Vos droits et protections contre les factures médicales imprévues

Lorsque vous recevez des soins d'urgence ou êtes traité par un prestataire non couvert par votre régime de santé dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire couvert par ce régime, vous êtes protégé contre les factures imprévues ou les factures de régularisation.

Qu'est-ce que la « facturation de régularisation » (parfois appelée « facturation imprévue ») ?

Quand vous voyez un médecin ou un autre prestataire de soins, vous pouvez avoir à payer certains frais, tels qu'une quote-part, les frais autorisés et/ou une franchise. Vous pouvez avoir d'autres frais ou devoir payer la totalité de la facture si vous consultez un prestataire ou si vous vous rendez dans un établissement de santé non couvert par votre régime de santé.

Le terme « non couvert par le régime » désigne les prestataires et les établissements qui n'ont pas signé de contrat avec votre régime de santé. Les prestataires non couverts par votre régime peuvent être autorisés à vous facturer la différence entre ce que votre régime a accepté de payer et le montant total facturé pour un service. C'est ce qu'on appelle la « **facturation de régularisation** ». Ce montant est probablement supérieur aux coûts de ce même service quand il est couvert par votre régime et peut ne pas être pris en compte dans le calcul de votre plafond annuel de dépenses.

La « facturation imprévue » est une facture de régularisation inattendue. Cela peut se produire lorsque vous ne pouvez pas contrôler qui est impliqué dans vos soins, par exemple en cas d'urgence ou lorsque vous avez prévu une visite dans un établissement couvert par votre régime, mais que vous êtes traité par un prestataire non couvert par ce régime.

Vous êtes protégé contre la facturation de régularisation pour :

Les services d'urgence
Si vous avez un problème médical urgent et que vous recevez des services d'urgence d'un prestataire ou d'un établissement non couvert par votre régime, le montant le plus élevé que le prestataire ou l'établissement peut vous facturer est le montant de votre participation aux coûts de votre régime (tels que les quotes-parts, les franchises et/ou les frais autorisés). Ces services d'urgence **ne peuvent pas** faire l'objet d'une facturation de régularisation. Cela inclut les services que vous pouvez recevoir après la stabilisation de votre état, sauf si vous donnez votre consentement écrit et renoncez à vos protections pour faire l'objet d'une facturation de régularisation pour ces services reçus après stabilisation.

Dans le cas de certains services fournis dans un hôpital ou un centre chirurgical ambulatoire couvert par votre régime.
Lorsque vous recevez certains services d'un hôpital ou d'un centre chirurgical ambulatoire couvert par votre régime, certains prestataires peuvent être non couverts par ce régime. Dans ces cas, le maximum que ces prestataires peuvent vous facturer est le montant de la participation aux coûts de votre régime. Cela s'applique aux services de médecine d'urgence, d'anesthésie, de pathologie, de radiologie, d'analyse de

laboratoire, de néonatologie, pour un chirurgien assistant, un prestataire hospitalier ou de soins intensifs. Ces prestataires **ne peuvent pas** émettre une facture de régularisation et **ne peuvent pas** vous demander de renoncer à vos protections contre la régularisation.

Si vous bénéficiez d'autres services dans ces établissements couverts par votre régime, les prestataires non couverts **ne peuvent pas** émettre une facturation de régularisation, sauf si vous donnez votre consentement écrit et renoncez à vos protections.

Vous n'êtes jamais obligé de renoncer à vos protections contre la facturation de régularisation. Vous n'êtes pas non plus obligé de vous faire soigner en dehors du réseau de votre régime. Vous pouvez choisir un prestataire ou un établissement couvert par votre régime.

Lorsque la facturation de régularisation n'est pas autorisée, vous bénéficiez également des protections suivantes :

- Vous n'êtes tenu de payer que votre part des coûts (comme les quotes-parts, les frais autorisés et les franchises que vous auriez payées si le prestataire ou l'établissement était couvert par votre régime). Votre régime d'assurance maladie paiera directement les prestataires et les établissements non couverts.

- Votre régime de santé doit généralement :
    - Couvrir les services d'urgence sans exiger que vous obteniez une autorisation préalable pour ces services (autorisation préalable).
    - Couvrir les services d'urgence fournis par des prestataires non couverts par votre régime.
    - Basez ce que vous devez au prestataire ou à l'établissement (participation aux coûts) sur ce qu'il paierait à un prestataire ou à un établissement couvert et indiquez ce montant dans votre déclaration de prestations.
    - Comptez le montant que vous payez pour les services d'urgence ou les services non couverts dans le calcul de votre franchise et de votre limite de dépenses.

Si vous pensez avoir été facturé à tort, vous pouvez déposer une plainte auprès du gouvernement fédéral à l'adresse suivante https://www.cms.gov/nosurprises/consumers ou appeler le 1-800-985-3059. Vous pouvez aussi déposer plainte auprès du Arkansas Department of Insurance à l'adresse https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/consumer-services/file-a-complaint/.

Rendez-vous à l'adresse https://www.cms.gov/nosurprises/consumers pour de plus amples informations sur vos droits selon la loi fédérale.