

Assurance

comment l'assurance
fonctionne





pourquoi l'assurance santé est importante

L'assurance santé est l'une des meilleures façons de vous protéger, vous et votre famille, au cas où vous tombez malade ou vous vous blessez et avez besoin de soins médicaux. Elle vous permet également d'obtenir les soins médicaux et dentaires réguliers dont vous avez besoin pour rester en bonne santé. Avec l'assurance santé, vous n'avez pas besoin de reporter vos visites médicales périodiques, d'aller en salle d'urgence pour répondre aux besoins de santé de tous les jours, ou d'aller dans les cliniques de santé communautaires en subissant de longues heures d'attente. Vous pouvez prendre soin de votre santé aujourd'hui, au lieu d'attendre que vous ayez une urgence médicale. Grâce à la loi sur les soins abordables (ACA), des millions de personnes peuvent maintenant se procurer une assurance santé.

L'ACA stipule également que tout le monde aux États-Unis doit avoir une assurance santé. Si vous n'achetez pas d'assurance santé, vous pourrez avoir à payer un supplément de vos impôts à titre de pénalité.

Qu'est-ce que l'assurance santé ?

L'assurance santé est un contrat signé avec une compagnie d'assurance santé qui exige que la compagnie paie une partie de vos frais de soins de santé.

Cela ne signifie pas qu'elle paiera pour tout. Vous serez quand même obligé de payer certains coûts, comme vos primes mensuelles et vos paiements complémentaires lorsque vous consultez un médecin.

Avec l'assurance santé, vous pouvez voir le médecin quand vous en avez besoin, qu'il s'agisse d'examens réguliers pour rester en bonne santé ou lorsque vous êtes malade.

Maintenant, vous pouvez vous procurer une assurance santé grâce au Marché d'assurance santé.

Le Marché d'assurance santé (appelé également « Health Exchanges ») (Échanges de santé) dans certains États) est une nouvelle façon de vous aider à trouver et à vous procurer une assurance. L'assurance couvre une plus grande partie de vos besoins médicaux, y compris les visites chez le médecin pour vous aider à rester en bonne santé.

L'assurance peut être plus abordable, avec des régimes à choisir en fonction des soins médicaux que vous pensez que vous aurez besoin. Vous pourriez aussi être admissible aux crédits d'impôt du gouvernement qui peuvent aider à rendre votre assurance santé encore moins chère.

Les personnes qui ont l'assurance maladie peuvent mieux prendre soin de leur santé. Elles peuvent se permettre des examens réguliers, s'assurant ainsi que les petits problèmes de santé ne deviennent pas des problèmes graves. Avec l'assurance santé, vous n'avez pas besoin d'aller dans des cliniques communautaires remplies de monde, ou d'attendre longtemps pour recevoir des soins médicaux. Vous obtenez des soins plus rapides et de meilleure qualité pour vous aider à rester en bonne santé.

Vous avez des questions sur vos options d'assurance ? Vous pouvez toujours chercher et trouver de l'aide locale sur le site du Marché d'assurance santé sur :

www.localhelphealthcare.gov





Si vous ou quelqu'un que vous connaissez avez des questions sur le Marché d'assurance santé, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations dans votre langue, sans frais. Pour parler à un interprète, appelez le Marché d'assurance santé au 1-800-318-2596.

Programmes d'assurance santé

Il existe différents types de programmes auxquels les personnes peuvent être admissibles. Beaucoup de personnes reçoivent l'assurance santé par le biais de leur travail comme un avantage. Elles peuvent payer un faible coût chaque mois pour leur assurance, ou ne rien payer, en fonction de l'entreprise pour laquelle elles travaillent. D'autres personnes reçoivent Medicaid, qui est l'assurance de l'État. Il existe également d'autres programmes d'assurance santé, comme Medicare, réservé aux personnes âgées de 65 ans ou plus, ou le Programme d'assurance santé pour enfants (CHIP), qui est spécifiquement destiné aux enfants. Ces programmes ont des exigences particulières.

Les personnes qui ne reçoivent pas d'assurance par leur travail, Medicaid, Medicare ou CHIP doivent se la procurer elles-mêmes. Avant, cela était très cher, et parfois cela ne permettait pas de couvrir suffisamment de soins.

**ASSURANCE SANTÉ
PAR LE TRAVAIL**

MEDICAID

MEDICARE

**PROGRAMME D'ASSURANCE SANTÉ
POUR ENFANTS**

**ASSURANCE SANTÉ PRIVÉE QUE VOUS
VOUS PROCUREZ VOUS-MÊME**



Ce qui a changé dans l'assurance santé

L'ACA a changé la façon dont l'assurance santé fonctionne. Certains de ces changements sont les suivants :

- Les parents peuvent garder leurs enfants sur leurs régimes d'assurance santé jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 26 ans.
- Les compagnies d'assurance ne peuvent pas refuser les personnes qui ont déjà des problèmes médicaux, parfois appelés « problèmes préexistants ». Avant, une compagnie pouvait décider de ne pas assurer une personne parce qu'elle avait un problème médical comme le diabète, ou parce qu'elle avait un cancer dans le passé. *Maintenant, tout le monde doit être accepté.*
- Les compagnies d'assurance ne peuvent pas annuler les régimes d'assurance de personnes qui tombent malades.
- Les compagnies d'assurance ne peuvent pas fixer une limite sur le nombre de factures médicales qu'elles paieront pour quelqu'un sur leur régime d'assurance.
- Les soins préventifs sont maintenant gratuits. Votre assurance ne peut pas vous facturer pour les visites chez le médecin pour les bébés, les vaccinations, les examens annuels, les dépistages et autres soins qui vous aident à rester en bonne santé.
- Vous pouvez vous procurer votre assurance santé sur le Marché d'assurance santé (Marché). Avant, si votre travail ne vous donnait pas d'assurance santé, vous deviez vous la procurer de vous-même et c'était généralement très cher.
- Les régimes d'assurance santé doivent désormais couvrir une certaine quantité de soins. Avant, chaque compagnie prenait sa propre décision sur ce qu'elle paierait et pour quel montant.

Chaque année, il y aura une période d'inscription ouverte pour que les personnes s'inscrivent à l'assurance santé. En savoir plus sur www.healthcare.gov.

Avantages de santé essentiels

L'ACA s'assure également que tous les régimes d'assurance santé offrent les avantages suivants, connus comme des avantages de santé essentiels. Chaque régime d'assurance santé doit maintenant vous donner au moins les avantages suivants :

- des soins que vous obtenez sans être admis à l'hôpital (connus sous le nom de services aux patients ambulatoires)
- soins en salle d'urgence
- soins hospitaliers
- grossesse et soins des nouveau-nés
- soins de santé mentale et de toxicomanie
- médicaments sur ordonnance
- services et dispositifs d'adaptation et de réadaptation
- services de laboratoire
- services de prévention et de bien-être et gestion des maladies chroniques
- services de pédiatrie, y compris soins bucco-dentaires et soins ophtalmologiques.



Soins préventifs

Les soins préventifs signifient des soins qui vous aident à rester en bonne santé. Ce sont des services qui vous empêchent ou vous aident à ne pas tomber malade. C'est également mieux pour votre santé et votre joie de vivre. Personne ne veut être malade.

Pour cette raison, l'ACA a une règle qui stipule que l'assurance santé doit désormais toujours inclure des soins préventifs gratuits.

Un bon exemple de soins préventifs est la vaccination. Lorsque vous recevez un vaccin contre la grippe pendant la saison de la grippe, cela signifie que vous n'aurez pas la grippe, ou que vous serez moins malade si vous la contractez.

Parce que les vaccinations sont des soins préventifs, votre assurance santé paiera 100 % des frais, de sorte que vos vaccins soient gratuits.

D'autres types de soins préventifs sont :

- **LE DÉPISTAGE.** Vérifier pour voir si les personnes ont une pression artérielle élevée, une dépression ou d'autres problèmes médicaux qui pourraient causer de graves problèmes de santé. S'ils sont détectés tôt, le traitement est plus facile et peut mieux fonctionner.
- **LA SANTÉ DES ENFANTS.** Les services de santé pour les enfants tels que les examens de détection d'autisme, les tests d'audition chez les nouveau-nés et les tests de vision chez les enfants à mesure qu'ils grandissent, et leur administrer des vaccins.
- **LA SANTÉ DES FEMMES.** Les services de santé pour les femmes tels que les mammographies, les examens de détection du cancer du col de l'utérus, et fournir des moyens de contraception.
- **LA SANTÉ DES HOMMES.** Les services de santé pour les hommes tels que le dépistage du cancer du côlon et des dépistages pour l'utilisation de l'aspirine afin de prévenir les maladies cardiaques.

Les primes et les paiements complémentaires

Les primes et les paiements complémentaires sont deux types de coûts différents qui font partie d'une assurance santé et des soins de santé.

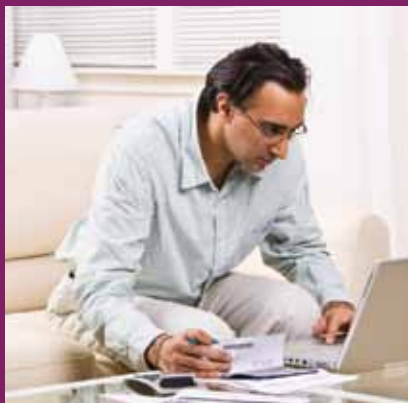
UNE PRIME est le montant que vous payez chaque mois à votre compagnie d'assurance afin d'avoir une assurance. Lorsque vous vous procurez l'assurance automobile, par exemple, vous payez la compagnie d'assurance chaque mois. C'est la même chose pour l'assurance santé. Si vous ne payez pas votre prime d'assurance santé, votre assurance santé sera annulée.

UN PAIEMENT COMPLÉMENTAIRE (« copay » en anglais abrégé) est un montant d'argent fixe que vous devez payer chaque fois que vous avez besoin de soins médicaux, par exemple, si vous voyez un médecin, si on vous fait faire des tests de laboratoire, ou si

vous allez à l'hôpital. Divers régimes ont des paiements complémentaires différents. Certains n'ont pas du tout de paiement complémentaire, alors que dans certains cas, vous pourriez avoir à payer 10 dollars ou 25 dollars. Pour les visites de laboratoire, d'autres tests, les visites en salle d'urgence ou les hospitalisations, il y aura d'autres paiements complémentaires.

Lorsque vous choisissez le régime d'assurance que vous voulez vous procurer, une partie de votre choix est de savoir si vous voulez des primes et des paiements complémentaires mensuels faibles ou élevés. Chaque personne ou famille décide quel régime est le mieux pour elle en fonction du nombre de fois qu'elles pensent qu'elles auront besoin de soins médicaux.

PAYER VOTRE PRIME MENSUELLE DEPUIS LA MAISON



PAYER UN PAIEMENT COMPLÉMENTAIRE CHEZ LE MÉDECIN



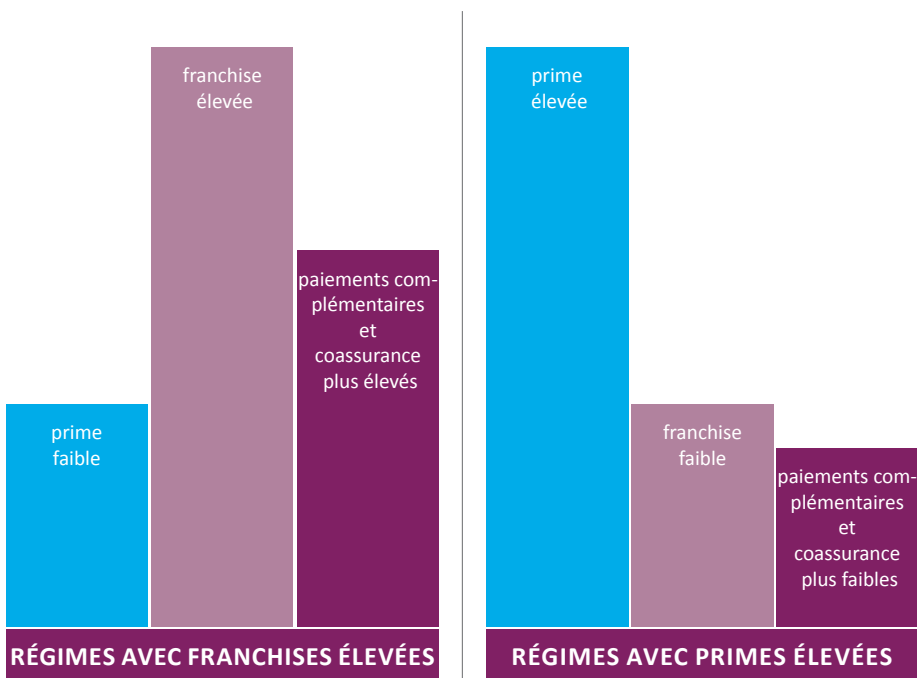
Franchises et coassurance

FRANCHISES

Certains régimes d'assurance ont une franchise. Il s'agit d'une somme d'argent que vous devez payer avant que la compagnie d'assurance ne commence à payer pour certains services. Lorsque vous avez une franchise élevée, votre prime d'assurance santé (votre facture mensuelle pour l'assurance santé) est souvent plus réduite. Certaines personnes choisissent une franchise élevée si elles pensent qu'elles n'auront pas besoin de beaucoup de soins médicaux, parce que leurs paiements mensuels sont moins élevés. Une fois que vous atteignez votre franchise pour l'année, votre compagnie d'assurance peut alors payer une plus grande partie de vos frais de soins de santé. Le graphique ci-dessous peut vous aider à mieux comprendre cela.

COASSURANCE

En fonction de votre régime d'assurance, votre assurance peut seulement payer un pourcentage ou une partie de vos frais de soins de santé. Par exemple, si votre assurance paie 80 % du montant des radiographies, et que vos radiographies coûtent 100 dollars, votre assurance paiera 80 dollars et vous paierez 20 dollars. Certaines personnes choisissent de payer plus cher leur prime mensuelle afin d'avoir des coûts de coassurance moins élevés, voire inexistants.



Comment les franchises marchent

Pour comprendre comment les franchises marchent, voici l'exemple d'une personne prénommée John. John a une franchise de 500 dollars. Avant que l'assurance de John ne paie 100 % de certains services, John devra payer 500 dollars de sa poche.



500 \$
Franchise

500 \$
<hr/>
- 100 \$
<hr/>
400 \$
<hr/>
- 125 \$
<hr/>
275 \$
<hr/>
- 275 \$
<hr/>
0

PREMIÈRE VISITE MÉDICALE

John doit payer 100 dollars pour les radiographies. Il lui reste encore 400 dollars de franchise.

DEUXIÈME VISITE MÉDICALE

John paie un paiement complémentaire de 20 dollars (cela ne s'applique pas à sa franchise).

TROISIÈME VISITE MÉDICALE

John a une analyse de sang et paie 125 dollars.

QUATRIÈME VISITE MÉDICALE

John a une situation d'urgence et paie 275 dollars aux urgences.

LA FRANCHISE EST MAINTENANT NULLE

Lorsque John paie toute sa franchise, certains services seront désormais couverts à 100 %. Par exemple, s'il doit faire une autre radiographie, il ne paierait pas pour cela.

Chaque régime est différent, il est donc important d'examiner tous les détails.

Comment les contributions maximales fonctionnent

Chaque régime d'assurance a une contribution maximale - une limite du montant que vous devez payer pour les soins de santé dans une année. Après avoir atteint le maximum, vous n'avez plus à payer cette partie des frais. L'exemple ci-dessous peut vous aider à mieux comprendre.



1.000 \$
Contribution maximale

0
<hr/>
+ 100 \$
<hr/>
100 \$
+ 20 \$
<hr/>
120 \$
+ 125 \$
<hr/>
245 \$
+ 275 \$
<hr/>
520 \$
+ 480 \$
<hr/>
1.000 \$

AVANT LA PREMIÈRE DÉPENSE

Au début de l'année, John n'a rien dépensé pour sa contribution maximale de 1.000 dollars.

PREMIÈRE VISITE MÉDICALE

John doit payer 100 dollars pour les radiographies.

DEUXIÈME VISITE MÉDICALE

John paie un paiement complémentaire de 20 dollars.

TROISIÈME VISITE MÉDICALE

John a une analyse de sang et paie 125 dollars.

QUATRIÈME VISITE MÉDICALE

John a une situation d'urgence et paie 275 dollars aux urgences.

CINQUIÈME VISITE MÉDICALE

John est admis à l'hôpital. Ses factures s'élèvent à plus de 10.000 dollars, mais il ne paie que 480 dollars parce qu'il a atteint sa contribution maximale de 1.000 dollars.

Réseaux

Votre compagnie d'assurance santé travaille avec un groupe de médecins, d'hôpitaux, de pharmacies et de laboratoires. Ils ont un accord sur le montant qu'ils font payer, et ils peuvent être dans une zone de votre État ou dans les États à proximité. Ce groupe est appelé un réseau.

VOIR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ DANS LE RÉSEAU

Lorsque vous souscrivez à une assurance santé avec une compagnie d'assurance, il est recommandé que vous vérifiez les prestataires de soins de santé qui sont dans le réseau de la compagnie d'assurance. Cela signifie que ces prestataires de soins de santé acceptent votre régime d'assurance. Si vous souhaitez obtenir des soins de santé en dehors de ce réseau, vous pourriez avoir à payer pour cela de vous même. C'est pourquoi, si vous avez déjà un médecin, un hôpital ou un autre prestataire de soins médicaux que vous souhaitez utiliser, vous devez vous assurer qu'ils sont dans le réseau d'une compagnie d'assurance santé avant de choisir ce régime d'assurance.

VOIR LES PRESTATAIRES HORS RÉSEAU

Certains régimes d'assurance vous permettent d'aller voir un prestataire hors réseau en payant plus pour le rendez-vous, mais c'est à vous de vérifier si votre médecin accepte votre assurance. La page suivante fournit plus d'informations sur les différents types de régimes d'assurance santé disponibles.



Types de régimes d'assurance santé

HMO
(Organisations de soins de
santé intégrés)

et

EPO
(Organisations de prestataires
de soins exclusifs)

Lorsque vous choisissez un régime d'assurance HMO ou EPO, votre assurance ne paiera pour les médecins, les hôpitaux et autres soins que s'ils font partie du réseau de votre régime d'assurance. Si vous souhaitez utiliser un médecin ou un hôpital différent, vous devrez payer de vous-même.

Les HMO demandent aussi généralement que vous obteniez une référence de votre médecin principal pour voir un spécialiste comme un endocrinologue ou un thérapeute, contrairement aux EPO.

PPO
(Organisations de prestataires
de soins privilégiés)

et

POS
(Régime de prestation de soins
sur place)

Avec ces plans, vous pouvez choisir n'importe quel médecin ou hôpital. Si vous choisissez ceux qui font partie du réseau du régime d'assurance, cela reviendra moins cher.

Avec les régimes de PPO, vous pouvez visiter un médecin sans avoir besoin d'obtenir une référence. Si vous avez un régime de POS, vous pouvez visiter tout médecin dans le cadre du régime sans une référence, mais les médecins en dehors du régime doivent fournir une référence.

HDHP
(Régime d'assurance santé
à franchise élevée)

Les HDHP ont généralement de faibles primes et des franchises élevées par rapport à d'autres régimes. Avec un HDHP, vous pouvez utiliser un compte d'épargne santé ou un plan de remboursement santé pour payer certains frais médicaux. Cela signifie que votre employeur prend une partie de votre salaire et le met dans un compte d'épargne spécial. Lorsque vous avez besoin d'argent pour des soins médicaux, vous pouvez le prendre à partir de ce compte.

**Régime
d'assurance santé grave**

Les personnes de moins de 30 ans ou qui bénéficient d'exemptions en raison de difficultés financières peuvent être en mesure de se procurer un régime d'assurance santé « grave ». Ce plan vous protège principalement de frais médicaux très élevés dans le cas d'une blessure grave, comme un accident de voiture. Les primes mensuelles sont faibles, mais les franchises sont élevées.



Faire une demande d'assurance

Le Marché aide les personnes à se procurer une assurance santé et à savoir si elles sont admissibles à bénéficier d'avantages fiscaux, également connus sous le nom de subventions, ce qui rendrait l'assurance santé moins chère.

TRAVAILLER AVEC LES NAVIGATEURS OU LES CONSEILLERS EN SERVICE CLIENTÈLE CERTIFIÉS

Vous pouvez faire une demande d'assurance santé de vous-même en passant par le Marché, soit au téléphone ou sur Internet. Mais comme la demande d'assurance peut parfois être source de confusion, il y a des personnes qui sont formées pour vous aider, comme les navigateurs ou les conseillers en service clientèle certifiés (CAC), qui travaillent avec le Marché pour vous aider à comprendre vos choix. Ils peuvent vous aider dans votre demande. Ils peuvent vous aider à comprendre ce que seront les coûts, sur la base de ce que vous gagnez et du nombre de personnes membres de votre famille. Ils peuvent également répondre à vos questions de savoir comment l'assurance santé fonctionne et comment elle peut vous aider.

FAIRE UNE DEMANDE D'ASSURANCE

Pour la demande d'assurance santé faite par le biais du Marché, on vous demandera combien vous gagnez, combien de personnes sont membres de votre famille, où vous vivez, quelles dépenses vous avez, et plus. Cela vous aidera à déterminer combien vous pouvez vous permettre de payer pour l'assurance santé, et si vous êtes admissible à recevoir des crédits d'impôt pour réduire votre coût d'assurance. Votre navigateur ou CAC peut vous indiquer les documents à apporter à votre réunion, tels que des fiches de paie de votre travail, votre déclaration de revenus, ou des documents d'immigration. Il faut environ une heure pour remplir le formulaire de demande avec l'aide du navigateur ou du CAC.

Payer pour votre assurance santé

Rappelez-vous que l'assurance santé est un contrat que vous signerez avec la compagnie d'assurance santé. L'inscription à l'assurance santé est la première étape. Votre prochaine étape est de payer pour celle-ci.

Vous devrez payer une facture d'assurance chaque mois pour pouvoir garder votre assurance. L'assurance maladie devrait maintenant faire partie de votre budget mensuel. Tout comme vous payez un loyer et les services publics, vous devez également payer pour votre assurance santé, autrement elle sera annulée. Si cela arrive et vous avez besoin de voir un médecin ou de recevoir des soins médicaux, vous devrez payer la totalité du montant vous-même.

Quelques jours après que vous vous soyez inscrit à l'assurance santé par le

biais du Marché, vous recevrez votre première facture. Elle viendra de votre nouvelle compagnie d'assurance et vous dira combien vous devrez payer. Ce montant devrait être le même que celui que vous avez accepté quand vous vous êtes inscrit.

Si à l'avenir vous avez des questions concernant votre assurance, comme combien des choses vont coûter ou qui votre médecin sera, appelez votre compagnie d'assurance, et non le Marché. N'hésitez pas à demander de l'aide auprès d'un navigateur, d'un CAC, ou de votre compagnie d'assurance.



À propos Mental Health America

Mental Health America (www.mentalhealthamerica.net), créé en 1909, est le premier réseau communautaire national qui se consacre à aider tous les Américains à atteindre le bien-être en vivant avec une meilleure santé mentale. Avec nos 240 filiales à travers le pays, nous touchons la vie de millions de personnes - Plaider pour des changements dans la politique relative au bien-être et à la santé mentale ; Éduquer le public et fournir des informations essentielles ; et offrir des programmes et services de santé mentale et de bien-être qui sont indispensables.

Ce projet a été soutenu par le Funding Opportunity (Possibilité de financement)
Numéro CA-NAV-13-001 du Département américain de la Santé et
des Services sociaux (HHS), Centres des services de Medicare et Medicaid.

Le contenu proposé relève de la seule responsabilité de ses auteurs et ne représente
pas nécessairement les vues officielles du HHS ou de ses organismes.



2000 N. Beauregard Street, 6th Floor
Alexandria, VA 22311
Numéro gratuit : 800-969-6642
mentalhealthamerica.net