

 **Le Résumé des prestations et de la couverture (RPC) vous aidera à choisir un régime d'assurance maladie. Le RPC vous indique la façon dont vous et le régime partagez les coûts des services de soins de santé couverts. REMARQUE : Des informations au sujet du montant de ce régime d'assurance (primes) seront mises à disposition séparément. Ce document n'est qu'un résumé.** Pour obtenir plus d'informations sur votre couverture ou pour obtenir une copie des modalités complètes de la couverture, consultez le site www.meritain.com ou appelez le 207-874-8300. Pour obtenir les définitions générales de termes courants, comme montant autorisé, surfacturation, coassurance, quote-part, franchise, prestataire ou d'autres termes soulignés, consultez le glossaire. 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 :
Quel est le montant de la franchise globale?	Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 : 400 \$ individuelle / 800 \$ familiale Pour les <u>prestataires</u> de niveau 2 et niveau 3 : 1 000 \$ individuelle / 2 000 \$ familiale	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 franchise?	Oui. Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 et niveau 2 : les <u>soins préventifs</u> , <u>soins aux urgences</u> – <u>services d'urgence</u> uniquement (tous les <u>prestataires</u>), <u>soins d'urgence</u> – frais de visite en cabinet, <u>services de soins palliatifs</u> , <u>soins prénataux</u> , <u>services de santé mentale</u> et de lutte contre la toxicomanie en externe, <u>services de réadaptation</u> , <u>services d'adaptation</u> , examens de la vue de routine, <u>prestataire de soins de santé de premier recours</u> (uniquement les <u>prestataires</u> de niveau 1) et les 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>soins préventifs</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 préventifs</u> pris en charge sur www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Y a-t-il d'autres franchises pour des services particuliers?	Non.	Vous n'avez pas à payer de <u>franchise</u> pour des services particuliers.
Quelle est la limite maximale de débours pour ce régime?	Pour les <u>prestataires</u> de niveau 1 : 1 500 \$ individuelle / 3 000 \$ familiale Pour les <u>prestataires</u> de niveau 2 et niveau 3 : 2 500 \$ individuelle / 5 000 \$ familiale	La <u>limite maximale de débours</u> est le montant maximum que vous devriez payer en une année pour les services couverts. Si d'autres membres de votre famille sont couverts par ce <u>régime d'assurance</u> , ils doivent respecter leur propre <u>limite maximale de débours</u> jusqu'à ce que celle de la famille soit atteinte.
Quels éléments ne sont pas compris dans la limite maximale de débours?	<u>Les primes</u> , montants de pénalité d' <u>autorisation préalable</u> , <u>frais de surfacturation</u> et soins de santé qui sont 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 la <u>limite maximale de débours</u> .

Questions importantes	Réponses	Pourquoi ceci est important :
Vos dépenses seront-elles réduites si vous avez recours à un <u>prestataire du réseau</u>?	<p>Oui. Consultez https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknlogin&planValue=STMMC%7CValue_Based_Health_Plan ou appelez le 800 343-3140 pour obtenir une liste de <u>prestataires du réseau</u>.</p>	<p>Ce <u>régime d'assurance</u> dispose d'un <u>réseau de 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</u> (<u>surfacturation</u>). Sachez cependant que votre <u>prestataire du 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.</p>
Une <u>référence</u> du médecin est-elle nécessaire pour consulter un <u>spécialiste</u>?	<p>Non.</p>	<p>Vous pouvez consulter le <u>spécialiste</u> de votre choix sans <u>référence</u>.</p>



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
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
Si vous vous rendez au cabinet ou à la clinique d'un prestataire de soins de santé	Consultation médicale pour soigner une blessure ou une maladie	Aucuns frais	<u>Coassurance</u> de 30 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Comprend la télémédecine autre que Teladoc. Aucuns frais ne sont facturés, 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 (aucune <u>franchise</u>)	<u>Quote-part</u> de 20 \$ par consultation (aucune <u>franchise</u>)	<u>Coassurance</u> de 30 %	La <u>quote-part</u> s'applique par consultation, quel que soit le service rendu (comprend la télémédecine autre que Teladoc). Aucuns frais ne sont facturés, et la <u>franchise</u> ne s'applique pas si vous recevez des services de consultation par l'intermédiaire de Teladoc.
	<u>Soins préventifs / bilan de santé / vaccination</u>	Aucuns frais	Aucuns frais	<u>Coassurance</u> de 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.
Si vous subissez un examen	<u>Test diagnostique</u> (radiographie, analyse de sang)	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	-----Aucun(e)-----
	Imagerie (tomodensitogramme, TEP, IRM)	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 10 %	<u>Coassurance</u> de 30 %	Une <u>autorisation préalable</u> est requise pour les TEP et les tomodensitogrammes/IRM non orthopédiques. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
Si vous avez besoin de médicaments pour soigner votre maladie ou votre affection médicale Vous trouverez d'autres informations à propos de la <u>couverture 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)	Aucune <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. Aucuns frais ne sont facturés pour les médicaments préventifs. La disposition de thérapie par étape s'applique. Consultez le document du <u>régime d'assurance</u> pour la couverture de certains traitements médicamenteux délivrés en pharmacie de détail ou par le programme de livraison par correspondance.	
	Médicaments de marque privilégiés	<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 privilégiés	<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 spécialisés</u>	Payés au même tarif que les médicaments génériques, les médicaments de marque privilégiés et les médicaments de marque non privilégiés (en pharmacie de détail)			

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
Si vous subissez une chirurgie ambulatoire	Frais d'hébergement (p. ex., centre de chirurgie ambulatoire)	<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 pour certaines chirurgies. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations 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 %	
En cas de besoin de soins médicaux urgents	<u>Soins aux urgences</u>	Quote-part de <u>100 \$/consultation (services d'urgence/non couverts (services non urgents))</u>	Quote-part de <u>100 \$/consultation (services d'urgence/non couverts (services non urgents))</u>	Quote-part de <u>100 \$/consultation (services d'urgence/non couverts (services non urgents))</u>	Les <u>prestataires</u> de niveau 2 et 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 exonérée 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 et niveau 3 sont rémunérés au niveau des protections des <u>prestataires</u> de niveau 1.
	<u>Soins d'urgence</u>	<u>Quote-part</u> de 20 \$ par consultation (consultation en cabinet) / <u>coassurance</u> de 10 % (pour tous les autres services)	<u>Quote-part</u> de 20 \$ par consultation (consultation en cabinet) / <u>coassurance</u> de 10 % (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.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
En cas de séjour en hôpital	Frais d'hébergement (p. 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. Une <u>autorisation préalable</u> est requise. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations 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 %	
Si vous avez besoin de services de santé mentale, de santé comportementale ou de toxicomanie	Soins en consultation externe	Aucuns frais	Aucuns frais	Aucuns frais (santé mentale) / coassurance de 30 % (toxicomanie)	Les <u>prestataires</u> de services de santé mentale de niveau 2 et niveau 3 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. Comprend la télé-médecine autre que Teladoc. Comprend les consultations Teladoc en santé comportementale.
	Services d'hospitalisation	<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 du <u>prestataire</u> de niveau 1. Une <u>autorisation préalable</u> est requise. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
Si vous êtes enceinte	Consultations en cabinet médical	Aucuns frais (consultations prénatales) / coassurance de 10 % (consultations postnatales)	Aucuns frais (consultations prénatales) / coassurance de 10 % (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. Une <u>autorisation préalable</u> est requise pour les séjours en hôpital de plus de 48 heures (accouchement par voie vaginale) ou de 96 heures (césarienne). Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations 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 ou niveau 2. Les soins de maternité peuvent inclure des examens et des services décrits ailleurs dans le RPC (à savoir les échographies). Le bébé est pris en 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 %	
Si vous avez besoin d'aide pour votre convalescence ou si vous avez des besoins de santé particuliers	<u>Soins de santé à domicile</u>	<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 du <u>prestataire</u> de niveau 1. La limite est de 90 consultations par an. Une <u>autorisation préalable</u> est requise. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.

Problème médical fréquent	Services dont vous pourriez avoir besoin	Ce que vous allez payer			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
	<u>Services de réadaptation</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 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'éducation auditive ainsi que 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> exonérée) 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 niveau 2 sont rémunérés au niveau des protections du <u>prestataire</u> de niveau 1. Une <u>autorisation préalable</u> est requise. Si vous n'obtenez pas d'autorisation préalable, les prestations pourraient être réduites de 500 \$ par occurrence du coût total du service, uniquement pour les <u>prestataires</u> de niveau 3.
	<u>Équipement médical durable</u>	<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 du <u>prestataire</u> de niveau 1. Une <u>autorisation préalable</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 d'autorisation préalable, les prestations 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>	Aucuns frais	Aucuns 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
		Niveau 1 Prestataires désignés	Niveau 2 Prestataires participants non désignés	Niveau 3 Prestataires non participants	
		(Votre paiement sera moins élevé)	(Votre paiement sera plus élevé)		
Si votre enfant a besoin de soins dentaires ou ophtalmologiques	Examen ophtalmologique pour enfant	Aucuns frais	Aucuns 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

<p>Services qui ne sont généralement PAS COUVERTS par votre <u>régime d'assurance</u> (pour plus d'informations, consultez votre politique ou le document fourni par votre <u>régime d'assurance</u>, qui présente une liste de tous les autres <u>services exclus</u>.)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie esthétique Soins dentaires (adulte et enfant) Services d'urgence utilisés à des fins non urgentes 	<ul style="list-style-type: none"> Lunettes (adulte et enfant) Soins de longue durée Soins non urgents lorsque vous voyagez en dehors des États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> 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)
<p>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 <u>régime d'assurance</u>.)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuncture (70 \$ par consultation; 12 consultations par an) Chirurgie bariatrique (pour l'obésité morbide uniquement – une intervention chirurgicale par vie) Soins chiropratiques (25 consultations par an) 	<ul style="list-style-type: none"> Appareil auditif (6 000 \$ tous les 36 mois) Traitement de l'infertilité Massothérapie (70 \$ par consultation; 12 consultations par an) 	<ul style="list-style-type: none"> Examen de la vue de routine (adulte et enfant – un examen tous les 2 ans) Programmes de perte de poids (uniquement pour l'obésité morbide)

Vos droits en matière de maintien de la couverture : Certains organismes peuvent vous aider dans le cas où vous souhaiteriez poursuivre votre couverture 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 (Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight) 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 couverture 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 réclamation. Cette plainte est appelée grief ou appel. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez l'explication des avantages dont vous bénéficiez 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 la 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. Adressez-vous au Programme d'aide aux consommateurs d'assurance maladie du Maine (Maine Health Insurance Consumer Assistance Program ou MHICAP) au 800 965-7476.

Ce régime offre-t-il une couverture minimale essentielle? Oui

La couverture minimale essentielle comprend généralement les régimes d'assurance, l'assurance maladie offerte sur le Marché ou d'autres politiques individuelles du marché, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE et certaines autres couvertures. Si vous avez droit à certains types de couverture 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, kwiiijigo holne' 1-800-378-1179.

Vous pouvez consulter des exemples de la manière dont ce régime d'assurance peut couvrir les coûts à travers un échantillon de contextes médicaux à la section suivante.

À propos de ces exemples de couverture :



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 au partage des coûts (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 maladie. Veuillez noter que ces exemples de couverture sont basés sur une couverture individuelle.

Zoé va avoir un bébé (9 mois de soins prénataux de niveau 1 et un accouchement à l'hôpital)		Gestion du diabète de type 2 pour Léo (un an de soins de routine de niveau 1 pour un état maîtrisé)		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 \$	■ Franchise de l'ensemble du régime d'assurance	400 \$	■ Franchise de l'ensemble du régime d'assurance	400 \$
■ Coassurance pour le médecin de premier recours	0 %	■ Quote-part du spécialiste	20 \$	■ Quote-part du spécialiste	20 \$
■ Coassurance pour l'hôpital (hébergement)	10 %	■ Coassurance pour l'hôpital (hébergement)	10 %	■ Quote-part pour l'hôpital (hébergement)	100 \$
■ Autre coassurance	10 %	■ Autre coassurance	10 %	■ Autre coassurance	10 %
Cet événement, qui sert d'EXEMPLE, comprend des services comme : Consultations chez le médecin de premier recours (soins prénataux) Services professionnels d'accouchement Services de maternité Tests diagnostiques (échographie et analyse de sang) Consultation chez un spécialiste (anesthésie)		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 diagnostiques (analyse de sang) Médicaments sur ordonnance Équipement médical durable (glucomètre)		Cet événement, qui sert d'EXEMPLE, comprend des services comme : Soins aux urgences (y compris les fournitures médicales) Test diagnostique (radiographie) Équipement médical durable (béquilles) Services de réadaptation (physiothérapie)	
Coût total de l'exemple	12 700 \$	Coût total de l'exemple	5 600 \$	Coût total de l'exemple	2 800 \$
Frais de Zoé dans cet exemple :		Frais de Léo dans cet exemple :		Frais de Lili dans cet exemple :	
<i>Partage des coûts</i>		<i>Partage des coûts</i>		<i>Partage des coûts</i>	
Franchises	400 \$	Franchises	400 \$	Franchises	400 \$
Quotes-parts	10 \$	Quotes-parts	600 \$	Quotes-parts	200 \$
Coassurance	1 000 \$	Coassurance	50 \$	Coassurance	90 \$
<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>		<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>		<i>Ce qui n'est pas pris en charge</i>	
Plafonds ou exclusions	60 \$	Plafonds ou exclusions	20 \$	Plafonds ou exclusions	0 \$
Reste à payer pour Zoé :	1 470 \$	Reste à payer pour Léo :	1 070 \$	Reste à payer pour Lili :	690 \$

Le régime d'assurance prendrait en charge les coûts supplémentaires de ces services couverts fournis à titre d'EXEMPLE.