

5

Questions à vous poser, lorsque vous choisissez un plan

Le Marché ou commerce concernant les assurances santé offre différents types de plans afin de répondre à une variété de besoins et de budgets. La plupart des gens sont admissibles à une aide financière afin que la couverture de santé soit à la portée de tous. Comparez les régimes en fonction de ce qui vous semble important et choisissez la combinaison prix et couverture adaptée à vos besoins. Posez-vous les 5 questions suivantes lorsque vous achetez une couverture proposée par le Marché.

1. Puis-je obtenir de l'aide afin de payer la couverture proposée par le Marché ?

Vous pouvez avoir droit à un soutien financier afin de réduire le coût de votre couverture. La plupart des personnes qui s'inscrivent à un régime par le biais de [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) peuvent trouver des plans pour \$75 par mois ou moins après une aide financière. Après avoir rempli un formulaire du Marché, vous saurez si vous êtes admissible pour une aide financière afin de réduire les coûts de vos primes mensuelles et de vos soins. Ce soutien financier sera également applicable à votre couverture de soins dentaires si elle fait partie de votre plan de santé.

Renseignez-vous sur l'obtention d'une réduction de coût dans le Marché sur [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Quelles prestations les plans d'assurance-maladie couvrent-ils ?

All Tous les plans proposés dans le Marché offrent le même ensemble de « prestations médicales essentielles ». Ces prestations couvrent les visites chez le médecin, les ordonnances, les hospitalisations, le suivi médical de la grossesse, et plus encore.

Les régimes peuvent offrir d'autres prestations telles que les soins dentaires, les soins de la vue ou les programmes de prise en charge médicale d'une maladie ou d'un trouble précis. Cependant, ces avantages spécifiques peuvent varier selon les états. Même dans le même état, de légères différences entre les divers plans de santé peuvent également exister. Lorsque vous comparez les plans, vous verrez chaque prestation que chaque plan couvre.

3. Comment puis-je trouver un plan qui convient à mon budget et qui répond à mes besoins ?

Lors du choix d'un plan, c'est une bonne idée de réfléchir à votre total des coûts des soins de santé, et pas seulement la prime que vous payez à votre compagnie d'assurance chaque mois. D'autres coûts, comme la coassurance ou un copaiement, peuvent avoir un impact important sur vos dépenses totales en soins de santé.

Pour choisir un plan basé sur vos coûts totaux de soins, vous aurez besoin d'estimer le soin que vous êtes susceptible d'utiliser pour l'année à venir. Lorsque vous comparez les plans sur le Marché, vous pouvez choisir l'utilisation médicale attendue de chaque membre de la famille comme faible, moyen ou élevé. Lorsque vous visualisez des plans, vous verrez une estimation de vos coûts totaux - y compris les primes mensuelles et tous les coûts de la poche - en fonction de l'utilisation prévue des soins par votre ménage.

Les régimes sont regroupés en 5 catégories : Bronze, Argent, Or, Platine et Catastrophique. **Ces catégories sont fondées sur la façon dont vous et le régime de santé partagent le coût total de vos soins.**

En général, les catégories de régimes avec des primes plus élevées (or et platine) paient une plus grande part de vos coûts totaux de soins. Les catégories avec des primes inférieures (Bronze et Argent) paient moins de vos coûts totaux. Voir l'exception concernant les plans Argent ci-dessous.

REMARQUE : Les plans de santé catastrophiques sont disponibles uniquement pour les personnes âgées de moins de 30 ans ou pour les personnes ayant obtenu une dispense pour difficultés. Pour en savoir plus sur les « dispenses pour difficultés », visitez [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Voici comment vous trouvez une catégorie de plan qui fonctionne pour vous :

- **Si vous attendez un grand nombre de visites chez le médecin ou si vous avez besoin d'une ordonnance régulière :** vous voudrez peut-être un régime Or ou Platine. Ces régimes ont généralement des primes mensuelles plus élevées, mais paient plus de vos coûts lorsque vous avez besoin de soins.
- **Si vous ne vous attendez pas à utiliser des services médicaux réguliers et ne prenez pas de prescriptions régulières :** Vous voudrez peut-être un plan d'argent, de bronze ou catastrophique. Ces régimes ont généralement des primes mensuelles plus élevées, mais paient plus de vos coûts lorsque vous avez besoin de soins.
- **Si vous êtes admissible à des économies supplémentaires sur les coûts de la poche :** Les plans d'argent peuvent offrir la meilleure valeur. Si vous êtes admissible à une « **réduction du coût partagé** » en fonction de vos revenus, vous pouvez avoir une franchise et, Payez moins de frais (y compris les **copayments** et la **coassurance**) lorsque vous recevez des soins - mais seulement si vous vous inscrivez à un plan d'Argent.

4. Comment fonctionne la couverture de soins dentaires dans le Marché ?

Après avoir remplir un formulaire du Marché et obtenu vos résultats, vous pouvez consulter les plans de santé qui comprennent la couverture de soins dentaires. La couverture dentaire est offerte dans le cadre de certains régimes de soins de santé, mais pas tous. Si vous souhaitez une couverture de soins dentaires mais que votre plan ne le propose pas, vous pouvez vous inscrire à un autre régime de soins dentaires distinct lors de votre adhésion à un plan de santé. Certains régimes de soins dentaires couvrent l'ensemble de la famille tandis que d'autres ne couvrent que les enfants. Vous devez examiner en détail le plan afin de vous assurer que les prestations souhaitées sont incluses dans ce plan.

La couverture des soins dentaires pour enfants dans le Marché constitue une prestation de santé essentielle. Si votre enfant est âgé de 18 ans ou moins, la couverture de soins dentaires doit être incluse dans un plan de santé ou un régime de soins dentaires distinct.

Les régimes sont regroupés en 2 catégories de plans : Faible et élevé. Ces catégories sont fondées sur la façon dont vous et le régime partagent le coût total des soins dentaires pour les enfants (les catégories s'appliquent uniquement à la couverture dentaire pour enfants, prestations de santé essentielles). La catégorie de régime de soins dentaires choisie a une incidence sur le montant des frais payés de votre poche pour les soins dentaires de votre enfant pendant l'année.

5. Est-ce que mon médecin et mes médicaments d'ordonnance seront couverts?

Avant de comparer les plans dans le marché, vous aurez la possibilité d'entrer vos médecins, les installations médicales et les médicaments sur ordonnance. Lorsque vous visualisez les plans, vous verrez si les médecins, les établissements médicaux et les médicaments sur ordonnance que vous avez saisis sont couverts par chaque régime.

Questions ? L'aide est disponible.

- Visitez [HealthCare.gov/choose-a-plan](https://www.healthcare.gov/choose-a-plan) pour plus d'information.
- Trouvez quelqu'un dans votre région pour vous aider à [Localhelp.HealthCare.gov](https://www.localhelp.healthcare.gov).
- Appelez le centre d'appel du Marché au **1-800-318-2596**. Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-855-889-4325.



