

Vos droits et protections contre les factures médicales surprises

Lorsque vous recevez des soins d'urgence ou êtes traité par un prestataire de santé hors réseau dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire du réseau, vous n'êtes pas exposé aux factures surprises ou à la facturation du reste à charge.

Qu'est-ce que la « facturation du reste à charge » (parfois appelée « facturation surprise ») ?

Lorsque vous consultez un médecin ou un autre prestataire de soins de santé, certains frais doivent être payés de votre poche, comme un ticket modérateur, une coassurance ou une franchise. Il est possible que vous ayez à régler d'autres frais ou à payer la totalité de la facture si vous consultez un prestataire ou vous rendez dans un établissement de santé qui ne fait pas partie du réseau de votre assurance santé.

« Hors réseau » décrit les prestataires et les établissements qui n'ont pas signé de contrat avec votre assurance santé. Les prestataires hors réseau peuvent être autorisés à vous facturer la différence entre ce que votre assurance a accepté de couvrir et le montant total facturé pour un service. C'est ce qu'on appelle la « **facturation du reste à charge** ». Ce montant peut, pour un même service, être supérieur aux coûts facturés dans le réseau et peut ne pas être pris en compte dans le maximum des frais annuels à la charge de l'assuré.

La « facturation surprise » est une facture de reste à charge inattendue. Cette situation peut se produire lorsque vous n'avez pas la possibilité de contrôler qui est impliqué dans vos soins, par exemple en cas d'urgence ou lorsque vous planifiez une visite dans un établissement du réseau mais que vous êtes traité de façon inattendue par un prestataire hors réseau.

Vous êtes protégé contre la facturation du reste à charge pour :

Les services d'urgence

En cas d'urgence médicale et de services d'urgence assurés par un prestataire ou un établissement hors réseau, le maximum que celui-ci peut facturer correspond au montant de partage des coûts prévu pour le réseau de votre assurance santé (comme les tickets modérateurs, la coassurance et les franchises). Ces services d'urgence **ne peuvent pas** vous être facturés en reste à charge. Cela inclut les services dont vous pouvez bénéficier une fois que vous êtes dans un état stable, à moins que vous ne donniez votre consentement écrit et que vous renonciez à vos protections contre la facturation du reste à charge pour ces services post-stabilisation.

Certains services assurés dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire du réseau

Lorsque vous bénéficiez des services d'un hôpital ou d'un centre de chirurgie ambulatoire du réseau, certains prestataires peuvent être hors réseau. Dans ces cas, le maximum que ces fournisseurs peuvent vous facturer est le montant de partage des coûts du réseau de votre assurance santé. Ceci s'applique aux services de médecine d'urgence, d'anesthésie, de pathologie, de radiologie, de laboratoire, de néonatalogie, d'assistant chirurgien, d'hospitalisation ou de réanimation. Ces prestataires **ne peuvent pas** vous facturer le reste à

charge et **ne peuvent pas** vous demander de renoncer à vos protections contre la facturation du reste à charge.

Si vous bénéficiez d'autres services dans ces établissements du réseau, les prestataires hors réseau **ne peuvent pas** vous facturer le reste à charge, à moins que vous ne donniez votre consentement écrit et que vous renonciez à vos protections.

Version du : 1er janvier 2022

Vous n'êtes jamais obligé de renoncer à vos protections contre la facturation du reste à charge. Vous n'êtes pas non plus obligé de vous faire soigner hors réseau. Vous pouvez choisir un prestataire ou un établissement qui appartienne au réseau couvert par votre assurance santé.

Lorsque la facturation du reste à charge n'est pas autorisée, vous bénéficiez également des protections suivantes :

- Vous êtes uniquement responsable du paiement de votre part des coûts (comme les tickets modérateurs, la coassurance et les franchises que vous paieriez si le prestataire ou l'établissement appartenait au réseau). Votre assurance santé paiera les prestataires et établissements hors réseau.
- Votre assurance santé doit généralement :
 - Couvrir les services d'urgence sans que vous ayez à obtenir une autorisation préalable pour lesdits services.
 - Couvrir les services d'urgence assurés par des prestataires hors réseau.
 - Baser ce que vous devez au prestataire ou à l'établissement (partage des coûts) sur ce que l'assurance paierait à un prestataire ou à un établissement du réseau et indiquer ce montant dans votre relevé des bénéficiés.
 - Inclure tout montant que vous payez pour les services d'urgence ou les services hors réseau à votre franchise et votre limite de frais à la charge de l'assuré.

Si vous pensez avoir été facturé à tort, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'administration fédérale à l'adresse <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> ou en appelant le 1-800-985-3059. Vous pouvez également déposer une plainte auprès du Department of Insurance de l'Arkansas sur <https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/consumer-services/file-a-complaint/>.

Rendez-vous sur www.cms.gov/nosurprises/consumers pour en savoir plus sur vos droits en vertu de la loi fédérale.