



Le document de synthèse des protections et de la couverture vous aidera à choisir un **régime d'assurance santé**. Cette synthèse vous indique la répartition des coûts des services de soins de santé couverts et partagés entre votre **régime d'assurance** et vous.

REMARQUE : des informations au sujet du montant de ce **régime d'assurance (primes)** seront mises à disposition séparément.

Ce document ne constitue qu'une synthèse. Pour plus d'informations concernant votre couverture ou pour obtenir une copie des conditions de couverture complètes, consultez www.meritain.com ou appelez le (207) 874-8300. Reportez-vous au glossaire pour les définitions générales des termes courants tels que montant autorisé, solde de facturation, coassurance, quote-part, franchise, prestataire ou d'autres termes soulignés. Vous pouvez consulter le glossaire sur www.healthcare.gov/sbc-glossary ou appeler Meritain Health, Inc. au (800) 925-2272 pour demander une copie.

Questions importantes	Réponses	Pourquoi ceci est important :
Quelle est la <u>franchise</u> globale?	Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 : 400 \$ par personne / 800 \$ par famille Pour les <u>prestataires</u> de niveau 2 et niveau 3 : 1 000 \$ par personne / 2 000 \$ par famille	En général, vous devez régler tous les coûts des <u>prestataires</u> à hauteur de la <u>franchise</u> avant que ce <u>régime d'assurance</u> ne prenne en charge les services pour lesquels vous êtes couverts. Si d'autres membres de votre famille sont couverts par ce <u>régime</u> , chacun d'entre eux doit payer sa propre <u>franchise</u> individuelle jusqu'à ce que le montant total payé par tous les membres de la famille atteigne la <u>franchise</u> familiale globale.
Certains services sont-ils couverts avant que vous ayez atteint votre <u>franchise</u>?	Oui. Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 et niveau 2 : <u>Soins préventifs</u> , <u>soins aux urgences</u> – <u>services d'urgence</u> uniquement (tous les <u>prestataires</u>), <u>soins urgents</u>) – frais de visite en cabinet, <u>services de soins palliatifs</u> , soins prénataux, services de santé mentale et de lutte contre les abus de substances en externe, <u>services de rééducation</u> , <u>services d'habilitation</u> , examens ophtalmologiques de routine, <u>prestataire de soins de santé de premier recours</u> (uniquement les <u>prestataires</u> de niveau 1) et services de <u>spécialistes</u> sont couverts avant que vous n'atteigniez votre <u>franchise</u> .	Ce <u>régime d'assurance</u> couvre certains produits et services, même lorsque vous n'avez pas encore atteint le montant de la <u>franchise</u> . Cependant, une <u>quote-part</u> ou une <u>coassurance</u> peuvent s'appliquer. Par exemple, ce <u>régime d'assurance</u> couvre certains <u>services de prévention</u> sans <u>partage des coûts</u> et avant d'atteindre le montant de votre <u>franchise</u> . Vous pouvez retrouver la liste des <u>services de prévention</u> pris en charge sur www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Y a-t-il d'autres <u>franchises</u> pour des prestations particulières?	Non.	Vous n'avez pas à payer de <u>franchise</u> pour des prestations particulières.
Quel est le <u>plafond du montant qui reste à charge</u> pour ce <u>régime d'assurance</u>?	Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 : 1 500 \$ par personne / 3 000 \$ par famille Pour les <u>prestataires</u> de niveau 2 et niveau 3 : 2 500 \$ par personne / 5 000 \$ par famille	Le plafond du <u>montant qui reste à charge</u> correspond à la somme maximale que vous devriez payer par an pour les services pris en charge. Si d'autres membres de votre famille sont couverts par ce <u>régime d'assurance</u> , ils doivent respecter leur propre <u>plafond du montant qui reste à charge</u> jusqu'à ce que celui de la famille soit atteint.
Quels éléments ne sont pas compris dans le <u>plafond du montant qui reste à charge</u>?	<u>Primes</u> , montants de pénalité de <u>préautorisation</u> , <u>frais de facturation</u> <u>équilibrée</u> et soins de santé non couverts par ce <u>régime d'assurance</u> .	Même lorsque vous prenez en charge ces dépenses, elles ne sont pas prises en compte dans le <u>plafond du montant qui reste à charge</u> .

Questions importantes	Réponses	Pourquoi ceci est important :
Vos dépenses seront-elles réduites si vous avez recours à un prestataire du réseau?	Oui. Consultez https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknologin&planValue=STM Value Based Health Plan ou appelez le (800) 343-3140 pour obtenir une liste de <u>prestataires du réseau</u> .	Ce <u>régime d'assurance</u> dispose d'un <u>réseau</u> de <u>prestataires</u> . Vous dépenserez moins en ayant recours à l'un des <u>prestataires</u> appartenant au réseau du <u>régime d'assurance</u> . En revanche, vous dépenserez plus en ayant recours à un <u>prestataire hors réseau</u> . Vous pourriez recevoir une facture réclamant le règlement de la différence entre les frais du <u>prestataire</u> et la somme payée par votre <u>régime d'assurance (solde de facturation)</u> . Sachez cependant que votre <u>prestataire de réseau</u> peut passer par un <u>prestataire hors réseau</u> pour certains services (comme les analyses en laboratoire). Vérifiez auprès de votre <u>prestataire</u> avant d'accepter ses services.
Une <u>référence</u> du médecin est-elle nécessaire pour consulter un <u>spécialiste</u>?	Non.	Vous pouvez consulter le <u>spécialiste</u> de votre choix sans <u>référence</u> .



Tous les frais de **quote-part** et de **coassurance** indiqués dans ce tableau sont requis seulement si vous avez atteint votre **franchise**, si celle-ci s'applique.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si vous vous rendez au cabinet ou à la clinique d'un <u>prestataire</u> de soins de santé	Consultation médicale pour soigner une blessure ou une maladie	Aucun frais	<u>Coassurance</u> 30 %	<u>Coassurance</u> 30 %	Comprend la télémédecine autre que Teladoc. Aucun frais n'est facturé, et la <u>franchise</u> ne s'applique pas si vous recevez des services de consultation par l'intermédiaire de Teladoc.
	Consultation chez un <u>spécialiste</u>	<u>Quote-part</u> de 20 \$ par consultation (pas de <u>franchise</u>)	<u>Quote-part</u> de 20 \$ par consultation (pas de <u>franchise</u>)	<u>Coassurance</u> 30 %	La <u>quote-part</u> s'applique par consultation, quel que soit le service rendu (comprend la télémédecine autre que Teladoc). Aucun frais n'est facturé, et la <u>franchise</u> ne s'applique pas si vous recevez des services de consultation par l'intermédiaire de Teladoc.
	<u>Soins préventifs</u> / <u>bilan de santé</u> / immunisation	Aucun frais	Aucun frais	<u>Coassurance</u> 30 %	Vous serez peut-être amené à payer pour des services <u>non préventifs</u> . Renseignez-vous auprès de votre <u>prestataire</u> pour savoir si les services dont vous avez besoin sont <u>préventifs</u> . Vérifiez ensuite ce que votre <u>régime</u> prend en charge.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si vous subissez un examen	Test de diagnostic (radiographie, analyse de sang)	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 30 %	-----Aucun(e)-----
	Imagerie (scanners, TEP, IRM)	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 30 %	<u>Préautorisation</u> requise pour les scanners PET et les CT/IRM non orthopédiques. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
Si vous avez besoin de médicaments pour soigner votre maladie ou votre affection médicale Vous trouverez d'autres informations à propos de la <u>prise en charge des médicaments sur ordonnance</u> à l'adresse suivante : www.caremark.com	Médicaments génériques	<u>Quote-part</u> de 10 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 15 \$ (90 jours en pharmacie de détail et par correspondance)		<u>Quote-part</u> de 10 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 15 \$ (90 jours en pharmacie de détail)	Pas de <u>franchise</u> . Prise en charge d'un approvisionnement allant jusqu'à 90 jours (ordonnance en pharmacie de détail); approvisionnement de 90 jours (ordonnance par correspondance); approvisionnement de 30 jours (<u>médicaments spéciaux</u>). La <u>quote-part</u> s'applique par ordonnance. Aucun frais n'est facturé pour les médicaments préventifs. La disposition de traitement par pallier s'applique. Consultez le document du <u>régime d'assurance</u> pour la couverture de certains traitement médicamenteux délivrés en pharmacie de détail ou par le programme de livraison par correspondance.
	Médicaments de marque préférentiels	<u>Quote-part</u> de 30 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 45 \$ (90 jours en pharmacie de détail et par correspondance)		<u>Quote-part</u> de 30 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 45 \$ (90 jours en pharmacie de détail)	
	Médicaments de marque non préférentiels	<u>Quote-part</u> de 60 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 90 \$ (90 jours en pharmacie de détail et par correspondance)		<u>Quote-part</u> de 60 \$ (30 jours en pharmacie de détail) / <u>Quote-part</u> de 90 \$ (90 jours en pharmacie de détail)	
	<u>Médicaments spéciaux</u>	Payés au même tarif que les médicaments génériques, les médicaments de marque préférentiels et les médicaments de marque non préférentiels (en pharmacie de détail)			

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si vous subissez une chirurgie ambulatoire	Frais d'hébergement (par ex. centre de chirurgie ambulatoire)	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 30 %	Les <u>prestataires</u> de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections des prestataires de niveau 1. <u>Autorisation préalable</u> requise pour certaines chirurgies. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3. Consultez le document du <u>régime d'assurance</u> pour la prise en charge de certains honoraires professionnels de chirurgien.
	Honoraires du médecin/chirurgien	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 10 %	<u>Coassurance</u> 30 %	
En cas de besoin de soins médicaux urgents	<u>Soins aux urgences</u>	100 \$ <u>quote-part</u> /consultation (<u>services d'urgence</u> /non couverts (<u>services non urgents</u>))	100 \$ <u>quote-part</u> /consultation (<u>services d'urgence</u> /non couverts (<u>services non urgents</u>))	100 \$ <u>quote-part</u> /consultation (<u>services d'urgence</u> /non couverts (<u>services non urgents</u>))	Les <u>prestataires</u> de niveau 2/niveau 3 sont rémunérés au niveau des protections des <u>prestataires</u> de niveau 1 pour les <u>services d'urgence</u> . La <u>quote-part</u> est annulée en cas d'admission à l'hôpital.
	<u>Transport médical d'urgence</u>	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	Les <u>prestataires</u> de niveau 2/niveau 3 sont rémunérés au niveau des protections des <u>prestataires</u> de niveau 1.
	<u>Soins urgents</u>	20 \$ de <u>quote-part</u> /frais de consultation (consultation en cabinet) / 10 % de <u>coassurance</u> (pour tous les autres services)	20 \$ de <u>quote-part</u> /frais de consultation (consultation en cabinet) / 10 % de <u>coassurance</u> (pour tous les autres services)	<u>Coassurance</u> de 30 %	La <u>quote-part</u> s'applique uniquement à la consultation en cabinet chez le médecin.
En cas d'hospitalisation	Frais d'hébergement (par ex. chambre d'hôpital)	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections des prestataires de niveau 1. <u>Autorisation préalable</u> requise. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3. Consultez le document du <u>régime d'assurance</u> pour la prise en charge de certains honoraires professionnels de chirurgien.
	Honoraires du médecin/chirurgien	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si vous avez besoin de services de santé mentale, de santé comportementale ou de toxicomanie	Soins en consultation externe	Aucun frais	Aucun frais	Aucun frais (santé mentale) / 30 % de <u>coassurance</u> (toxicomanie)	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2/niveau 3 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. Comprend la télémédecine autre que Teladoc. Comprend les consultations en santé comportementale Teladoc.
	Services d'hospitalisation	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. <u>Autorisation préalable</u> requise. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
Si vous êtes enceinte	Consultations en cabinet médical	Aucun frais (consultations prénatales) / 10 % de <u>coassurance</u> (consultations postnatales)	Aucun frais (consultations prénatales) / 10 % de <u>coassurance</u> (consultations postnatales)	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1 pour les services en établissement et les services professionnels. <u>Préautorisation</u> requise pour les séjours en hospitalisation de plus de 48 heures (accouchement par voie vaginale) ou 96 heures (césarienne). Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3. Le <u>partage des coûts</u> ne s'applique pas aux <u>services préventifs</u> fournis par un <u>prestataire</u> de niveau 1/niveau 2. Les soins de maternité peuvent inclure des examens et des services décrits ailleurs dans la synthèse (à savoir les échographies). Le bébé compte dans les dépenses de la mère.
	Services professionnels d'accouchement	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	
	Services de maternité	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si vous avez besoin d'aide pour votre convalescence ou si vous avez des besoins de santé particuliers	<u>Soins à domicile</u>	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. La limite est de 90 consultations par an. <u>Autorisation préalable</u> requise. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
	<u>Services de rééducation</u>	<u>Quote-part</u> de 10 \$ par consultation	<u>Quote-part</u> de 10 \$ par consultation	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. Après la 25 ^e consultation annuelle pour la physiothérapie, l'orthophonie et l'ergothérapie, une évaluation de <u>nécessité médicale</u> devra être effectuée. Pour la massothérapie, vous paierez une <u>quote-part</u> de 10 \$ (<u>franchise</u> annulée) et elle est limitée à 12 consultations par an, avec un maximum de 70 \$.
	<u>Services de rééducation</u>	<u>Quote-part</u> de 10 \$ par consultation	<u>Quote-part</u> de 10 \$ par consultation	<u>Coassurance</u> de 30 %	-----Aucun(e)-----
	<u>Soins infirmiers spécialisés</u>	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. <u>Autorisation préalable</u> requise. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
	<u>Equipement médical durable</u>	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. Une <u>préautorisation</u> est nécessaire pour les scooters électriques/motorisés ou les fauteuils roulants ainsi que pour les dispositifs de compression pneumatique. Si vous n'obtenez pas de préautorisation, les protections pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
	<u>Services de soins palliatifs</u>	Aucun frais	Aucun frais	<u>Coassurance</u> de 30 %	Les séances de consultation en cas de deuil sont couvertes.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire 1 Prestataires désignés	Prestataire 2 Prestataires participants non désignés	Prestataire 3 Prestataires non participants	
		Vous paierez le moins)	Vous paierez le plus)		
Si votre enfant a besoin de soins dentaires ou ophtalmologiques	Examen ophtalmologique chez l'enfant	Aucun frais	Aucun frais	<u>Coassurance</u> de 30 %	La limite est d'un examen tous les 2 ans.
	Lunettes pour enfant	Non couvertes	Non couvertes	Non couvertes	Non couvertes
	Examen dentaire chez l'enfant	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Non couvert

Services exclus et autres services pris en charge

Les services qui ne sont généralement PAS COUVERTS par votre régime d'assurance (pour plus d'informations, consultez votre politique ou le document fourni par votre régime d'assurance, qui présente une liste de tous les autres services exclus.)

- Chirurgie esthétique
- Soins dentaires (adulte et enfant)
- Services d'urgence utilisés à des fins non urgentes
- Lunettes (adulte et enfant)
- Soins de longue durée
- Soins non urgents lorsque vous voyagez en dehors des États-Unis
- Soins infirmiers à domicile (à l'exception des soins de santé à domicile et des soins palliatifs)
- Soins habituels des pieds (à l'exception des maladies métaboliques ou vasculaires périphériques)

Autres services pris en charge (des restrictions peuvent s'appliquer à ces services. La liste est non exhaustive. Veuillez consulter le document fourni par votre régime d'assurance.)

- Acupuncture (70 \$ par consultation; 12 consultations par an)
- Chirurgie bariatrique (pour l'obésité morbide uniquement - 1 intervention chirurgicale par vie)
- Soins chiropratiques (25 consultations par an)
- Prothèses auditives (6 000 \$ tous les 36 mois)
- Traitement de la stérilité (20 000 \$ par vie - incluant des procédures complètes et avancées de technologie de reproduction)
- Massothérapie (70 \$ par consultation; 12 consultations par an)
- Examen de la vue de routine (adulte et enfant - 1 examen tous les 2 ans)
- Programmes de perte de poids (uniquement pour l'obésité morbide)

Vos droits en matière de maintien de la prise en charge : Certains organismes peuvent vous aider dans le cas où vous souhaiteriez poursuivre votre prise en charge après son expiration. Les coordonnées de ces organismes sont les suivantes : Département de la Santé et des Services sociaux, Centre d'information et de surveillance des assurances pour les consommateurs au (877) 267-2323 poste 61565, ou sur le site www.cciio.cms.gov, ou Ville de Portland, Maine au (207) 874-8300. D'autres options de prise en charge peuvent vous être proposées, notamment l'achat d'une prise en charge individuelle par le biais du marché de l'assurance maladie. Pour plus d'informations sur le marché, rendez-vous sur www.HealthCare.gov ou appelez le 1-800-318-2596.

Vos droits en matière de grief et d'appel : Certains organismes peuvent vous accompagner dans le cas où vous souhaiteriez formuler une plainte à l'encontre de votre régime d'assurance pour le rejet d'une demande. Cette plainte est appelée grief ou appel. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez l'explication des avantages dont vous bénéficierez pour cette réclamation médicale. Les documents de votre régime d'assurance fournissent également des informations complètes sur la manière de soumettre une réclamation, un appel ou un grief pour quelque raison que ce soit à l'encontre de votre régime d'assurance. Pour plus d'informations sur vos droits, cet avis ou pour obtenir de l'aide, contactez Ville de Portland, Maine, au (207) 874-8300 ou Meritain Health, Inc. au (800) 925-2272.

En outre, un programme d'assistance pour la clientèle peut vous aider à soumettre votre appel. Contactez le Bureau de l'Assurance de l'État du Maine, Division des services aux consommateurs, au (800) 965-7476.

Ce régime d'assurance assure-t-il une prise en charge minimale essentielle? Oui

La prise en charge minimale essentielle comprend généralement les régimes d'assurance, l'assurance maladie disponible sur le marché ou d'autres politiques du marché individuel, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE et certaines autres prises en charge. Si vous avez droit à certains types de prise en charge minimale essentielle, il se peut que vous ne puissiez pas bénéficier d'un crédit d'impôt sur les primes.

Ce régime d'assurance répond-il aux critères de valeur minimale? Oui

Lorsque votre régime d'assurance ne répond pas aux critères de valeur minimale, il se peut que vous puissiez bénéficier d'un crédit d'impôt sur les primes pour vous aider à payer un régime d'assurance par l'intermédiaire du marché.

Services d'accès linguistique :

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

Des exemples de la manière dont ce régime d'assurance peut couvrir les coûts à travers un échantillon de contextes médicaux sont disponibles à la page suivante.

À propos de ces exemples de prise en charge :



Ceci n'est pas une estimation des coûts. Les traitements présentés ne sont que des exemples de la façon dont ce régime d'assurance pourrait couvrir les soins médicaux. Vos coûts réels dépendront des soins réellement reçus, des prix facturés par vos prestataires et de nombreux autres facteurs. Les montants relatifs à la participation aux frais (franchises, quotes-parts et coassurance) et les services exclus dans le cadre du régime d'assurance sont les seules informations à prendre en compte. Vous pouvez vous baser sur ces informations pour comparer la part que vous seriez susceptible de payer avec différents régimes d'assurance santé. Veuillez noter que ces exemples de prise en charge sont basés sur une prise en charge individuelle.

Zoé va avoir un bébé

(9 mois de soins prénataux de niveau 1 et un accouchement à l'hôpital)

■ Franchise de l'ensemble du régime d'assurance	400 \$
■ Coassurance pour le médecin de soins de base	0 %
■ Coassurance pour l'hôpital (hébergement)	10 %
■ Autre coassurance	10 %

Cet événement, qui sert d'EXEMPLE, comprend des services comme :

Consultations chez le médecin des soins de base (*soins prénataux*)
 Services professionnels d'accouchement
 Services de maternité
 Tests de diagnostic (*échographie et analyse de sang*)
 Consultation chez un spécialiste (*anesthésie*)

Coût total de l'exemple	12 700 \$
--------------------------------	------------------

Frais de Zoé dans cet exemple :

<i>Partage des coûts</i>	
Franchises	400 \$
Quotes-parts	10 \$
Coassurance	1 000 \$
<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>	
Plafonds ou exclusions	60 \$
Reste à payer pour Zoé :	1 470 \$

Gestion du diabète de type 2 pour Léo

(un an de soins de routine de niveau 1 pour un état maîtrisé)

■ Franchise de l'ensemble du régime d'assurance	400 \$
■ Quote-part du spécialiste	20 \$
■ Coassurance pour l'hôpital (hébergement)	10 %
■ Autre coassurance	10 %

Cet événement, qui sert d'EXEMPLE, comprend des services comme :

Consultations chez le spécialiste en cabinet médical (*y compris l'éducation sur la maladie*)
 Tests de diagnostic (*analyse de sang*)
 Médicaments sur ordonnance
 Équipement médical durable (*glucomètre*)

Coût total de l'exemple	5 600 \$
--------------------------------	-----------------

Frais de Léo dans cet exemple :

<i>Partage des coûts</i>	
Franchises	400 \$
Quotes-parts	600 \$
Coassurance	50 \$
<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>	
Plafonds ou exclusions	20 \$
Reste à payer pour Léo :	1 070 \$

La fracture simple de Lili

(consultation dans un service des urgences de niveau 1 et suivi des soins)

■ Franchise de l'ensemble du régime d'assurance	400 \$
■ Quote-part du spécialiste	20 \$
■ Quote-part pour l'hôpital (hébergement)	100 \$
■ Autre coassurance	10 %

Cet événement, qui sert d'EXEMPLE, comprend des services comme :

Soins aux urgences (*y compris les fournitures médicales*)
 Test de diagnostic (*radiographie*)
 Équipement médical durable (*béquilles*)
 Services de rééducation (*physiothérapie*)

Coût total de l'exemple	2 800 \$
--------------------------------	-----------------

Frais de Lili dans cet exemple :

<i>Partage des coûts</i>	
Franchises	400 \$
Quotes-parts	200 \$
Coassurance	90 \$
<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>	
Plafonds ou exclusions	0 \$
Reste à payer pour Lili :	690 \$