

Comprendre l'assurance maladie

Les régimes d'assurance maladie vous protègent contre les coûts élevés des soins de santé. Il s'agit d'un contrat entre vous et votre société de régime d'assurance maladie. Vous souscrivez une assurance ou une police d'assurance, et l'entreprise accepte de payer une partie de vos frais lorsque vous avez besoin de soins de santé.

Aux États-Unis, de nombreuses personnes obtiennent une police d'assurance maladie par l'intermédiaire de leur employeur. Dans la plupart des cas, l'employeur participe au financement de ce régime d'assurance maladie. Les régimes d'assurance maladie souscrits par l'intermédiaire de l'employeur sont souvent assortis d'un système de gestion des soins. Ces régimes engagent des prestataires de soins de santé et des cabinets de soins de santé pour fournir des soins aux membres à des coûts réduits. Vous pouvez également souscrire un régime d'assurance maladie par vous-même, soit auprès d'une compagnie d'assurance privée, soit par l'intermédiaire du [marché de l'assurance maladie](#) du district de Columbia.

Les personnes qui remplissent certaines conditions peuvent bénéficier d'un régime d'assurance maladie gouvernemental, tel que [Medicare](#) et [Medicaid](#). La loi sur les soins abordables (Affordable Care Act) rend les régimes d'assurance maladie plus abordables pour de nombreuses personnes aux États-Unis.

Ce que couvre ou ne couvre pas un régime d'assurance maladie

Votre société de régime d'assurance maladie peut vous demander de payer une partie des soins que vous recevez. On parle souvent

de partage des coûts parce que vous partagez ou payez une partie des coûts et que la société de régime d'assurance maladie paie le reste. Il existe de nombreux types de coûts que vous pouvez prendre en charge. En voici quelques-uns :

Quote-part : On parle parfois de « quote-part » Il s'agit le plus souvent d'un montant fixe que vous payez pour une visite, un test ou des médicaments. Les quotes-parts sont souvent moins élevés pour les médecins de famille que pour les spécialistes.

Franchise : Il s'agit du montant que vous devez payer chaque année avant que le groupe du régime d'assurance maladie ne prenne en charge tous les coûts restants. C'est ce que l'on appelle souvent « atteindre la franchise » Si vous êtes en bonne santé et que vous n'avez pas souvent recours aux soins de santé, il peut être judicieux d'avoir une franchise élevée et un faible coût mensuel pour un plan de santé. Mais si vous tombez malade, vos frais risquent d'être plus élevés.

Co-assurance : Une fois que vous avez atteint votre franchise pour l'année, certaines compagnies d'assurance exigent encore une co-assurance. Il s'agit du pourcentage du coût qui reste à votre charge pour certains services.

Tout cela n'est peut-être pas très clair. Il est essentiel de connaître le champ d'application de votre régime d'assurance maladie avant de signer. Appelez votre compagnie d'assurance si vous ne savez pas ou parlez à votre médecin pour obtenir des réponses à vos questions.

Comprendre l'assurance maladie

Admissibilité à l'assurance publique/ aux programmes d'aide

Medicare est le programme fédéral de soins de santé pour :

- Les personnes âgées de 65 ans ou plus
- Certaines personnes plus jeunes souffrant d'un handicap
- Les personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale (insuffisance rénale permanente nécessitant une dialyse ou une transplantation, parfois appelée IRT)

Le programme contribue au coût des soins de santé, mais il ne couvre pas tous les frais de santé ni le coût de la plupart des soins de longue durée. Vous avez le choix quant à la manière dont vous obtenez la couverture Medicare. Si vous choisissez de bénéficier d'une couverture Medicare originale (partie A et partie B), vous pouvez souscrire une police d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) auprès d'un groupe de régimes d'assurance de santé privés. Pour en savoir plus, cliquez [ici](#).

Medicaid offre des plans de santé à des millions d'Américains, tels que les adultes admissibles à faible revenu, les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes handicapées. Medicaid est géré par les États, conformément aux règles fédérales. Le programme est financé conjointement par les États et le gouvernement fédéral. Pour en savoir [plus, cliquez ici](#).

Le District a passé un accord avec trois organisations de soins gérés (MCO) de Medicaid afin d'assurer l'accès aux services offerts dans le cadre des programmes suivants : DC Healthy Families Program, DC Health Care Alliance et Immigrants Children's Program.

Les organisations de soins gérés (MCO) dont il s'agit sont les suivantes :

- CareFirst Community Health Plan District of Columbia
- AmeriHealth Caritas District of Columbia
- Medstar Family Choice

Pour en savoir plus sur les programmes offerts dans le DC, cliquez [ici](#).

Consentement éclairé à un service de soins de santé

Vous avez le droit de participer au choix des soins de santé ou des traitements que vous souhaitez recevoir. Selon la loi, les médecins de votre régime d'assurance maladie doivent vous expliquer clairement votre problème de santé ainsi que les choix de soins qui s'offrent à vous.

Le consentement éclairé signifie :

- Vous êtes informé. Vous avez reçu des informations sur votre problème de santé et vos choix de soins.
- Vous connaissez votre problème de santé et vos choix de soins.
- Vous pouvez décider des soins de santé que vous souhaitez recevoir et donner votre accord pour qu'ils vous soient dispensés.

Pour obtenir votre consentement éclairé, votre médecin peut vous parler des soins. Ensuite, vous lirez une description des soins et signerez un formulaire. Ceci est un consentement éclairé écrit. Votre médecin peut aussi vous expliquer clairement un traitement et vous demander ensuite si vous êtes d'accord pour le recevoir. Tous les traitements médicaux ne nécessitent pas un consentement éclairé écrit.