



LES 10 MEILLEURES FAÇONS DE TIRER PARTI DE VOS PRESTATIONS SANTÉ



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

Les 10 meilleures façons de tirer parti de vos prestations santé



L'Administration de la sécurité des avantages du personnel (EBSA) du ministère du Travail administre plusieurs lois importantes sur les prestations de santé couvrant les régimes de santé des employeurs.

Ces lois comprennent :

- Vos droits fondamentaux à l'information sur le fonctionnement de votre plan de santé,
- Comment se qualifier et faire des demandes de prestations,
- Votre droit de continuer à bénéficier de vos prestations de santé lorsque vous perdez votre couverture ou changez d'emploi, et
- Protections pour conditions médicales spéciales.

Pour plus d'informations sur les lois qui protègent vos prestations, visitez [le site de l'EBSA](#) ou appelez l'EBSA au numéro gratuit **1-866-444-3272**.

Ces 10 conseils peuvent vous aider à mieux profiter de vos prestations de santé.

1. Explorez vos options de couverture santé

Il existe plusieurs types de régimes d'assurance-maladie. Découvrez ce que votre employeur propose, puis consultez le plan (ou les plans). Le bureau des ressources humaines de votre employeur, l'administrateur du régime d'assurance-maladie ou votre syndicat peuvent vous fournir des renseignements pour vous aider à faire correspondre vos besoins et vos préférences avec les régimes disponibles. Vous pouvez aussi envisager un plan de santé via le Marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace®). Visitez [HealthCare.gov](#) pour voir les options de plan de santé disponibles dans votre région. *Obtenez des informations sur toutes vos options et examinez-les. Plus vous disposez d'informations, meilleures seront vos décisions en matière de soins de santé.*

2. Consultez les prestations disponibles

Déterminez vos besoins et vos priorités. Les régimes offerts couvrent-ils les prestations qui sont importantes pour vous, tels que les services de santé mentale, les soins de bébé en bonne santé, les soins de la vue ou les soins dentaires ? Y a-t-il des franchises ? À quelles dépenses personnelles pourriez-vous faire face ? Comparez toutes vos options avant de décider quelle couverture choisir. *Faire correspondre vos besoins et ceux des membres de votre famille se traduira par les meilleures prestations possibles. Le moins cher n'est pas toujours le meilleur. Votre objectif est des prestations de santé abordables et de haute qualité.*

3. Lisez la Description sommaire du plan (SPD) de votre plan pour la richesse des informations qu'il fournit

Le SPD décrit vos prestations et vos droits légaux en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu de retraite des employés, ou ERISA, une loi fédérale qui protège vos prestations de santé. Il doit également contenir des informations sur la couverture des personnes à charge, les services nécessitant une quote-part ou une coassurance, et quand votre employeur peut modifier ou résilier un régime d'assurance-maladie. En plus de votre SPD, le Résumé des prestations et de la couverture (SBC) est un résumé court et facile à comprendre de ce que couvre un régime et de ce qu'il coûte. L'administrateur de votre régime d'assurance-maladie doit fournir une copie des deux documents avec vos documents d'inscription. *Conservez le SPD, le SBC et toutes les autres brochures et documents du régime de santé, ainsi que les notes de service ou la correspondance de votre employeur concernant les prestations de santé.*

4. Utilisez votre couverture santé

Une fois que votre couverture maladie commence, utilisez-la pour couvrir les frais médicaux de services tels que se rendre chez le médecin, remplir des ordonnances ou obtenir des soins d'urgence. L'utilisation de vos prestations vous aidera, vous et votre famille, à rester en bonne santé et à réduire vos coûts de soins de santé. L'Affordable Care Act (Loi sur la protection des malades et les soins abordables ou ACA) protège les personnes inscrites à des plans de santé basés sur l'emploi, notamment en interdisant les exclusions de conditions préexistantes et les limites annuelles et à vie sur les

prestations de santé essentielles. De plus, de nombreux régimes couvrent gratuitement certains services préventifs, y compris les vaccinations de routine ; des visites régulières de bébé et d'enfant en bonne santé ; tests de pression artérielle, de diabète et de cholestérol ; et de nombreux dépistages du cancer. Vous pouvez également garder vos enfants sur votre plan de santé jusqu'à l'âge de 26 ans. *Profitez de vos prestations, notamment des soins préventifs gratuits si votre plan les couvre. Si vous payez le partage des coûts pour un service préventif, vérifiez l'explication des prestations et assurez-vous que le fournisseur a facturé le service correctement.*

5. Comprendre la couverture de votre régime en matière de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances

De nombreux régimes d'assurance-maladie offrent une couverture pour la santé mentale et les troubles liés à l'utilisation de substances. Si un régime offre ces prestations, les exigences financières (telles que les tickets modérateurs et les franchises) et les limites quantitatives de traitement (telles que les limites de visites) pour ces prestations ne peuvent pas être plus restrictives que celles appliquées aux prestations médicales/chirurgicales. Les plans ne peuvent pas non plus imposer de limites à vie et annuelles sur le montant en dollars des services de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances, y compris les traitements de santé comportementale. *Certains plans couvrent gratuitement des services préventifs tels que des dépistages de la dépression et des évaluations comportementales des enfants. Vérifiez votre SPD et SBC pour savoir ce que votre plan couvre.*

6. Rechercher des programmes favorisant le bien-être

De plus en plus d'employeurs mettent en place des programmes de bien-être qui encouragent les employés à faire de l'exercice, à arrêter de fumer et à adopter généralement des modes de vie plus sains. La Health Insurance Portability and Accountability Act (Loi sur la transférabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie), ou HIPAA, et l'ACA encouragent les régimes de santé collectifs à adopter des programmes de bien-être, mais interdisent également la discrimination contre les employés et les personnes à charge sur la base d'un facteur de santé. Ces programmes offrent souvent des récompenses telles que des économies de coûts ainsi que la promotion d'une bonne santé. *Vérifiez votre SPD ou SBC pour voir si votre plan propose un ou plusieurs programmes de bien-être. Si votre plan le fait, découvrez quelles prestations sont offertes et ce que vous devez faire pour les recevoir.*

7. Savoir comment faire appel si votre demande de prestations de santé est refusée

Comprendre les procédures de votre régime d'assurance maladie pour déposer une demande de prestations et interjeter appel des décisions. Faites attention aux délais – assurez-vous de déposer des demandes et des appels en temps opportun et que le plan prend des décisions à temps. Conservez des registres et des copies de toute la correspondance. *Vérifiez votre paquet de prestations de santé et votre SPD pour déterminer qui est responsable du traitement des problèmes avec les demandes de prestations. Contactez EBSA pour obtenir de l'aide si le plan ne répond pas à votre demande.*

8. Évaluez votre couverture santé au fur et à mesure que votre situation familiale change

Vous pourriez avoir besoin de modifier votre couverture santé à la suite de certains événements de la vie tels que le mariage, le divorce, l'accouchement ou l'adoption, le décès d'un conjoint ou un enfant vieillissant hors du régime de santé d'un parent. Vous, votre conjoint et vos enfants à charge pouvez être admissibles à une adhésion spéciale à une autre couverture de santé de l'employeur ou via le marché de l'assurance maladie. Même sans événements marquants, les informations fournies par votre employeur devraient vous indiquer comment vous pouvez modifier vos prestations ou changer de régime. *Si vous envisagez une inscription spéciale, agissez rapidement. Vous avez 30 jours après l'événement de la vie pour demander une adhésion spéciale à une autre couverture d'employeur ou 60 jours pour sélectionner un plan sur le marché.*

9. Sachez que les changements d'emploi et d'autres événements professionnels peuvent affecter votre couverture santé

Si vous changez d'employeur ou perdez votre emploi, vous devrez peut-être trouver une autre couverture santé. Si vous avez un nouvel emploi, envisagez de vous inscrire au régime de votre nouvel employeur. Que vous commenciez ou perdiez un emploi, vous pourriez être admissible à une inscription spéciale au régime parrainé par l'employeur d'un conjoint ou via le marché de l'assurance maladie. En vertu de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Loi de réconciliation budgétaire omnibus consolidée), ou COBRA, vous, votre conjoint couvert et vos enfants à charge pouvez être éligibles pour

continuer la couverture en vertu de votre ancien régime parrainé par l'employeur. Cette couverture est temporaire (généralement de 18 à 36 mois) et vous devrez peut-être payer la totalité de la prime plus des frais administratifs de 2 %. *Obtenez des informations sur vos options de couverture et comparez. Connaissez les dates limites de votre décision de couverture et découvrez quand votre nouvelle couverture entrera en vigueur.*

10. Plan de retraite

Avant de prendre votre retraite, renseignez-vous sur les prestations de santé, le cas échéant, qui s'étendront à vous et à votre conjoint. Consultez le bureau des ressources humaines de votre employeur, votre syndicat ou l'administrateur du régime. Vérifiez votre SPD et les autres documents du plan. Assurez-vous qu'il n'y a pas d'informations contradictoires entre ces sources sur les prestations que vous recevrez ou les circonstances dans lesquelles elles peuvent changer ou être éliminées. Avec ces informations en main, vous pouvez faire d'autres choix importants, tels que décider de vous inscrire à Medicare ou d'acheter une couverture d'assurance Medigap (si éligible). Si vous souhaitez prendre votre retraite avant d'être éligible à Medicare et que votre employeur ne fournit pas de prestations de santé à la retraite, réfléchissez à la manière dont vous obtiendrez une couverture maladie. Vos options peuvent inclure l'adhésion au régime d'employeur d'un conjoint ou à un régime Marketplace ou le maintien temporaire de votre couverture d'employeur en choisissant COBRA. *La planification de la retraite comprend la planification de votre couverture santé à la retraite. Pour en savoir plus, lisez Taking the Mystery Out of Retirement Planning (voir le panneau arrière).*

Ces lois peuvent vous aider

• La Loi sur la sécurité du revenu de retraite des employés (Employee Retirement Income Security Act) — Offre une protection aux personnes inscrites à des régimes de retraite, de santé et d'autres régimes d'avantages sociaux parrainés par des employeurs du secteur privé, et fournit des droits à l'information et un processus de demande et d'appel aux participants pour obtenir des prestations de leurs régimes.

• La Loi sur la protection des patients et les soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act) — Fournit des protections pour la couverture de santé basée sur l'emploi, y compris l'extension de la couverture des personnes à charge des enfants jusqu'à l'âge de 26 ans, l'interdiction des exclusions de conditions préexistantes et l'interdiction des limites à vie et annuelles des prestations de santé essentielles. Elle a également créé le Marché de l'assurance maladie.

• La Loi de réconciliation budgétaire omnibus consolidée (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) — Donne à certains anciens employés, retraités, conjoints et enfants à charge le droit d'acheter la continuation temporaire de la couverture du régime d'assurance-maladie de groupe aux taux de groupe dans des cas spécifiques.

• La Loi sur la transférabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act) — Permet aux salariés, à leurs conjoints et aux personnes à leur charge de souscrire à une couverture santé assurée par l'employeur indépendamment des périodes d'adhésion ouvertes en cas de perte de couverture ou en cas de mariage, de naissance, d'adoption ou de placement en vue de l'adoption. Elle interdit également la discrimination dans la couverture des soins de santé.

• La Loi sur la santé des femmes et les droits contre le cancer (Women's Health and Cancer Rights Act) — Offre des protections aux patientes atteintes d'un cancer du sein qui choisissent une reconstruction mammaire dans le cadre d'une mastectomie.

• La Loi sur la protection de la santé du nouveau-né et de la mère (Newborns' and Mothers' Health Protection Act) — Fournit une couverture minimale pour les durées de séjour à l'hôpital après l'accouchement.

• La Loi sur la non-discrimination en matière d'information génétique (Genetic Information Nondiscrimination Act) — Interdit la discrimination dans les primes des régimes collectifs d'assurance-maladie fondée sur l'information génétique. En outre, interdit généralement aux régimes de santé collectifs de demander des informations génétiques ou d'exiger des tests génétiques.

• La Loi sur la parité en santé mentale et l'équité en matière de toxicomanie et la Loi sur la parité en santé mentale (Mental Health Parity and Addiction Equity Act and the Mental Health Parity Act) — Exige la parité des exigences financières et des limitations de traitement pour les prestations de santé mentale et de toxicomanie avec celles des prestations médicales et chirurgicales.

• La Loi sur les traitements du 21^e siècle (21st Century Cures Act) — Favorise une meilleure compréhension et une meilleure conformité à la Loi sur la parité en santé mentale et l'équité en matière de toxicomanie (MHPAEA), y compris une amélioration de la divulgation et de l'aide à la conformité. La Cures Act précise également que les prestations pour les troubles de l'alimentation sont couvertes par la MHPAEA.

• Loi sur la réautorisation du programme d'assurance-maladie des enfants (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act) — Permet une inscription spéciale à un régime de santé de groupe si un employé ou des personnes à charge perdent la couverture sous CHIP ou Medicaid ou sont éligibles à une assistance premium dans le cadre de ces programmes.

• La loi pas de surprises (No Surprises Act) — Limite les frais facturés excessifs (facturation surprise) pour recevoir des soins hors réseau pour les services d'urgence, les services non urgents de fournisseurs hors réseau dans les installations du réseau dans certaines circonstances, et l'ambulance aérienne prestations de service.

Pour en savoir plus...

Rendez-vous au [le site de l'EBSA](#) pour voir les publications suivantes de l'EBSA:

- An Employee's Guide to Health Benefits Under COBRA
- Retirement and Health Care Coverage...Questions and Answers for Dislocated Workers
- Can the Retiree Health Benefits Provided by Your Employer Be Cut?
- Life Changes Require Health Choices...Know Your Benefit Options
- Work Changes Require Health Choices...Protect Your Rights
- Filing a Claim for Your Health Benefits
- Your Genetic Information and Your Health Plan – Know the Protections Against Discrimination
- Taking the Mystery Out of Retirement Planning

Pour commander des exemplaires ou demander l'aide d'un conseiller en avantages sociaux, **envoyez un courriel à EBSA** ou appelez sans frais au **1-866-444-3272**.

Vous pouvez également visiter le site du département américain de la Santé et des Services sociaux [HealthCare.gov](#) ou appeler le **1-800-318-2596** pour en savoir plus sur les plans Marketplace, ce qu'ils couvrent et comment faire une demande. Vous pouvez également obtenir des informations en contactant le bureau du commissaire aux assurances de votre État.



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