

Comprendre votre assurance médicale

Comprendre votre couverture d'assurance

Lorsque votre enfant a un besoin de soins particuliers, que ce soit en raison d'un retard de développement ou d'un handicap, il est important de comprendre votre couverture d'assurance. Nous vous encourageons à en savoir plus sur les prestations de votre assurance maladie et sur la manière dont l'assurance peut contribuer au financement du programme d'intervention précoce de votre enfant. Vous pouvez utiliser le feuillet de vérification d'assurance ci-joint, qui comporte des conseils plus détaillés, puis rassembler ces informations et les communiquer à votre Family Resources Coordinator (coordinateur des ressources familiales, FRC) et à l'équipe d'intervention précoce.



Obtenez des informations sur votre régime

En savoir plus sur votre couverture d'assurance vous permettra de prendre les meilleures décisions afin de répondre aux besoins de votre enfant. Votre régime d'assurance comporte une description sommaire du régime, un document qui résume votre couverture et vous indique comment trouver des prestataires qui acceptent votre assurance ou qui font partie de votre réseau. En fonction de votre employeur et de votre assureur, il peut s'agir d'un document papier ou disponible en ligne. Pour obtenir les détails de votre régime, contactez le service des relations humaines de votre employeur ou le service des adhérents dont les coordonnées figurent sur votre carte d'assurance.

Questions générales à poser sur votre régime

En plus des éléments couverts par votre régime, il est important de connaître les règles à respecter pour bénéficier de la couverture :

- Votre régime exige-t-il que votre médecin ou un autre prestataire de services vous recommande un spécialiste ?
- Votre régime nécessite-t-il une recommandation pour consulter un thérapeute ou un programme spécifique fournissant des services d'intervention précoce (par exemple, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un nutritionniste) ?
- Comment obtenir une recommandation ? Visite au cabinet ? Avis préalable ? Autre ?
- Combien de visites thérapeutiques mon régime couvre-t-il par an ? La recommandation doit-elle être renouvelée ? Pouvez-vous obtenir l'autorisation d'effectuer d'autres consultations téléphoniques ou devez-vous prévoir une autre consultation avec le médecin de premier recours ?
- Quels sont les rendez-vous, les tests et les procédures qui nécessitent une autorisation préalable ? Le médecin doit-il obtenir l'autorisation préalable ou devez-vous contacter directement votre régime d'assurance maladie ?
- Êtes-vous tenu de ne recourir qu'aux prestataires qui ont accepté d'être couverts par le régime (prestataires du réseau) ?
- S'il vous est possible de consulter également des médecins ou d'autres prestataires de services médicaux qui ne font pas partie de votre régime (couverture hors réseau), quelles sont les règles du régime concernant la consultation de ces médecins ou autres prestataires de services ? Combien vous coûtera le recours à un prestataire hors réseau ?
- Pouvez-vous consulter un médecin ou un autre prestataire de services qui ne fait pas partie du réseau de votre régime en cas d'urgence ou lorsque vous voyagez ? Si oui, quel sera le coût pour vous ?

Contact :

Programme Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (Le ministère de l'Enfance, de la Jeunesse et des Familles Programme de soutien précoce pour les nourrissons et les enfants en bas âge)
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov
www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Nécessité médicale

Même si vous savez quelles sont les prestations couvertes par votre régime d'assurance maladie et comment fonctionne la facturation, il se peut que vous ayez encore des difficultés à faire prendre en charge les services d'intervention précoce de votre enfant. L'expression « Nécessité médicale » est utilisée par les compagnies d'assurance pour déterminer la nécessité médicale d'un traitement ou d'une procédure particulière. Cette définition est utilisée comme facteur déterminant pour le paiement des traitements et procédures dont votre enfant peut avoir besoin.

Vous devez toujours rechercher la définition de la nécessité médicale de votre régime ; toute définition d'une nécessité médicale est sujette à interprétation. Si vous devez prouver une nécessité médicale, la demande de service doit être faite par écrit, par votre fournisseur de soins primaires ou un autre fournisseur de soins médicaux.

Faire appel d'un refus

Si votre régime d'assurance maladie n'a pas pris en charge un service ou n'a pas autorisé un service, vous avez la possibilité de faire appel de la décision du régime d'assurance maladie. Bien que votre FRC ou votre prestataire de services puisse être en mesure de travailler avec vous et votre régime d'assurance maladie pour obtenir des informations sur les raisons pour lesquelles l'assurance ne prend pas en charge le service, c'est à vous qu'il incombe d'introduire un recours. Les informations relatives à la procédure de recours de votre régime d'assurance maladie figurent dans les preuves de couverture. La procédure de recours varie selon les assurances maladie. Vous devez donc prendre connaissance de cette procédure au moment d'examiner votre couverture. Le formulaire Explanation of Benefits (D'explication des prestations, EOB) de votre régime vous indiquera si un service est couvert ou non. Votre régime de santé n'est pas tenu de couvrir tous les services pour votre enfant et vous devez d'abord vérifier dans le livret des preuves de couverture si votre régime couvre le service refusé. En général, les démarches suivantes sont envisageables :

- Si vous pensez que le service a été refusé par erreur, vous pouvez contacter votre assurance par téléphone pour discuter de votre facture. Il s'agit d'une procédure d'examen informelle. Vous devez obtenir le rapport des résultats de cet examen informel, car vous ne pouvez pas faire appel d'un appel téléphonique.
 - Conservez des enregistrements de chaque appel téléphonique à votre régime, y compris le nom de la personne à qui vous avez parlé et des notes sur la conversation. Si le représentant de la caisse d'assurance maladie vous promet de vous donner des informations ultérieurement, assurez-vous de savoir quand vous pouvez raisonnablement attendre une réponse et faites un suivi auprès de la caisse d'assurance maladie en cas de non-réponse.

- Même si le représentant du service clientèle vous dit que votre régime ne couvrira pas un service, vous pouvez toujours soumettre une demande de prise en charge. Vous devez obtenir un refus par écrit, si vous souhaitez introduire un recours formel.



- Si vous décidez d'introduire un recours formel, vous devez le faire par écrit.
 - Votre régime d'assurance maladie peut disposer d'un formulaire de recours.
 - Sinon, vous pouvez consulter les preuves de couverture qui décrivent la procédure de recours.
 - Conservez toujours une copie de votre recours écrit.
- Dans un recours, vous devez fournir les informations suivantes
 - votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone
 - votre numéro d'identification de membre ou votre Social Security number (numéro de sécurité sociale)
 - des copies des formulaires Explanation of Benefits (d'explication des prestations, EOB), du nom de votre fournisseur et du formulaire de facturation
 - une description du service ou de la procédure que vous souhaitez voir pris en charge
 - des informations justifiant la prise en charge du service.

Il se peut que vous disposiez d'un délai précé pour le dépôt de votre recours. Les recours déposés en dehors du délai imparti ne seront pas pris en compte par le régime de santé. Le régime peut dans certains cas avoir une procédure spéciale pour les cas urgents.

Pour en savoir plus sur la réglementation en matière d'assurance dans l'État de Washington, appelez le service d'assistance téléphonique aux consommateurs d'assurance au 1-800-562-6900.

Pour en savoir plus sur le financement des soins de santé pour les enfants qui ont des besoins particuliers en matière de soins de santé en raison d'un retard de développement ou d'un handicap, appelez Family Voices of Washington State au 1-800-5-PARENT.

Fiche de vérification de l'assurance

Nom de l'enfant _____ Nom du parent : _____

Date de naissance de l'enfant (DOB): _____ Diagnostic de l'enfant : _____

Médecin référent : _____

Informations sur l'assurance : *Veillez téléphoner à votre compagnie d'assurance et remplir ce formulaire du mieux que vous pouvez. Ces informations sont très utiles si vous ne connaissez pas bien votre couverture.*

Nom de l'assurance : _____ Téléphone _____

Adresse pour les demandes d'indemnisation : _____

Nom de l'assuré : _____ ID # : _____

Régime/Groupe n° : _____ Date d'entrée en vigueur de la police : _____

Lors de l'appel, n'oubliez pas de noter le nom de la personne à qui vous parlez pour pouvoir vous y référer ultérieurement.

Personne à contacter : _____ Date et heure de l'appel : _____

Dites : « J'appelle pour avoir des clarifications concernant mes prestations et la couverture des prestations pour le développement neurologique ». (On vous demandera votre ID # de membre) Posez suffisamment de questions pour remplir toutes les informations. Vous devez effectuer un autre appel, si les informations sont incomplètes.

Mon thérapeute/programme _____ d'EI figure-t-il sur la liste des prestataires participants ?

Si votre thérapeute ou le programme d'EI ne fait PAS partie du réseau, posez les questions suivantes :

« Ma police me permet-elle de choisir mon propre thérapeute ? _____

« Puis-je sortir de mon réseau ou de la liste des prestataires ? Si oui, « Ma couverture est-elle différente, et de quelle différence s'agit-il ? Cette différence me sera-t-elle facturée ? ») _____

Demandez ensuite : « Quel est mon/ma » :

Quote-part : _____ % ou _____ \$/session La quote-part ou la coassurance s'applique-t-elle par jour ou par thérapie ?

Par exemple, si votre enfant suit des séances d'OT et d'orthophonie et que vous avez une quote-part de 15 \$, devez-vous 15 \$ par séance qui totalise 30 \$ ou seulement 15 \$ par jour, quel que soit le nombre de séances que vous suivez.

Franchise ? Non Oui Montant de la franchise \$ _____ / famille ou individu ?

Franchise par année civile ? Oui Non La franchise mensuelle commence : _____

La franchise a-t-elle été atteinte pour cette année ? Oui Non Si oui, quel est le montant ? _____

Quelles sont les dates de mon année de prestations : _____ à _____

Quel est mon plafond de dépenses ? _____

Quel est mon plafond à vie ? Quel _____ est le montant atteint à ce jour ? \$ _____

Le plafond à vie est-il fixé par famille ou par personne ? _____

Combien de visites sont autorisées par an et par thérapie (renseignez-vous sur toutes les thérapies - Occupational Therapy (ergothérapie, OT), Physical Therapy (physiothérapie, PT) et Speech Therapy (orthophonie, ST) - même si votre enfant n'en a besoin que d'une, afin de ne pas avoir à rappeler à l'avenir) ? _____

visites pour l'OT, _____ pour la PT, _____ pour l'orthophonie.

Des prestations ont-elles été utilisées à ce jour ? Oui Non Si oui, expliquez : _____

Une autorisation préalable de mon prestataire de soins primaires est-elle nécessaire ? Oui Non

Une autorisation préalable de mon prestataire de soins primaires est-elle nécessaire pour des services spécifiques tels que l'OT, le PT et l'orthophonie ? Oui Non

Une ordonnance de mon prestataire de soins primaires est-elle nécessaire ? Oui Non

Une ordonnance de mon prestataire de soins primaires est-elle nécessaire pour les services spéciaux tels que l'OT, le PT et l'orthophonie ? Oui Non

Si oui, demandez-lui ce dont il a besoin (dossier médical, ordonnance, évaluation, lettre de nécessité médicale, etc.) pour autoriser les visites ou vous délivrer une ordonnance : _____

Combien de séances l'autorisation/la prescription couvre-t-elle ? _____

Quelles sont les périodes couvertes par l'autorisation/la prescription ? _____ à _____

Pouvons-nous faire approuver d'autres visites une fois que nous avons épuisé le nombre de visites ? Oui Non

Les codes suivants sont-ils couverts ?

Thérapie	Code	Oui	Non

Ma police comporte-t-elle des clauses d'exclusion telles que « la thérapie ne sera couverte que si le déficit est dû à un accident, une maladie ou une blessure » ? Oui Non

Si oui, quelle est cette clause ? _____

Quelle est l'adresse à laquelle vous envoyez vos demandes d'indemnisation ? _____

***Si vous avez une police d'assurance secondaire, remplissez également un autre formulaire pour cette assurance.

Si vous disposez d'un compte d'épargne santé ou d'un autre type de compte permettant de payer des services médicalement nécessaires, discutez avec votre prestataire de services de la manière dont ces avantages peuvent être utilisés pour des services d'intervention précoce.

DCYF ne fait pas de discrimination et offre un accès égal à ses programmes et services à toutes les personnes sans distinction de race, de couleur, de sexe, de religion, de croyance, d'état civil, d'origine nationale, d'orientation sexuelle, d'âge, de statut d'ancien combattant ou de présence d'un handicap physique, sensoriel ou mental.

Si vous souhaitez obtenir des exemplaires gratuits de cette publication dans un autre format ou une autre langue, veuillez contacter le DCYF Constituent Relations (service des relations avec les administrés du DCYF) au 1-800-723-4831 ou par e-mail communications@dcpf.wa.gov. DCYF PUBLICATION FS_0034 FR (07-2023) French