

Vos droits et protections contre la facturation médicale surprise

Lorsque vous recevez des soins d'urgence ou que vous êtes pris(e) en charge par un prestataire hors réseau dans un hôpital ou un centre chirurgical ambulatoire du réseau, vous êtes protégé(e) contre les dépassements d'honoraires. Dans ces cas-là, vous ne devriez pas avoir à payer plus que le ticket modérateur, la coassurance ou la franchise de votre régime.

Qu'est-ce que le dépassement d'honoraires (parfois appelée « facturation surprise ») ?

Lorsque vous consultez un médecin ou un autre prestataire de soins de santé, il se peut que vous deviez [payer certains frais](#), comme un [ticket modérateur](#), une [coassurance](#) ou une [franchise](#). Vous pouvez avoir des frais supplémentaires ou devoir payer la totalité de la facture si vous consultez un prestataire ou si vous vous rendez dans un établissement de santé qui ne fait pas partie du réseau de votre régime de soins médicaux.

Le terme « hors réseau » désigne les prestataires et les établissements qui n'ont pas signé de contrat avec votre régime de soins médicaux pour fournir des services. Les prestataires hors réseau peuvent être autorisés à vous facturer la différence entre ce que votre régime a accepté de payer et le montant total facturé d'un service. Cette pratique est appelée « **dépassement d'honoraires** ». Ce montant est probablement supérieur aux coûts du réseau pour le même service et peut ne pas être pris en compte dans le calcul de la franchise ou du plafond des frais annuels de votre régime non pris en charge.

Le dépassement d'honoraires est une facturation surprise. Cela peut se produire lorsque vous ne pouvez pas contrôler les personnes qui participent à votre prise en charge, par exemple en cas d'urgence ou lorsque vous planifiez une visite dans un établissement du réseau mais que vous êtes pris(e) en charge par un prestataire hors réseau. Selon la procédure ou le service, le dépassement d'honoraires peut se chiffrer en plusieurs milliers de dollars.

Vous êtes protégé(e) contre le dépassement d'honoraires dans les cas suivants :

Services d'urgence :

Si vous avez un problème médical urgent et que vous obtenez des services d'urgence auprès d'un prestataire ou d'un hôpital hors réseau, le montant le plus élevé qui peut vous être facturé est le montant de la participation aux coûts de votre régime (comme les tickets modérateurs, la coassurance et les franchises). **Aucun** dépassement d'honoraires ne peut vous être facturé pour ces services d'urgence. Cela inclut les services que vous pouvez recevoir une fois que votre état est stable, sauf si vous donnez votre consentement écrit et renoncez à vos protections contre les dépassements d'honoraires pour ces services poststabilisation. Si votre carte d'assurance comporte la mention « prise en charge totale », vous **ne pouvez pas** donner votre consentement écrit et renoncer à vos protections pour ne pas être facturé(e) de manière équilibrée pour les services de poststabilisation.

Certains services dispensés dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire couvert par le régime d'assurance maladie

Lorsque vous bénéficiez des services d'un hôpital ou d'un centre de chirurgie ambulatoire couvert par le régime, certains prestataires qui y travaillent peuvent toutefois ne pas être couverts par ce régime. Dans ce cas, le montant maximal 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, de laboratoire, de néonatalogie, de chirurgien-assistant, d'hospitalier et d'intensiviste. Ces prestataires **ne peuvent pas** vous facturer de dépassement d'honoraires et **ne peuvent pas** vous demander de renoncer à vos protections contre le dépassement d'honoraires.

Si vous bénéficiez d'autres services dans ces établissements du réseau, les prestataires hors réseau **ne peuvent pas** vous facturer de dépassement d'honoraires, à moins que vous ne donniez votre accord par écrit et que vous renonciez à vos protections. Si votre carte d'assurance indique « prise en charge totale », vous **ne pouvez pas** renoncer à vos protections pour ces autres services s'ils constituent une facture surprise. La facturation surprise survient lorsque vous êtes dans un hôpital ou un établissement de chirurgie ambulatoire du réseau et qu'un médecin participant n'était pas disponible, qu'un médecin non participant a fourni des services à votre insu ou que des services médicaux imprévus ont été fournis.

Services vers lesquels vous avez été orienté(e) par votre médecin du réseau

Si votre carte d'identité d'assurance porte la mention « prise en charge totale », la facturation surprise comprend les services pour lesquels votre médecin du réseau vous a orientés vers un prestataire extérieur sans votre consentement (y compris les services de laboratoire et de pathologie). Ces prestataires **ne peuvent pas** vous facturer de dépassement d'honoraires et **ne peuvent pas** vous demander de renoncer à vos protections contre le dépassement d'honoraires. Il se peut que vous deviez signer un formulaire (disponible sur le [site internet](#) du Département des Services financiers (Department of Financial Services)) pour que la protection intégrale contre la facturation du solde s'applique.

Vous n'êtes jamais obligé(e) de renoncer à vos protections contre le dépassement d'honoraires. Vous n'êtes pas non plus obligé(e) de vous faire soigner en dehors du réseau. Vous pouvez choisir un prestataire ou un établissement dans le réseau de votre régime.

Lorsque le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé, vous bénéficiez également des protections suivantes :

- Vous êtes uniquement redevable du paiement de votre part des frais (comme les tickets modérateurs, la coassurance et les franchises que vous paieriez si le prestataire ou l'établissement faisait partie du réseau). Votre régime d'assurance maladie paiera directement les frais supplémentaires aux prestataires et établissements hors réseau.

- Votre régime d'assurance maladie doit généralement :
 - couvrir les services d'urgence sans exiger d'obtenir une autorisation pour ces services ;
 - couvrir les services d'urgence dispensés par des prestataires hors réseau ;
 - établir ce que vous devez au prestataire ou à l'établissement (participation aux coûts) sur ce qui serait versé à un prestataire ou à un établissement du réseau et indiquer ce montant sur l'explication des prestations qui vous est adressée ;
 - déduire tout montant payé pour des services d'urgence ou des services hors réseau de la franchise et du plafond des frais non pris en charge de votre régime.

Si vous pensez avoir été facturé(e) à tort et que votre couverture est soumise à la loi de l'État de New York (« prise en charge totale »), contactez le Département des Services financiers de l'État de New York (New York State Department of Financial Services) au 800 342 3736 ou envoyez un courriel à l'adresse surprisemedicalbills@dfs.ny.gov. Consultez le site <http://www.dfs.ny.gov> pour plus d'informations sur vos droits en vertu de la loi étatique.

Contactez CMS au 1 800 985 3059 pour les couvertures autofinancées ou achetées en dehors de l'État de New York. Consultez le site <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> pour savoir quels sont vos droits en vertu de la loi fédérale.