

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATIONS DOCUMENTÉES AUPRÈS D'UN RÉGIME DE SANTÉ PARRAINÉ PAR L'EMPLOYEUR OU D'UN ASSUREUR DU MARCHÉ DES ASSURANCES COLLECTIVES OU INDIVIDUELLES CONCERNANT LES LIMITATIONS DE TRAITEMENT**

*Contexte* : Ce document vous permet de solliciter auprès de votre employeur ou de votre assureur collectif ou individuel des informations sur les restrictions de traitement pouvant affecter votre accès aux prestations pour la santé mentale ou les troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Vous pouvez utiliser ce formulaire pour solliciter le suivant :

- **Des informations générales** sur les limitations de traitement, comme les politiques d'autorisation préalable de votre régime pour les traitements médicaux, chirurgicaux et de santé mentale.
- **Des informations spécifiques** sur les motifs du refus des prestations. Par exemple, vous pouvez poser des questions sur les critères de « manquement à la nécessité médicale » que votre compagnie d'assurance pourrait avoir utilisés pour refuser votre demande.

Votre régime d'assurance maladie ou votre assureur sont légalement tenus de vous fournir ces informations dans certains cas. Dans certains cas, une demande de renseignements peut fournir plus d'informations que vous ne le souhaitiez. Discutez avec le gestionnaire de votre régime d'assurance-santé ou votre assureur des documents que vous aimeriez solliciter et, si vous le préférez, des options pour les recevoir par voie électronique.

Selon la loi fédérale appelée Mental Health Parity and Addiction Equity Act (loi sur la parité en matière de santé mentale et d'addiction), de nombreux régimes de santé et assureurs doivent assurer une « parité » entre les prestations pour la santé mentale et les troubles liés à l'utilisation de substances, et les prestations médicales et chirurgicales. Cela signifie que les exigences financières et les limitations de traitement pour les prestations de santé mentale ou les troubles liés à l'utilisation de substances ne peuvent pas être plus restrictives que celles appliquées aux prestations médicales et chirurgicales. Parmi les types de limites couvertes par les protections de la parité figurent les suivantes :

- les exigences financières, telles que les franchises, les quotes-parts, les coassurances et les limites de dépenses ; et
- Limitation du traitement : par exemple, limitation du nombre de jours ou de visites couverts, ou autres limites sur la portée ou la durée du traitement (par exemple, obligation d'obtenir une autorisation préalable).

Si vous, un membre de votre famille ou une personne que vous assistez bénéficiez d'une couverture santé via un régime de santé privé, la loi fédérale exige que le régime fournisse, sur demande, certains documents relatifs aux prestations, y compris les limitations de couverture. Par exemple, vous pourriez vouloir obtenir des documents expliquant pourquoi votre assurance

maladie demande une autorisation préalable avant de couvrir les visites chez un thérapeute. En règle générale, les régimes d'employeurs privés sont tenus de fournir les documents dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la réception de votre demande par le régime.

**Contactez directement le gestionnaire de votre régime santé ou votre compagnie d'assurance maladie pour soumettre votre demande.**

Ce formulaire vous permet de demander à votre assureur des informations sur les limitations de traitement. Ce formulaire énumère plusieurs types de limitations courantes de traitement. Si la limitation de traitement imposée par votre régime ne figure pas dans cette liste, vous pouvez ajouter une description de la limitation pour laquelle vous souhaitez obtenir davantage d'informations dans la section « Autres ».

**Instructions** : Remplissez le formulaire ci-joint pour demander à votre gestionnaire de régime santé ou à votre assureur des informations générales sur les limitations de traitement ou des explications spécifiques concernant le refus de vos prestations pour la santé mentale ou les troubles liés à l'utilisation de substances. Ces informations peuvent vous aider à contester un refus de demande. Cependant, pour faire appel de cette décision, vous devez lancer en parallèle la procédure générale d'examen et d'appel de votre gestionnaire de régime santé ou de votre assureur. Vous n'êtes pas obligé d'utiliser ce formulaire pour demander des informations à votre gestionnaire de régime santé. Consultez la description sommaire de votre régime (summary plan description, SPD) ou votre certificat de couverture pour savoir comment demander des informations au régime ou comment faire appel d'un refus de remboursement.

Si vous aidez quelqu'un à obtenir des informations sur sa couverture santé, le gestionnaire du régime santé ou l'assureur peut exiger que vous joigniez à votre demande des documents supplémentaires signés par la personne que vous assistez (si cela n'a pas déjà été fait).

Si vous avez des questions concernant ce formulaire et que vous êtes affilié à un régime de santé privé, vous pouvez consulter le site web de l'Administration de la protection des prestations des employés (Employee Benefits Security Administration, EBSA) à l'adresse [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) pour obtenir des réponses aux questions courantes sur les régimes de santé privés. Vous pouvez aussi contacter l'ESBA par voie électronique à l'adresse [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) ou en composant le numéro gratuit 1-866-444-3272.

Vous pouvez également utiliser ce formulaire si votre couverture n'est pas fournie par un employeur privé. Par exemple, si vous avez une couverture individuelle ou une couverture parrainée par un employeur du secteur public, comme une municipalité ou un gouvernement d'État. Vous pouvez contacter les Centres pour les services Medicare et Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) à l'adresse suivante [phig@cms.hhs.gov](mailto:phig@cms.hhs.gov) ou en composant le 1-877-267-2323, poste 61565, pour toute question concernant votre couverture médicale individuelle ou votre régime de santé du secteur public.

## **Déclaration de divulgation PRA**

Selon la Loi sur la réduction des formalités administratives de 1995, aucune personne n'est tenue de répondre à une collecte d'informations à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle de l'OMB valide. Le numéro de contrôle de l'OMB valide pour cette collecte d'informations est **1210-0138**. Cette collecte d'informations est facultative, mais elle peut être utilisée par les participants aux régimes de santé collectifs, les bénéficiaires, ou leurs représentants, pour demander aux régimes de santé des renseignements sur les limitations de traitement. Ce formulaire a pour objectif de simplifier le processus de demande d'informations pertinentes pour les patients et leurs mandataires. Le temps nécessaire pour effectuer cette collecte d'informations est estimée en moyenne à **5 minutes** par réponse, y compris le temps d'examiner les instructions, rechercher des ressources de données existantes, de recueillir les données nécessaires, et compléter et examiner la collecte d'informations. L'utilisation de cette collecte d'informations est facultative. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude de l'estimation du temps nécessaire ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Research and Analysis, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 ou envoyer un courriel à [bsa.opr@dol.gov](mailto:bsa.opr@dol.gov) et mentionnez le numéro de contrôle de l'OMB 1210-0138.

Date : \_\_\_\_\_

**Demande d'information sur la parité en matière de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives**

**REMARQUE :** Ce formulaire de demande de divulgation n'est PAS destiné à initier une demande formelle de prestations ni à faire appel d'une demande refusée. Toutefois, les informations obtenues grâce à ce formulaire peuvent vous aider à faire appel d'un refus de prestations médicales relatives à vos soins de santé mentale et aux troubles liés à l'utilisation de substances. La soumission de ce formulaire est facultative et ne remplace PAS la procédure de réclamation ou celle de contestation de votre régime d'assurance maladie.

l'attention de : \_\_\_\_\_ [Insérer le nom du régime de santé ou de l'émetteur] À

***(Si vous êtes un prestataire ou un autre mandataire autorisé à demander des informations pour la personne inscrite au régime, veuillez fournir les informations suivantes.)***

Je suis un mandataire qui souhaite obtenir des informations sur la personne suivante, qui est affiliée au régime suivant :

Une autorisation signée par l'affilié est jointe à cette demande.

***(Remplissez cette section si vous souhaitez obtenir des informations générales sur les limitations de traitement).***

**Demande d'informations générales**

- Je souhaite obtenir des informations sur les limitations du régime en ce qui concerne la couverture du suivant :
  - Prestations en matière de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances de manière générale.
  - Le traitement spécifique suivant pour mon état de santé mentale ou mes troubles liés à l'utilisation de substances : \_\_\_\_\_.

***(Remplissez cette section si vous souhaitez obtenir des informations spécifiques sur les limitations qui ont conduit à un refus de prestations.)***

**Demande d'information sur la réclamation/le refus**

- J'ai été informé(e) le \_\_\_\_\_ [indiquer la date du refus] qu'une demande de prise en charge d'un traitement pour \_\_\_\_\_ [indiquer le trouble mental ou le trouble lié à l'utilisation d'une substance] a été, ou pourrait être, refusée ou restreinte pour la ou les raisons suivantes, indiquées immédiatement ci-dessous :

***(D'après votre compréhension du refus, de la limitation ou de la réduction de la couverture, cochez toutes les cases qui s'appliquent)***

- On m'a informé que le traitement n'était pas jugé médicalement nécessaire.
- On m'a informé qu'il s'agissait d'un traitement expérimental ou de recherche.
- Le régime exige une autorisation avant de prendre en charge le traitement.
- Le régime exige des autorisations permanentes avant de prendre en charge la poursuite de mon traitement.
- Le régime exige que j'essaie un autre traitement avant d'autoriser celui recommandé par mon médecin ou mon thérapeute.
- Le régime refuse d'autoriser d'autres traitements au motif que je n'ai pas terminé un traitement précédent.
- Le formulaire des médicaments sur ordonnance du régime ne prend pas en charge le médicament prescrit par mon médecin.
- Mon régime couvre mon traitement de santé mentale ou de toxicomanie, mais aucun prestataire raisonnablement accessible n'est disponible dans le réseau pour ce traitement.

- o Je ne suis pas certain que le calcul du paiement des services hors réseau effectué par mon régime, notamment les méthodes utilisées pour déterminer les frais habituels, coutumiers et raisonnables, soit conforme aux protections de parité.
- o Autre : *(Précisez les motifs du refus, de la limitation ou de la réduction de la couverture) :*

---

---

---

Étant donné que ma couverture santé est soumise aux protections de parité, des exigences financières ou des limitations de traitement ne peuvent être imposées aux prestations de santé mentale ou de troubles liés à l'utilisation de substances, à moins qu'elles ne soient comparables à celles appliquées aux prestations médicales et chirurgicales. Par conséquent, en ce qui concerne les limitations ou les conditions du régime de prestations spécifié ci-dessus, **dans un délai de trente (30) jours civils à compter de la date de réception de la présente demande**, je sollicite au gestionnaire du régime le suivant :

- 1. Fournir le libellé précis du régime concernant les limitations et identifier les prestations médicales/chirurgicales ainsi que celles liées à la santé mentale ou aux troubles liés à l'utilisation de substances auxquelles ces limitations s'appliquent, selon la classification des prestations pertinente décrite dans les règlements de la loi sur la parité en matière de santé mentale et d'équité en matière de toxicomanie (Mental Health Parity and Addiction Equity Act)
- 2. Identifier les facteurs utilisés dans l'élaboration des limitations, tels que l'utilisation excessive, l'augmentation récente des coûts médicaux, la forte variabilité des coûts par épisode de soins, ainsi que la sécurité et l'efficacité du traitement ;
- 3. Identifier les sources, y compris les processus, les stratégies et les normes de preuve, utilisées pour évaluer les facteurs mentionnés ci-dessus. Les exemples de normes de preuve comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :
  - Utilisation excessive telle que définie par deux écarts-types au-dessus de la moyenne la consommation moyenne par épisode de soins ;
  - la récente escalade des coûts médicaux, définie par une augmentation des coûts médicaux pour certains services de 10 % ou plus par an pendant deux ans.
  - Forte variabilité du coût par épisode de soins, définie par des épisodes de soins ambulatoires dont le coût total est supérieur de 2 écarts-types au coût moyen par épisode 20 % ou plus du temps au cours d'une période de 12 mois ; et

- Sécurité et efficacité de la modalité de traitement telle que définie par deux essais cliniques aléatoires requis pour établir qu'un traitement n'est pas expérimental ou de recherche.
- 4. Identifier les méthodes et les analyses utilisées pour l'élaboration de la (des) limitation(s) ; et

- 5. Fournir toute preuve et documentation démontrant que les limitations ne sont pas appliquées de manière plus stricte, tant dans leur rédaction que dans leur application, aux prestations liées à la santé mentale et aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives par rapport aux prestations médicales et chirurgicales.

---

Nom en toutes lettres de la personne inscrite au régime ou de son mandataire

---

Signature de la personne inscrite au régime ou de son mandataire

---

Numéro d'adhérent (*numéro attribué par le régime à la personne inscrite*)

---

Numéro de réclamation (*si vous souhaitez obtenir des informations concernant une réclamation spécifique*)

---

Adresse

---

Date

---

Adresse électronique (*si le courrier électronique est la méthode de contact préférée*)