

5

LORSQUE VOUS CHOISISSEZ UN PLAN, POSEZ-VOUS LES QUESTIONS SUIVANTES

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. Huit personnes sur dix ayant adhéré à une couverture santé sur HealthCare.gov ont obtenu une aide financière afin de rendre le coût de leur couverture santé plus abordable. En fait, la plupart des personnes ont trouvé des plans qui s'élevaient à 75 dollars ou moins par mois. Après avoir remplir 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.

Pour savoir comment obtenir une réduction du coût des plans de santé proposés par le Marché, visitez [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Quelles prestations les plans de santé couvrent-ils ?

Tous les plans de santé proposés par le Marché offrent le même ensemble de produits et de services, également appelés « 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. De légères différences entre les divers plans de santé peuvent également exister au sein d'un État. Lorsque vous comparez les plans, vous verrez chaque prestation que chaque plan couvre. Cette option est utile lorsque vous avez des besoins en soins de santé spécifiques.

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

Pour trouver une bonne couverture santé, vous devez étudier le montant payé chaque mois et les soins de santé dont votre famille et vous aurez besoin au cours d'année. Si vous êtes en bonne santé et que vous ne consultez pas le médecin très souvent, un plan avec une faible prime mensuelle (le montant qui doit être payé pour votre couverture) est probablement celui qui vous coûtera le moins cher. Cependant, si vous allez souvent chez le médecin, ou si vous avez besoin de nombreux traitements coûteux sur ordonnance, vous devriez examiner les plans proposant des coûts d'obtention de soins réduits, ou une diminution du montant payé de votre poche (tel que la coassurance ou le copaiement). Les plans que vous achetez dans le Marché sont répartis en 5 catégories (Bronze, Argent, Or, Platine et Catastrophique) afin de vous aider à établir le montant que vous pouvez payer, en fonction de vos besoins en matière de soins de santé. Le coût de votre prime mensuelle ainsi que le montant des factures que vous payez, telles que les visites à l'hôpital ou les ordonnances, dépendent de la catégorie choisie. Cependant, celle-ci ne reflète pas la qualité ni la quantité des plans de soins de santé fournies.

Catégories de plan de santé

Bronze :	Votre plan de santé paie 60 % des coûts moyens totaux des soins. Vous payez environ 40 % .
Argent :	Votre plan de santé paie 70 % des coûts moyens totaux des soins. Vous payez environ 30 % .
Or :	Votre plan de santé paie 80 % des coûts moyens totaux des soins. Vous payez environ 20% .
Platine :	Votre plan de santé paie 90 % des coûts moyens totaux des soins. Vous payez environ 10 % .
*Catastrophique:	Votre plan de santé paie moins de 60 % des coûts moyens totaux des soins.

*** 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).

Bien que tous les plans du Marché couvrent un ensemble de prestations essentielles, le montant que vous payez sera différent d'un régime à un autre. De manière générale, lorsque vos primes mensuelles sont faibles, le coût d'obtention des soins, ou le montant payé de votre propre poche pour des ordonnances ou des séjours à l'hôpital, sera plus élevé. Et lorsque vous payez une prime plus élevée chaque mois, ces autres coûts seront plus faibles.

Important : Si vous êtes admissible pour une réduction des frais payés de votre poche selon la taille de votre foyer et le montant de vos revenus et que vous choisissez un plan catégorie Argent, vous pouvez économiser plus. Cela s'appelle une « réduction de partage des coûts ».

La réduction de partage des coûts vous permet de payer une coassurance, des copaiements et des déductibles (le montant que vous réglez avant que votre assurance ne commence à payer pour les soins que vous obtenez) moins élevés. Tout en payant des primes d'un plan catégorie Argent, vous diminuez les frais payés de votre poche pour un plan Or ou Platine. Vous pouvez choisir un plan parmi n'importe quelle catégorie de plan de santé, mais ce n'est qu'en vous inscrivant à un plan catégorie Argent que vous obtiendrez une réduction des frais payés de votre poche.

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

Après avoir rempli un formulaire du Marché et obtenu vos résultats, vous pouvez consulter les plans de santé qui comprennent la couverture de soins dentaires.

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 adultes n'ont pas besoin de souscrire à une couverture de soins dentaires, mais de nombreux plans du Marché proposent cette couverture dans un plan ou un régime de soins dentaires distinct.

Les régimes d'assurance dentaire du Marché sont répartis en 2 catégories, selon la façon dont les coûts des soins dentaires pour les enfants sont partagés entre le plan et vous (les catégories s'appliquent uniquement aux prestations de santé essentielles relatives à la couverture des soins dentaires pour enfants).

Faible : Votre régime de soins dentaires paiera environ **70 %** des coûts des soins dentaires pour enfants.

Élevée : Votre régime de soins dentaires paiera environ **85 %** des coûts des soins dentaires pour enfants.

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.

Certains plans de santé proposent une couverture des soins dentaires. 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.

5. Je prévois plusieurs consultations médicales/soins dentaires, j'ai besoin de prescriptions régulières

Si c'est le cas, le plan de santé catégorie Or ou Platine peut vous convenir, ainsi qu'un régime de soins dentaires élevé. En effet, ces plans possèdent des primes élevées, mais vous aurez moins à payer pour vos consultations, prescriptions ou autres services médicaux et soins dentaires. Si ce n'est pas le cas, un plan de santé catégorie Bronze ou Argent, ainsi qu'un régime de soins dentaires faible peuvent mieux vous correspondre. Vos primes mensuelles pourraient être faibles, mais vous paierez probablement au-dessus du coût lorsque vous consultez un médecin.

Besoin d'aide ?

Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide, visitez Localhelp.HealthCare.gov. Vous pouvez également parler à quelqu'un qui peut vous aider. Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-855-889-4325.

