention chirurgicale le jour même.

*Même si vous avez reçu ces soins d'urgence d'un prestataire ou d'un établissement de santé hors réseau, vous n'êtes responsable que du paiement de votre franchise, de vos co-paiements et de votre coassurance dans le réseau.*

- Pour exclure un cancer, vous planifiez une biopsie chirurgicale pour retirer du tissu de votre sein. L'hôpital et le médecin qui pratique votre intervention font tous deux partie du réseau. Cependant, vous ne savez pas si les prestataires qui administrent votre anesthésie et examinent les tissus font également partie du réseau.

*Les frais accessoires hors réseau seront au tarif du réseau si votre établissement de santé fait partie du réseau. Cela comprend les services de prestataires tels que les anesthésistes et les pathologistes.*

- Pendant une séance d'exercice intense, vous ressentez de vives douleurs thoraciques qui nécessitent un déplacement aux urgences les plus proches. Après un bref examen, le médecin détermine que vous devez être transporté par ambulance aérienne vers un autre hôpital spécialisé en cardiologie.

*Si votre régime couvre les services d'ambulance aérienne, la loi No Surprises Act vous protège même si la compagnie d'ambulance aérienne ne fait pas partie du réseau. Votre responsabilité sera la franchise, le co-paiement (quote part) ou la coassurance que vous auriez payée si l'ambulance aérienne avait fait partie du réseau. Cependant, si votre régime ne couvre pas du tout les services d'ambulance aérienne ou si une ambulance terrestre vous transporte, vous pourriez être responsable du montant non couvert.*

## Qu'est-ce que l'exception d'avis de notification et de consentement, et comment s'applique-t-elle ?

En vertu de la loi No Surprises Act, un prestataire ou un établissement peut demander aux personnes de renoncer volontairement à leurs protections de facturation du solde et à leurs limites de partage des coûts dans certaines circonstances.



Un prestataire ou un établissement de soins peut vous fournir un formulaire de notification et de consentement et vous demander de renoncer aux protections de facturation surprise lorsque :

- vous planifiez certains services non urgents (autres que des services auxiliaires) dans un établissement de santé du réseau, ou
- vous avez besoin de soins post-stabilisation après une urgence et votre prestataire ou établissement de santé est hors réseau.

### Exemple

- Vous avez subi une blessure à l'épaule en jouant au football. Une radiographie montre que votre épaule est à la fois cassée et luxée. Un collègue recommande un chirurgien orthopédiste. Votre intervention chirurgicale est programmée 2 semaines à l'avance dans un hôpital du réseau.

Le jour même où vous planifiez votre intervention, vous recevez un avis vous informant que votre chirurgien ne fait pas partie du réseau de votre régime d'assurance maladie. Pour procéder à l'intervention, vous devez consentir à renoncer à vos protections de facturation du solde. En raison de votre préférence pour ce médecin, vous signez le formulaire de consentement.

*Vous êtes responsable de toute facture de solde que vous recevez. Vous avez signé le formulaire de consentement reconnaissant que votre chirurgien était hors réseau plus de 72 heures avant la date de votre intervention.*

*Cependant, si le chirurgien ne vous avait pas fourni le formulaire de consentement dans les 72 heures minimum précédant les services, il ne pourrait pas vous facturer le solde des services fournis pendant votre intervention.*

## Quand la notification et le consentement ne sont-ils pas autorisés ?

En situation **d'urgence**, la notification et le consentement ne sont pas autorisés pour la fourniture de/des :

- tout service d'urgence avant que votre état ne soit stabilisé
- articles ou services en raison de besoins médicaux urgents imprévus
- services post-stabilisation si certaines exigences supplémentaires ne sont pas respectées

En situation **non urgente**, la notification et le consentement ne sont pas autorisés pour les services auxiliaires, qui sont définis comme des articles et services qui sont :

- liés à la médecine d'urgence, à l'anesthésiologie, à la pathologie, à la radiologie et à la néonatalogie, qu'ils soient fournis par un médecin ou un praticien non-médecin
- fournis par des chirurgiens assistants, des hospitalistes et des intensivistes
- services de diagnostic, y compris les services de radiologie et de laboratoire
- fournis par un fournisseur hors réseau s'il n'y a pas de fournisseur du réseau disponible
- fournis pendant le traitement en raison d'événements imprévus, besoins médicaux urgents

## Quelles informations sont incluses dans le formulaire d'avis et de consentement ?

Les documents de notification et de consentement, normalisés par le gouvernement fédéral, décrivent les protections de la loi No Surprises Act contre les factures médicales inattendues et vous demandent si vous êtes prêt à renoncer à ces protections et à payer plus pour des soins hors réseau. En signant le formulaire de consentement, vous renoncez à ces protections. Le formulaire vous donnera également une estimation des coûts hors réseau.

Si la notification et le consentement concernent des services post-stabilisation, ils doivent également inclure une liste des prestataires du réseau qui peuvent fournir des soins post-stabilisation.

Les documents de notification et de consentement doivent être remis physiquement séparément des autres documents. Ils ne peuvent pas être joints ou incorporés à d'autres documents. Les prestataires et les établissements de santé doivent vous offrir, à vous ou à votre représentant autorisé, le choix de recevoir la notification et le document de consentement dans l'une des 15 langues les plus courantes dans l'État ou la région où se trouve l'établissement.

## Dois-je obligatoirement signer l'avis et le formulaire de consentement ?

**Non.** La signature de ce formulaire est entièrement votre choix. Vous ne devez signer le formulaire que si vous acceptez de renoncer aux protections contre les facturations surprises pour les articles et services spécifiquement mentionnés dans l'avis. Vous paierez probablement davantage si vous choisissez de recevoir des soins en dehors de votre réseau. Avant de signer, lisez attentivement le formulaire et évaluez vos options !

Si vous ne signez pas, le prestataire de soins peut décider de ne pas vous fournir les soins non urgents ou de post-stabilisation inclus dans l'avis. Vous devrez alors peut-être trouver un prestataire ou un établissement du réseau et prendre rendez-vous avec lui. Votre régime d'assurance-maladie peut vous aider à trouver celui-ci.

Si vous ne signez pas l'avis et le formulaire de consentement et que le prestataire ou l'établissement vous fournit toujours des soins, les protections de la loi No Surprises Act continuent de s'appliquer.

## Qu'en est-il de la loi de l'État ? Peut-elle me protéger contre les factures médicales surprises ?

Certains États prévoient des protections de facturation du solde supplémentaires par rapport à celles requises par la loi No Surprises Act. Consultez le site web du Département des assurances de votre État pour obtenir plus d'informations sur la loi No Surprises Act et les lois qui peuvent s'appliquer à votre couverture.



## Les factures médicales et les explications des prestations sont-elles les mêmes ?

**Non.** Avant de recevoir une facture médicale du cabinet de votre prestataire, vous devez recevoir une explication des prestations (EOB) de votre régime d'assurance-maladie.

L'EOB (l'explication des prestations) vous indique les services que vous avez reçus, quand vous les avez reçus, le montant que votre régime paiera et le montant que vous devez. Il s'agit d'informations essentielles pour vous aider à déterminer si vous avez reçu une facture surprise. Vérifiez votre EOB pour détecter les erreurs et relisez-la à chaque fois.

Si vous attendez toujours une EOB suite à une visite récente et que vous recevez une facture d'un prestataire, contactez votre régime d'assurance maladie pour déterminer si le prestataire lui a envoyé une demande de prestations.

## Que dois-je faire si je reçois une facture surprise ?

Contactez le service d'assistance No Surprises (Pas de surprises) au **1-800-985-3059** si :

- vous recevez une facture qui dépasse le montant que vous devez au titre du partage des coûts, tel que le montre l'EOB
- vous avez des questions sur les règles de la loi No Surprises Act
- vous pensez que la loi No Surprises Act n'est pas respectée

Vous pouvez joindre le service d'assistance de 8 h à 20 h, heure de l'Est (HE), du lundi au vendredi et de 10 h à 18 h, heure de l'Est, le samedi et le dimanche.

Si vous souhaitez déposer une plainte en ligne, visitez le site [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers).

Le service d'assistance « No Surprises Help Desk » ne peut pas exiger du fournisseur ou de l'établissement qu'il ajuste ses tarifs, qu'il porte un jugement médical ou juridique ou qu'il détermine la valeur de la réclamation.

## Quelles mesures devez-vous prendre si votre régime refuse la couverture ?

Lisez attentivement votre EOB. Vous pouvez déposer un recours interne auprès de votre régime si votre EOB montre qu'il n'a pas couvert un article ou un service conforme à la loi No Surprises Act.

- Appelez votre régime d'assurance et demandez une copie de la procédure d'appel interne du régime d'assurance et les informations et documents à inclure dans votre demande d'appel interne.
- Ensuite, soumettez votre recours interne par écrit. Votre régime doit répondre rapidement.

Consultez la publication du ministère du Travail des États-Unis, « Déposer une demande de remboursement pour prestations de santé », à l'adresse [dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/filing-a-claim-for-your-health-benefits-fr](https://dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/filing-a-claim-for-your-health-benefits-fr).

## Ressources

Vous pouvez en apprendre davantage sur la loi No Surprises Act et sur la conformité de votre régime d'assurance maladie aux exigences.

### Administration de la sécurité des avantages sociaux du personnel (EBSA) du ministère du Travail des États-Unis

- Appelez un conseiller en avantages sociaux sans frais au **1-866-444-3272**.
- Visitez le site [dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act](https://dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act).

### Le service d'assistance No Surprises

- Appelez le **1-800-985-3059**.
- Visitez le site [www.cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers).

### Site web et coordonnées du département des assurances de votre État

Vous pouvez trouver les informations de votre État sur le site web de la National Association of Insurance Commissioners à l'adresse [content.naic.org/state-insurance-departments](https://content.naic.org/state-insurance-departments).



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

octobre 2024