

# Comprendre les régimes Medicare Advantage

Cette brochure officielle du gouvernement vous informe sur :

- Comment les régimes Medicare Advantage diffèrent d'Original Medicare
- Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage
- Comment vous pouvez adhérer à un régime Medicare Advantage

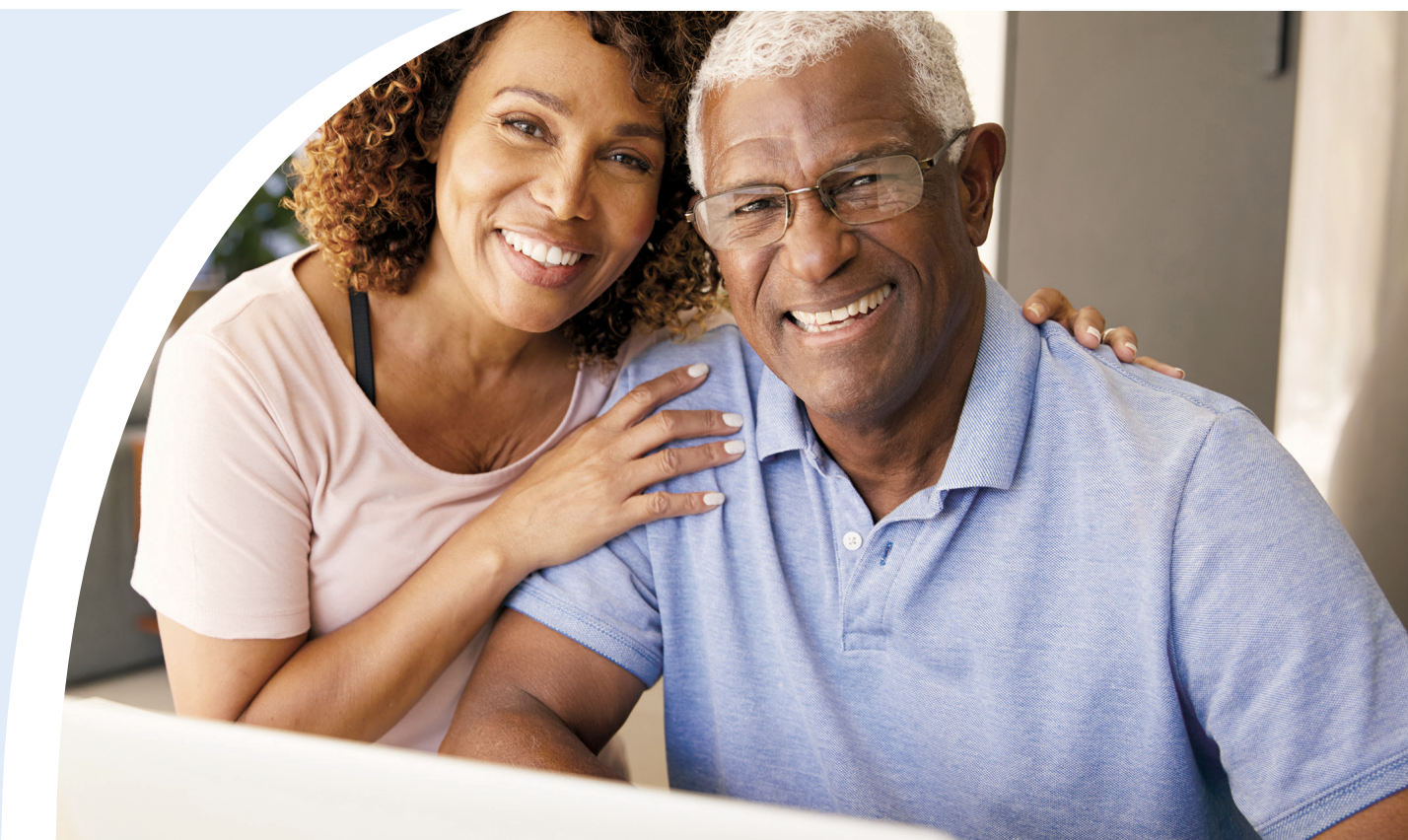
[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)



Medicare

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Section 1 : Options de couverture Medicare</b>
<b>6</b>	<b>Section 2 : À propos des régimes Medicare Advantage</b>
<b>14</b>	<b>Section 3 : Types de régimes Medicare Advantage</b>
<b>23</b>	<b>Section 4 : Plus d'informations</b>
<b>25</b>	<b>Communications accessibles CMS</b>
<b>26</b>	<b>Avis de non-discrimination</b>



## Section 1 :

# Options de couverture Medicare

Quand vous vous inscrivez pour la première fois à Medicare et à certains moments de l'année, vous pouvez choisir comment vous obtenez votre couverture Medicare.

Il existe 2 façons principales d'obtenir Medicare :

- **Original Medicare** comprend la partie A de Medicare (assurance hospitalisation) et la partie B (assurance médicale). Une fois que vous payez une franchise, Medicare paie sa part du montant approuvé par Medicare, et vous payez votre part (coassurance). Si vous souhaitez une couverture pour les médicaments Medicare (Partie D), vous pouvez souscrire à un régime d'assurance-médicaments Medicare distinct.
- **Medicare Advantage (également connu sous le nom de « Partie C »)** est un régime approuvé par Medicare et proposé par une entreprise privée qui offre une alternative à Original Medicare pour votre couverture santé. Ces régimes « groupés » incluent la Partie A, la Partie B, et généralement la Partie D. Les régimes peuvent offrir certains avantages supplémentaires qu'Original Medicare n'offre pas.

Votre décision concernant la façon d'obtenir Medicare influence le montant que vous payez pour la couverture, les services auxquels vous avez accès et les médecins que vous pouvez consulter.

## Quelles sont les différences entre Original Medicare et Medicare Advantage ?

### Original Medicare

- Original Medicare comprend Medicare Partie A (assurance hospitalière) et Partie B (assurance médicale).
- Vous pouvez souscrire à un régime d'assurance médicaments Medicare distinct pour bénéficier d'une couverture médicaments Medicare (Partie D).
- Vous pouvez consulter n'importe quel médecin ou hôpital qui accepte Medicare, partout aux États-Unis.
- Vous pouvez également rechercher et acheter une couverture complémentaire qui aide à payer vos frais à votre charge (comme votre coassurance de 20 %).

Partie A



Partie B



**Vous pouvez ajouter :**

Partie D



**Vous pouvez également ajouter :**



Couverture supplémentaire

Il peut aider à payer certains coûts qu'Original Medicare ne couvre pas. Cela inclut l'assurance Medicare complémentaire (Medigap). Ou vous pouvez utiliser la couverture d'un employeur ou syndicat actuel ou ancien, ou Medicaid (si vous en bénéficiez).

### Medicare Advantage (également connu sous le nom de Partie C)

- Medicare Advantage est une alternative à Original Medicare pour vos besoins de santé et de médicaments. Vous recevez des prestations par l'intermédiaire d'un régime de santé privé approuvé par Medicare. Ces régimes « groupés » incluent la Partie A, la Partie B, et généralement la Partie D.
- Vous devrez peut-être consulter des médecins dans son réseau et obtenir une approbation pour certains médicaments ou services.
- Ont généralement des coûts directs différents de ceux d'Original Medicare, y compris un plafond sur les coûts directs afin que vous n'ayez pas besoin d'acheter une couverture complémentaire comme Medigap.
- La plupart des régimes offrent des avantages supplémentaires qu'Original Medicare ne couvre pas, comme la vue, l'audition, les soins dentaires, et plus encore.

Partie A



Partie B



**La plupart des régimes comprennent :**

Partie D



Quelques avantages supplémentaires

## En bref : Original Medicare contre régime Medicare Advantage

### Choix du médecin et de l'hôpital

Original Medicare	Medicare Advantage (Partie C)
<p>Vous pouvez utiliser <b>n'importe quel médecin ou hôpital qui accepte Medicare, partout aux États-Unis*</b></p> <p>* Comprend les 50 États, le district de Columbia, Porto Rico, les Îles Vierges des États-Unis, Guam, les Îles Mariannes du Nord et Samoa américaines.</p>	<p><b>Vous devrez peut-être consulter des médecins et d'autres prestataires qui font partie du réseau et de la zone de service du régime</b> (pour les soins non urgents). Certains régimes offrent une couverture hors réseau pour les soins non urgents, mais généralement à un coût plus élevé.</p>
<p>Dans la plupart des cas, vous <b>n'avez pas besoin</b> d'une recommandation pour consulter un spécialiste.</p>	<p>Vous <b>pourrez avoir besoin d'obtenir une recommandation</b> pour consulter un spécialiste.</p>

### Coût

Original Medicare	Medicare Advantage (Partie C)
<p>Pour les services couverts par la Partie B, <b>vous payez généralement 20 % du montant approuvé par Medicare après</b> avoir atteint votre franchise. Ce montant est appelé votre coassurance.</p>	<p><b>Les frais à votre charge varient.</b> Les régimes peuvent avoir des coûts à la charge de l'assuré qui sont différents pour certains services.</p>
<p>Vous <b>payez la prime mensuelle pour la Partie B</b>. Si vous choisissez d'adhérer à un régime d'assurance médicaments de Medicare, vous payez généralement une prime distincte pour votre couverture de médicaments Medicare (Partie D).</p>	<p>Vous payez la <b>prime de la Partie B</b> mensuelle et devrez peut-être aussi <b>payer la prime du régime</b>. Certains régimes peuvent avoir une prime de \$0 et peuvent aider à payer tout ou partie de votre prime de la Partie B. La plupart des régimes incluent la couverture de médicaments de Medicare (Partie D).</p>
<p>Il n'y a <b>aucune limite annuelle</b> à ce que vous payez de votre poche, sauf si vous avez une couverture complémentaire comme l'assurance complémentaire Medicare (Medigap), Medicaid, une couverture d'employeur, de retraité ou de syndicat.</p>	<p>Les régimes ont une <b>limite annuelle</b> sur ce que vous payez pour les services couverts des parties A et B (ce qui peut inclure des limites différentes pour les services dans le réseau et hors réseau). Une fois que vous atteignez la limite de votre régime, vous ne payez rien pour les services couverts pendant le reste de l'année.</p>
<p>Vous <b>pouvez choisir d'acheter</b> Medigap pour vous faciliter le paiement des frais à votre charge que Medicare ne couvre pas (comme votre coassurance de 20 %). De même, vous pouvez utiliser la couverture d'un employeur ou syndicat actuel ou précédent, ou Medicaid (si vous y êtes admissible).</p>	<p>Vous <b>ne pouvez pas acheter</b> une assurance Medigap pour couvrir les frais à votre charge. Cependant, vous pouvez peut-être utiliser la couverture d'un employeur ou syndicat actuel ou précédent, ou Medicaid (si vous y êtes admissible).</p>

## En bref : Original Medicare contre régime Medicare Advantage

Couverture	
Original Medicare	Medicare Advantage (Partie C)
Original Medicare couvre la plupart des services et articles médicaux nécessaires dans les hôpitaux, les cabinets de médecins et d'autres établissements de soins de santé. Original Medicare ne couvre pas certains services, comme les examens physiques de routine, les examens de la vue et la plupart des soins dentaires.	Les régimes doivent couvrir tous les services médicaux nécessaires couverts par Original Medicare. Ils peuvent également offrir <b>des avantages supplémentaires qu'Original Medicare ne propose pas.</b>
Dans la plupart des cas, vous <b>n'avez pas besoin d'approbation</b> (autorisation préalable) pour qu'Original Medicare couvre vos services ou articles.	<b>Vous devrez peut-être obtenir une approbation</b> (autorisation préalable) de votre régime avant qu'il ne couvre certains services ou articles.
Vous pouvez souscrire à un <b>régime distinct de médicaments Medicare</b> pour obtenir une couverture assurance médicaments Medicare (Partie D).	<b>La plupart des régimes Medicare Advantage incluent la Partie D</b> et vous n'avez pas besoin de souscrire à un régime d'assurance médicaments Medicare distinct.

Voyages à l'étranger	
Original Medicare	Medicare Advantage (Partie C)
En règle générale, Original Medicare <b>ne couvre pas les soins médicaux en dehors des États-Unis.</b> Vous pouvez être en mesure d'acheter une police d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) qui couvre les soins d'urgence en dehors des États-Unis.	Les régimes ne <b>couvrent généralement pas les soins médicaux en dehors des États-Unis.</b> Certains régimes peuvent offrir un avantage supplémentaire qui couvre les services d'urgence et les services nécessaires en cas d'urgence lors de voyages en dehors des États-Unis.

## Que se passe-t-il si j'ai une police d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) en cours ?

L'assurance complémentaire Medicare (Medigap) est une assurance supplémentaire que vous pouvez souscrire auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée pour vous aider à payer votre part des frais non remboursables dans Original Medicare.

**Si vous êtes dans un régime Medicare Advantage, il est illégal pour quiconque de vous vendre une police Medigap, sauf si vous revenez à Original Medicare.** Si vous ne prévoyez pas d'abandonner votre régime Medicare Advantage et que quelqu'un essaie de vous vendre une police Medigap, signalez-le à votre département des Assurances de l'État. Pour localiser votre département des Assurances, visitez [Content.naic.org/state-insurance-departments](http://Content.naic.org/state-insurance-departments). Si vous avez une police Medigap et que vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous pourriez envisager de résilier votre police Medigap. Vous ne pouvez pas utiliser Medigap pour payer les copaiements, la coassurance, les franchises et les primes de votre régime Medicare Advantage.

### Droit à l'essai pour acheter Medigap

Si vous adhérez à un régime Medicare Advantage pour la première fois et que vous n'êtes pas satisfait du régime, vous bénéficiez d'un « droit à l'essai » en vertu de la loi fédérale pour acheter une police Medigap et un régime d'assurance médicaments Medicare distinct si vous revenez à Original Medicare dans les 12 mois suivant votre adhésion au régime Medicare Advantage.

- Si vous aviez une police Medigap avant de rejoindre un régime Medicare Advantage et que vous aviez ce régime Medicare Advantage depuis moins d'un an, vous devriez pouvoir récupérer la même police Medigap si la compagnie la propose toujours. Si elle n'est pas disponible, vous pouvez acheter une autre police Medigap disponible vendue par une compagnie d'assurance dans votre État.
- Certains États accordent des droits spéciaux supplémentaires pour acheter une police Medigap. Contactez le département des Assurances de votre État pour plus d'informations.

Si vous souhaitez annuler votre police Medigap, contactez votre compagnie d'assurance Medigap. Dans la plupart des cas, si vous abandonnez votre police Medigap pour adhérer à un régime Medicare Advantage, **vous pourriez ne pas être en mesure de récupérer la même police. Dans certains cas, vous ne pourrez obtenir aucune police Medigap à moins de quitter votre régime Medicare Advantage pendant votre période d'essai.**

Les régimes Medigap vendus aux personnes qui sont nouvellement admissibles à Medicare à partir du 1er janvier 2020 ne sont pas autorisés à couvrir la franchise de la Partie B. Pour plus d'informations sur Medigap, visitez [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap](http://Medicare.gov/health-drug-plans/medigap) ou lisez la brochure « Choisir une police Medigap » disponible ici : [Medicare.gov/publications](http://Medicare.gov/publications).



## Section 2 :

# À propos des régimes Medicare Advantage

## Que sont les régimes Medicare Advantage ?

Les régimes Medicare Advantage constituent une autre façon d'obtenir votre couverture Medicare Partie A et Partie B. Les régimes Medicare Advantage, parfois appelés « Partie C » ou « régimes MA », sont des régimes approuvés par Medicare. Ils sont proposés par des compagnies privées qui doivent respecter les règles établies par Medicare. La plupart des régimes Medicare Advantage incluent une couverture des médicaments (Partie D). Il existe plusieurs types de régimes Medicare Advantage (aller à la page 14 pour plus d'informations). Chacun de ces types régimes de Medicare Advantage comporte des règles spécifiques concernant la façon dont vous recevez vos services couverts par Medicare Partie A et Partie B ainsi que tout avantage supplémentaire couvert par votre régime.

Si vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, vous conserverez toujours Medicare, mais l'essentiel de votre couverture de la Partie A et de la Partie B proviendra de votre régime Medicare Advantage, et non d'Original Medicare. Vous bénéficierez des mêmes droits et protections que ceux offerts par Original Medicare.

Vous devez utiliser la carte de votre régime Medicare Advantage pour obtenir vos services couverts par Medicare. Gardez en lieu sûr votre carte Medicare rouge, blanche et bleue, car vous pourriez avoir besoin de la présenter pour certains services. De plus, vous en aurez besoin si vous revenez un jour à Original Medicare.

## **Que couvrent les régimes Medicare Advantage ?**

Les régimes Medicare Advantage offrent presque tous vos avantages de la Partie A et de la Partie B, y compris la plupart des nouveaux avantages issus des lois ou des décisions de politique de Medicare. Si vous êtes dans un régime Medicare Advantage, Original Medicare continuera d'aider à couvrir vos frais pour les soins palliatifs, certains frais liés aux essais cliniques, ainsi que les prestations issues de lois ou de décisions de politique Medicare que le régime ne couvre pas.

Avec un régime Medicare Advantage, vous pouvez bénéficier d'une couverture pour des éléments qu'Original Medicare ne couvre pas, comme des programmes de remise en forme (abonnements à une salle de sport ou réductions) et certains services de vision, d'audition et dentaires (comme des examens de routine ou des nettoyages). Les régimes ont également une limite annuelle sur vos frais à votre charge pour tous les services couverts par la Partie A et la Partie B. Une fois que vous atteignez cette limite, vous ne paierez rien pour les services couverts par la Partie A et la Partie B.

## **Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage ?**

Lorsque vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, Medicare verse chaque mois un montant fixe pour votre couverture à la société privée qui propose votre régime Medicare Advantage. Cependant, chaque régime Medicare Advantage peut facturer des frais différents à votre charge et avoir des règles différentes concernant la façon dont vous obtenez des services (par exemple, si vous avez besoin d'une recommandation pour consulter un spécialiste ou si vous devez vous rendre chez des médecins, dans des établissements ou auprès de fournisseurs qui appartiennent au réseau du régime Medicare Advantage pour des soins non urgents ou non liés à une urgence). Ces coûts et ces règles peuvent changer chaque année. Le régime doit vous informer de tout changement avant le début de la période d'inscription ouverte pour l'année suivante par le biais de l'Avis annuel de modification. Ces avis vous sont généralement envoyés par courrier avant le 30 septembre (la période d'inscription ouverte a lieu du 15 octobre au 7 décembre chaque année). Vous pouvez également choisir de changer de régime Medicare Advantage pendant cette période pour l'année à venir. Page 11 inclut plus d'informations sur les moments où vous pouvez souscrire à un régime ou en changer.

## **Couverture des médicaments Medicare (Partie D)**

La plupart des régimes Medicare Advantage incluent la couverture de médicaments Medicare (Partie D). Dans certains types de régimes qui n'incluent pas la couverture médicaments de Medicare (comme les régimes Medical Savings Account (MSA) et certains régimes Private Fee-for-Service [PFFS]), vous pouvez souscrire à un régime distinct de médicaments de Medicare.

Cependant, si vous souscrivez à un régime Health Maintenance Organization (HMO) ou Preferred Provider Organization (PPO) sans couverture médicaments, vous ne pouvez pas souscrire à un régime médicaments distinct de Medicare. Aller à la page 15 pour plus d'informations.

**Remarque :** Si votre régime n'offre pas de couverture médicaments et vous n'avez pas de régime de médicaments Medicare ni d'autre couverture de médicaments sur ordonnance crédible, vous pourriez devoir payer une pénalité de retard d'inscription si vous décidez d'obtenir une couverture de médicaments Medicare plus tard. Visitez [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties) pour en savoir plus sur la pénalité de retard d'inscription à la Partie D.

## Quels sont mes coûts ?

Chaque année, les régimes Medicare Advantage fixent le montant que vous devez payer pour les primes, les franchises, les services, les articles et les médicaments. Le régime (plutôt que Medicare) décide du montant que vous payez pour les médicaments, articles et services couverts que vous recevez.

Dans certaines situations, les régimes Medicare Advantage avec couverture de médicaments sont autorisés à apporter des modifications à leur liste de médicaments (formulaire) au cours de l'année du régime, ce qui pourrait affecter le coût que vous payez pour un certain médicament. Cependant, les régimes Medicare Advantage ne peuvent modifier ce que vous payez qu'une fois par an, le 1er janvier. Vous devez toujours payer la prime de la Partie B. La plupart des personnes paient chaque mois le montant standard de la prime de la Partie B. Pour obtenir la prime standard de la Partie B de cette année, visitez [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs).

Lors du calcul des frais à votre charge dans un régime Medicare Advantage, en plus de votre prime, de votre franchise, de vos copaiements et de votre coinsurance, tenez compte des éléments suivants :

- Le type de services de soins de santé dont vous avez besoin et la fréquence à laquelle vous les recevez.
- Si vos médecins et/ou fournisseurs font partie du réseau du régime.
- Si vous êtes inscrit à un régime PPO, PFFS ou MSA, votre médecin ou fournisseur peut être hors du réseau de votre régime, mais accepter le tarif conventionné. L'acceptation du tarif conventionné signifie que votre médecin, prestataire ou fournisseur accepte (ou est tenu par la loi) de considérer le montant approuvé par Medicare comme paiement intégral pour les services couverts par Medicare.
- Si vous devez obtenir une approbation (autorisation préalable) de votre régime avant qu'il ne couvre certains services.
- Si le régime offre des avantages supplémentaires (en plus des avantages d'Original Medicare) et si vous êtes probablement éligible et/ou devez payer un supplément pour en bénéficier.
- Que vous ayez Medicaid ou que vous receviez de l'aide de votre État par le biais d'un Programme d'épargne Medicare pour payer vos frais Medicare. Chaque type de couverture est appelé un « payeur ». Lorsqu'il y a plus d'un payeur, les règles de « coordination des prestations » déterminent qui paie en premier.
- Le plafond maximal de dépenses à votre charge fixé par votre régime, y compris tout plafond maximal de dépenses à votre charge pour les services hors réseau.

## Quelle est la différence entre une coassurance, un copaiement, une franchise et un plafond de dépenses annuelles ?

**Coassurance :** Un montant que vous pourriez être tenu de payer à titre de part du coût des prestations après avoir payé les franchises. La coassurance est généralement un pourcentage (par exemple, 20 %).

**Copaiement :** Un montant que vous pourriez être tenu de payer à titre de part du coût des prestations après avoir payé les franchises. Une copaiement est un montant fixe, comme \$ 30.

**Franchise :** Le montant que vous devez payer pour les soins de santé ou les ordonnances avant que Medicare Original, votre régime Medicare Advantage, votre régime d'assurance médicaments Medicare ou votre autre assurance ne commence à payer.

**Plafond maximal de dépenses à votre charge :** Un plafond annuel sur ce que vous payez de votre poche pour les services couverts par la Partie A et la Partie B. Une fois que vous atteignez la limite de votre régime, vous ne payez rien pour les services de la Partie A et de la Partie B couverts par le régime pour le reste de l'année.

### Plus de détails sur les coûts de chaque régime

Si vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, examinez ces avis que vous recevez de votre régime chaque année :

- **Avis annuel de modification :** Comprend tous les changements concernant la couverture, les coûts, les réseaux de prestataires, la zone de service, et plus encore qui entreront en vigueur en janvier. Votre régime vous enverra une copie imprimée d'ici le 30 septembre.
- **Preuve de couverture :** Vous donne des détails sur ce que le régime couvre, combien vous payez, et plus encore. Votre régime vous enverra un avis (ou une copie imprimée) d'ici le 15 octobre. Il comprendra des informations sur la façon d'obtenir la Preuve de couverture par voie électronique ou par courrier.

**Réseau :** Établissements, prestataires et fournisseurs qui ont un contrat de fourniture des services (pour les soins non urgents) avec votre régime. Dans certains régimes, vous devez recevoir des soins non urgents au sein de leur réseau. D'autres offrent une couverture non urgente hors réseau, mais généralement à un coût plus élevé.

**Détermination de l'organisation :** Une décision que vous, votre représentant ou votre médecin pouvez demander, qui vous indique si un service, un article ou un médicament sera couvert, ou combien vous devrez payer.

Un représentant est une personne que vous pouvez désigner pour vous aider. Votre représentant peut être un membre de la famille, un ami, un défenseur, un avocat, un conseiller financier, un médecin ou toute autre personne qui agira en votre nom.

En fonction de vos besoins de santé, vous, votre représentant ou votre médecin pouvez demander une décision rapide concernant la détermination de votre organisation. Si votre régime refuse la couverture, il doit vous en informer par écrit. Vous avez le droit de faire appel. Pour en savoir plus sur la façon de faire appel, consultez [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals).

**Soins dirigés par le régime :** Si un prestataire du réseau vous oriente vers un service ou un prestataire en dehors du réseau, mais n'obtient pas au préalable une décision de l'organisation, **on parle de « soins dirigés par le régime »**. Dans la plupart des cas, vous n'aurez pas à payer plus que la participation habituelle du régime. Vérifiez auprès de votre régime pour obtenir plus d'informations sur cette protection.

**Autorisation préalable :** Une décision que vous ou votre fournisseur pouvez obtenir, soit verbalement soit par écrit, de la part de votre régime à l'avance qui indique s'il couvre un service, un article ou un médicament. Si votre régime n'approuve pas la demande d'autorisation préalable, vous pourriez devoir payer le coût total du service, de l'article ou du médicament.

## Qui peut souscrire à un plan Medicare Advantage ?

Pour souscrire un régime Medicare Advantage, vous devez :

- Avoir la Partie A et la Partie B.
- Vivre dans la zone de service du régime.
- Être citoyen des États-Unis ou légalement présent aux États-Unis.

## Que se passe-t-il si j'ai une condition préexistante ?

Vous pouvez souscrire un régime Medicare Advantage même si vous avez une condition préexistante.

## Que faire si j'ai une insuffisance rénale en phase terminale (IRPT) ?

Vous pouvez souscrire un régime Medicare Advantage même si vous avez une IRPT. Dans de nombreux régimes Medicare Advantage, vous ne pouvez utiliser que des prestataires de soins de santé qui font partie du réseau et de la zone de service du régime. Avant de souscrire, vous pouvez vérifier auprès de vos prestataires et du régime que vous envisagez afin de vous assurer que les prestataires que vous utilisez actuellement (comme votre centre de dialyse ou votre néphrologue), ou que vous souhaitez consulter à l'avenir (comme un spécialiste de la transplantation), font partie du réseau du régime. Si vous êtes déjà dans un régime Medicare Advantage, vérifiez auprès de vos prestataires qu'ils feront toujours partie du réseau du nouveau régime. Lisez les documents du régime ou contactez le régime que vous envisagez de rejoindre pour plus d'informations.

## Que se passe-t-il si je dispose d'une autre couverture ?

**Parlez à votre employeur, syndicat ou autre administrateur des avantages sociaux de leurs règles avant de vous souscrire à un régime Medicare Advantage.** Dans certains cas, souscrire à un régime Medicare Advantage peut entraîner la perte de votre couverture d'employeur ou de syndicat pour vous-même, votre conjoint et vos personnes à charge, et il se peut que vous ne puissiez pas la récupérer. Dans d'autres cas, si vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, vous pouvez toujours utiliser votre couverture d'employeur ou de syndicat en plus du régime Medicare Advantage auquel vous adhérez. Votre employeur ou votre syndicat peut également proposer un régime de santé pour retraités Medicare Advantage qu'il parraine. Vous ne pouvez être inscrit qu'à un seul régime Medicare Advantage à la fois.

## Quand puis-je souscrire, changer ou quitter un régime Medicare Advantage ?

Vous pouvez uniquement souscrire, changer ou quitter un régime Medicare Advantage pendant les périodes d'inscription suivantes :

**Période d'inscription ouverte :** Entre le 15 octobre et le 7 décembre de chaque année, toute personne bénéficiant de Medicare peut souscrire, changer ou quitter un régime Medicare Advantage. Votre couverture commencera le 1er janvier de l'année suivante (à condition que le régime reçoive votre demande avant le 7 décembre).

**Période d'inscription ouverte à Medicare Advantage :** Entre le 1er janvier et le 31 mars de chaque année, si vous avez déjà un régime Medicare Advantage (avec ou sans couverture de médicaments), vous pouvez :

- Passez à un autre régime Medicare Advantage (avec ou sans couverture de médicaments).
- Abandonnez votre régime Medicare Advantage et revenez à Original Medicare. Vous pouvez également souscrire à un régime distinct de médicaments Medicare.

Pendant la période de réinscription à Medicare Advantage, si vous êtes à Original Medicare, vous **ne pouvez pas** :

- Passez à un régime Medicare Advantage.
- Souscrivez à un régime de médicaments de Medicare.
- Passez d'un régime de médicaments Medicare à un autre.

**Vous ne pouvez effectuer qu'un seul changement pendant la période de réinscription ouverte à Medicare Advantage, et tout changement que vous effectuez prendra effet le premier jour du mois suivant la réception de votre demande par le régime.** Si vous revenez à Original Medicare et que vous souscrivez à un régime distinct de médicaments Medicare, vous n'avez pas besoin de contacter votre régime Medicare Advantage pour vous désinscrire. La désinscription se fera automatiquement lorsque vous souscrivez au régime de médicaments.

**Période d'inscription initiale :** Lorsque vous devenez d'abord éligible à Medicare, vous pouvez adhérer à un régime Medicare Advantage (si vous avez à la fois la Partie A et la Partie B) pendant votre période d'inscription initiale. Pour beaucoup, il s'agit de la période de 7 mois qui commence 3 mois avant le mois où vous atteignez 65 ans, inclut le mois où vous atteignez 65 ans, et se termine 3 mois après le mois où vous atteignez 65 ans.

Si vous vous souscrivez à Medicare pendant les 3 premiers mois de votre période d'inscription initiale, dans la plupart des cas, votre couverture commence le premier jour du mois où vous atteignez 65 ans. Cependant, si votre anniversaire tombe le premier jour du mois, votre couverture commence le premier jour du mois précédent.

## 12 Section 2 : À propos des régimes Medicare Advantage

Si vous adhérez à un régime Medicare Advantage le mois où vous atteignez 65 ans, votre couverture commencera le premier jour du mois suivant votre inscription.

Si vous vous inscrivez pendant les 3 derniers mois de votre Période d'inscription initiale, votre couverture commencera le premier jour du mois suivant votre inscription.

### Changer de régime pendant votre période d'inscription initiale

Si vous souscrivez à un régime Medicare Advantage pendant votre période d'inscription initiale, vous pouvez changer pour un autre régime Medicare Advantage (avec ou sans couverture de médicaments) ou passer à Original Medicare (avec ou sans un plan de médicaments Medicare distinct) au cours des 3 premiers mois de votre souscription à Medicare.

Si vous avez la couverture de la Partie A et que vous obtenez la Partie B pour la première fois entre le 1er janvier et le 31 mars (appelé une « Période d'inscription générale »), vous pouvez également souscrire à un régime Medicare Advantage. Votre couverture commencera le premier jour du mois suivant votre inscription.

Si vous avez moins de 65 ans et que vous avez un handicap, vous recevrez automatiquement la Partie A et la Partie B après avoir perçu des prestations d'invalidité de la Sécurité sociale ou certaines prestations d'invalidité du Railroad Retirement Board pendant 24 mois.

**Période d'inscription spéciale :** Dans la plupart des cas, si vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous devez le conserver pour l'année civile à compter de la date de début de votre couverture. Cependant, dans certaines situations, comme si vous déménagez hors de la zone de service de votre régime, si vous souhaitez souscrire à un régime de votre région ayant une note de 5 étoiles, ou si vous perdez une autre couverture d'assurance, vous pouvez être en mesure de souscrire, de changer ou de quitter un régime Medicare Advantage pendant une période d'inscription spéciale. Visitez [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods) ou consultez votre régime pour plus d'informations.

Vous pouvez également avoir droit à une Période d'inscription spéciale pour souscrire à un régime Medicare Advantage si vous vous êtes inscrit à la Partie A avec prime et/ou à la Partie B pendant une Période d'inscription spéciale, lorsqu'une situation exceptionnelle vous a fait manquer une occasion antérieure de vous inscrire à Medicare. Visitez [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up) pour plus d'informations sur l'inscription à Medicare Partie A et/ou Partie B.

## Comment puis-je souscrire à un plan Medicare Advantage ?

Tous les régimes Medicare Advantage ne fonctionnent pas de la même manière. Avant de souscrire, vous pouvez trouver et comparer les régimes Medicare Advantage dans votre région en visitant [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048. Une fois que vous comprenez les règles et les coûts du régime, vous pouvez adhérer en :

- Visitez [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) et effectuez une recherche par code postal pour trouver un régime et souscrire. Vous pouvez également vous connecter à votre compte sécurisé Medicare.gov et ajouter vos ordonnances et pharmacies pour vous aider à comparer les régimes dans votre région. Si vous avez des questions concernant un régime, sélectionnez « Détails du régime » sur la page des résultats de recherche pour en obtenir les coordonnées.

- Appelez le régime auquel vous souhaitez souscrire, ou visitez le site Web du régime pour savoir si vous pouvez souscrire en ligne.
- Remplissez un formulaire d'inscription papier. Contactez le régime pour obtenir un formulaire d'inscription, remplissez-le et retournez-le au régime. Tous les régimes doivent proposer cette option.
- Appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les personnes qui utilisent un Téléscripneur peuvent composer le 1-877-486-2048.

Lorsque vous êtes prêt à souscrire à un régime Medicare Advantage, vous aurez besoin des informations suivantes figurant sur votre carte Medicare :

- Votre numéro Medicare
- La date à laquelle votre couverture Medicare Partie A et/ou Partie B a commencé

N'oubliez pas que lorsque vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, dans la plupart des cas, **vous devez utiliser la carte de votre régime Medicare Advantage** pour obtenir vos services couverts par Medicare. Pour certains services (comme les soins palliatifs), vous devrez peut-être présenter votre carte Medicare rouge, blanche et bleue.



## Section 3 :

# Types de régimes Medicare Advantage

### **Il existe différents types de régimes Medicare Advantage :**

- Régime Health Maintenance Organization (HMO) : Allez à la page 15.
- Régime HMO Point-of-Service (HMOPOS) : Allez à la page 15.
- Régime Preferred Provider Organization (PPO) : Allez à la page 15.
- Régime Private Fee-for-Service (PFFS) : Allez à la page 16.
- Régime Special Needs Plan (SNP) : Allez à la page 17.
- Régime Medical Savings Account (MSA) : Allez à la page 19.

La région où vous vivez peut proposer tous, certains ou aucun de ces types de régimes, et plusieurs régimes du même type peuvent être disponibles dans votre région. Pour trouver les régimes Medicare Advantage disponibles, visitez [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare), lisez votre livret « Medicare & You » ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY peuvent composer le 1-877-486-2048.

## Régime Health Maintenance Organization (HMO)

Un type de régime Medicare Advantage qui offre généralement une couverture des soins de santé exclusivement auprès de médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou d'hôpitaux faisant partie du réseau du régime (sauf en cas de soins d'urgence, de soins urgents hors zone ou de dialyse temporaire hors zone). Un réseau est un groupe de médecins, d'hôpitaux et d'établissements médicaux qui concluent un contrat avec un régime pour fournir des services. De nombreux HMO exigent également que vous obteniez une recommandation de votre médecin traitant pour consulter un spécialiste, afin que vos soins soient coordonnés.

### **Puis-je recevoir mes soins de santé auprès de n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital ?**

Non. En général, vous devez recevoir vos soins et services auprès de médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou d'hôpitaux faisant partie du réseau du régime (sauf en cas de soins d'urgence, de soins urgents hors zone ou de dialyse temporaire hors zone, qui sont couverts qu'ils soient fournis dans le réseau du régime ou en dehors du réseau du régime). **Certains régimes HMO (appelés régimes HMO Point-of-Service [HMOPOS]) offrent une prestation hors réseau pour certains ou l'ensemble des prestations couvertes, mais vous paierez généralement un copaiement ou une coassurance plus élevé.**

Si vous recevez des soins de santé non urgents en dehors du réseau du régime sans autorisation, vous pourriez devoir payer la totalité des frais. Il est important que vous suiviez les règles du régime, comme obtenir une approbation préalable (autorisation préalable) pour un certain service lorsque cela est nécessaire. Dans la plupart des cas, vous devez choisir un médecin traitant. Certains services, comme les mammographies de dépistage annuelles, ne nécessitent pas de recommandation. Si votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé quitte le réseau du régime, votre régime doit vous en informer. Vous devrez choisir un autre médecin dans le réseau du régime.

### **Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?**

Dans la plupart des cas, oui. Si vous prévoyez souscrire à une HMO et souhaitez bénéficier de la couverture médicaments de Medicare (Partie D), vous devez souscrire à un plan HMO qui offre la couverture médicaments de Medicare. Si vous souscrivez à un régime HMO sans couverture pour les médicaments, vous ne pouvez pas souscrire à un plan d'assurance-médicaments Medicare distinct.

## Régime Preferred Provider Organization (PPO)

Un type de régime Medicare Advantage qui dispose d'un réseau de médecins, de spécialistes, d'hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé que vous pouvez utiliser. Vous payez moins si vous consultez des prestataires et des établissements qui font partie du réseau du régime. Vous pouvez généralement consulter des prestataires hors réseau pour des services couverts, mais vous paierez généralement plus cher.

### **Puis-je recevoir mes soins de santé auprès de n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital ?**

Oui. Vous pouvez également utiliser des prestataires hors réseau pour les services couverts, généralement à un coût plus élevé, si le prestataire accepte de vous traiter et n'a pas renoncé à Medicare (pour les éléments et services des Partie A et B de Medicare). Vous êtes toujours couvert pour les soins d'urgence et les soins urgents.

Avant d'obtenir des services auprès d'un fournisseur hors réseau, vous pouvez demander une décision organisationnelle à votre régime afin de vous assurer que les services sont médicalement nécessaires et que votre régime les couvre. Aller à la page 9 pour plus d'informations sur les décisions organisationnelles.

### **Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?**

Dans la plupart des cas, oui. Si vous prévoyez d'adhérer à un régime PPO et souhaitez une couverture de médicaments Medicare (Partie D), vous devez souscrire à un régime PPO qui offre une couverture de médicaments Medicare. Si vous souscrivez à régime PPO sans couverture pour les médicaments, vous ne pouvez pas souscrire à un régime d'assurance-médicaments Medicare distinct.

## **Régime Private Fee-for-Service (PFFS)**

Un type de régime Medicare Advantage proposé par une compagnie d'assurance maladie privée qui détermine combien elle paiera aux médecins, aux autres prestataires de soins de santé et aux hôpitaux, ainsi que combien vous devrez payer lorsque vous recevrez des soins.

### **Puis-je recevoir mes soins de santé auprès de n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital ?**

Vous pouvez consulter tout médecin, autre fournisseur de soins de santé ou hôpital approuvé par Medicare qui accepte les conditions de paiement du régime, accepte de vous traiter et n'a pas renoncé à Medicare (pour les éléments et services de la Partie A et de la Partie B de Medicare).

Si vous adhérez à un régime PFFS qui dispose d'un réseau, vous pouvez également consulter n'importe quel prestataire du réseau ayant accepté de d'administrer des soins aux membres du régime. Vous n'avez pas besoin d'obtenir une approbation préalable (autorisation préalable) pour les éléments et services de la Partie A et de la Partie B de Medicare. Vous pouvez également choisir un médecin, un hôpital ou un autre fournisseur hors réseau qui accepte les conditions du régime, mais vous pourriez payer davantage. En général, votre carte d'identification de régime d'assurance indique à votre fournisseur que vous appartenez à un régime PFFS.

Si votre fournisseur n'accepte pas les modalités et conditions de paiement du régime, le régime n'est tenu de le payer que pour les services d'urgence, les services nécessaires en urgence et la dialyse hors zone. Pour les autres services couverts, vous devrez trouver un autre fournisseur qui acceptera votre régime PFFS.

**Remarque :** Un régime PFFS peut également permettre la « facturation du solde », ce qui signifie qu'un fournisseur peut facturer jusqu'à 15 % de plus que le montant payé par Medicare, et vous facturer ce montant.

Si votre régime autorise la facturation du solde, vous pourriez devoir payer à la fois le copaiement ou la coassurance du régime et la différence entre ce que le prestataire a facturé et le montant que Medicare paie.

### **Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?**

Parfois. Si votre régime PFFS ne propose pas de couverture médicaments Medicare, vous pouvez souscrire à un régime médicaments Medicare distinct pour obtenir la couverture médicaments Medicare (Partie D).

## Régime Special Needs Plan (SNP)

Les régimes Special Needs Plans offrent des prestations et des services aux personnes atteintes de maladies graves ou chroniques spécifiques, ayant certains besoins de soins de santé, ou bénéficiant d'une couverture Medicaid. Vous pouvez être admissible à un SNP si vous avez les parties A et B de Medicare, que vous résidez dans la zone de service du régime et que vous remplissez les critères d'admissibilité pour l'un des 3 types suivants de SNP (ou un sous-ensemble de l'un de ces groupes) :

- **SNP pour affection chronique (ou C-SNP) :** Vous présentez une ou plusieurs affections chroniques graves ou invalidantes spécifiques comme les suivantes :
  - Cancer
  - Certaines maladies auto-immunes
  - Certains troubles cardiovasculaires
  - Certaines affections mentales chroniques et invalidantes
  - Certaines maladies gastro-intestinales chroniques
  - Certains troubles pulmonaires chroniques
  - Certains troubles neurologiques
  - Certaines maladies hématologiques graves
  - Trouble d'utilisation chronique de l'alcool et autres troubles liés à l'utilisation de substances
  - Insuffisance cardiaque chronique
  - Maladie rénale chronique et maladie rénale terminale (ESRD)
  - Démence
  - Diabète sucré
  - VIH/SIDA
  - Accident vasculaire cérébral
- **SNP institutionnel (ou I-SNP) :** Vous vivez dans la communauté, mais avez besoin du niveau de soins qu'un établissement offre, ou si vous vivez (ou êtes censé vivre) pendant au moins 90 jours consécutifs dans un établissement tel qu'un :
  - Établissement de soins intermédiaires
  - Hôpital de soins de longue durée
  - Établissement de soins infirmiers
  - Hôpital psychiatrique
  - Hôpital de réadaptation
  - Établissement de soins infirmiers qualifiés
  - Hôpital équipé de lits pivotants
  - Autre établissement qui offre des services similaires de soins de santé de longue durée, et dont les résidents ont des besoins et un état de santé similaires à ceux des résidents des établissements mentionnés ci-dessus

- **Dual Eligible SNP (ou D-SNP) :** Vous êtes admissible à la fois à Medicare et à Medicaid. Les D-SNP concluent un contrat avec votre programme Medicaid d'État pour aider à coordonner vos prestations Medicare et Medicaid. Certains D-SNP, appelés « D-SNP intégrés », combinent à la fois vos prestations Medicare et la plupart ou la totalité de vos prestations et services Medicaid dans un seul régime. Il existe différents types de D-SNP intégrés, mais tous doivent :
  - Vous fournir une seule carte d'identité de membre qui fonctionne à la fois pour votre couverture Medicare et Medicaid.
  - Proposer une seule évaluation des risques pour la santé qui couvre les deux programmes.
  - Vous fournir un coordinateur de soins ou un gestionnaire de cas pour vous aider à gérer vos soins de santé et à élaborer un plan de soins personnalisé (un plan sur mesure qui couvre vos besoins médicaux et sociaux, vos objectifs de santé et la coordination de vos soins).
  - Disposer d'une procédure unique de recours et de réclamation qui vous permet de déposer une plainte ou un recours auprès de votre régime pour tout problème lié à votre couverture Medicare ou Medicaid.

La disponibilité des régimes varie selon les paramètres suivants :

- Emplacement géographique (État et comté).
- Types de SNP ou affections chroniques que le régime couvre.
- Périodes d'inscription et autres exigences.

Vous ne pouvez rester inscrit à un SNP que si vous continuez à remplir les conditions d'admissibilité spéciales pour le SNP.

Les SNP sont des types de régime PPO, HMO ou HMOPOS, et couvrent les mêmes services de la Partie A et de la Partie B de Medicare que tous les régimes Medicare Advantage couvrent. Les SNP incluent également des services de coordination des soins et adaptent leurs prestations, le choix des prestataires et la liste des médicaments couverts (formulaires) afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des groupes qu'ils desservent. Cependant, les SNP peuvent également couvrir des services supplémentaires adaptés aux groupes spéciaux qu'ils desservent. Par exemple, si vous avez une affection grave ou chronique, comme un cancer ou une insuffisance cardiaque chronique, et que vous devez être hospitalisé, un SNP peut couvrir des jours supplémentaires à l'hôpital.

### **Puis-je recevoir mes soins de santé auprès de n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital ?**

Si votre SNP est également une HMO, vous devez généralement recevoir vos soins et services auprès de médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou d'hôpitaux faisant partie du réseau du régime (sauf en cas de soins d'urgence, de soins urgents hors zone ou de dialyse hors zone). Il se peut que vous soyez tenu d'avoir un médecin traitant.

Cependant, si votre SNP est également un PPO, vous pouvez obtenir des services auprès de tout prestataire ou hôpital qualifié, mais généralement à un coût plus élevé que ce que vous paieriez pour des services auprès d'un prestataire du réseau.

Les SNP disposent généralement de spécialistes dans les maladies ou affections qui touchent leurs membres. Les SNP de HMO et PPO peuvent exiger que vous ayez un coordinateur de soins pour vous aider avec vos soins de santé. Un coordinateur de

soins est une personne qui aide à s'assurer que les personnes reçoivent les soins et les informations appropriés. Par exemple, un coordinateur de soins avec un SNP pour les personnes atteintes de diabète pourrait aider les membres à surveiller leur glycémie et à suivre leur régime alimentaire.

### Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?

Oui. Tous les SNP doivent inclure la couverture de médicaments Medicare (Partie D).

## Régime Medical Savings Account (MSA) de Medicare

Les régimes Medical Savings Account (MSA) de Medicare combinent un régime d'assurance à franchise élevée avec un compte d'épargne médicale :

1. **Régime de santé à franchise élevée :** La première partie d'un régime MSA est un type spécial de régime Medicare Advantage à franchise élevée. Le régime ne commencera à couvrir vos frais que lorsque vous aurez atteint une franchise annuelle élevée, qui varie selon le régime.
2. **Compte d'épargne médicale :** La deuxième partie d'un MSA est un type spécial de compte d'épargne. Le régime MSA dépose de l'argent sur votre compte que vous pouvez utiliser pour payer vos frais de soins de santé.

### Qui ne peut pas souscrire un régime MSA ?

Vous ne pouvez pas souscrire à un régime MSA si :

- Vous avez une couverture santé qui couvrirait tout ou partie de la franchise du régime.
- Vous avez souscrit à un autre régime Medicare Advantage. Vous devrez vous désinscrire de votre régime actuel avant de pouvoir souscrire à un régime MSA.
- Vous recevez des prestations des États-Unis. Département de la Défense (TRICARE) ou les États-Unis. Département des Anciens Combattants (VA).
- Vous êtes un employé fédéral retraité qui inscrit à un régime par le biais du Programme d'avantages sociaux des employés fédéraux (FEHBP).
- Vous êtes admissible à Medicaid.
- Vous recevez actuellement des soins palliatifs.
- Vous vivez en dehors des États-Unis plus de 183 jours (au total) par an.

Si vous souhaitez souscrire à un régime MSA particulier, vous devrez contacter le régime pour souscrire. Le régime vous indiquera comment ouvrir votre compte d'épargne médicale auprès d'une banque choisie par le régime. Vous devez configurer ce compte avant de pouvoir souscrire au régime. Après votre souscription, vous recevrez une lettre du régime vous indiquant la date de début de votre couverture. Une fois que vous souscrivez et que vous bénéficiez d'une couverture MSA :

- Medicare verse au régime une somme d'argent chaque année pour vos soins de santé.
- Le régime dépose de l'argent sur votre compte chaque année en votre nom. Vous ne pouvez pas déposer votre propre argent.
- Vous pouvez utiliser l'argent de votre compte pour payer des frais de soins de santé, y compris des frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par Medicare.
- Si vous utilisez tout l'argent de votre compte et que vous avez d'autres frais de soins de santé, vous devrez payer de votre poche pour vos services couverts par Medicare jusqu'à ce que vous atteigniez la franchise de votre régime.

- Pendant la période où vous payez de votre poche des services avant que la franchise ne soit atteinte, les médecins et autres prestataires ne peuvent pas vous facturer plus que le montant approuvé par Medicare.
- Vos paiements pour les services couverts par Medicare Partie A et Partie B sont pris en compte dans la franchise de votre régime. Après avoir atteint votre franchise, votre régime prendra en charge vos services couverts par Medicare.
- L'argent restant sur votre compte à la fin de l'année demeure sur le compte et peut être utilisé pour des frais de soins de santé lors des années suivantes. Si vous conservez le même régime MSA l'année suivante, le nouveau dépôt sera ajouté à tout montant restant.

### **Les régime MSA et vos impôts**

Si vous utilisez des fonds de votre compte, lorsque vous déclarez vos impôts sur le revenu, vous devez inclure le formulaire IRS 8853 avec des informations sur la façon dont vous avez utilisé l'argent de votre compte d'épargne médicale.

Chaque année, vous devriez recevoir un formulaire 1099-SA de votre banque qui inclut tous les retraits effectués depuis votre compte. Vous devrez prouver que vous avez eu des Dépenses Médicales Qualifiées d'au moins ce montant, ou vous pourriez avoir à payer des impôts et d'autres pénalités.

Visitez [IRS.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) pour obtenir plus d'informations fiscales concernant les régimes MSA, comme une liste des Dépenses Médicales Qualifiées.

Si vous en avez un, parlez à votre conseiller financier personnel de la façon dont le choix d'un régime MSA pourrait affecter votre situation financière.

#### **Puis-je recevoir mes soins de santé auprès de n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital ?**

Oui. Vous pouvez consulter n'importe quel médecin, autre professionnel de santé ou hôpital agréé par Medicare qui accepte de vous soigner et n'a pas renoncé à Medicare (pour les prestations et services des parties A et B de Medicare). Les régimes MSA n'ont généralement pas de réseau de médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou d'hôpitaux.

#### **Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?**

Non. Si vous souscrivez à un régime MSA Medicare et souhaitez une couverture médicaments Medicare (Partie D), vous devrez adhérer à un plan médicaments Medicare distinct.

## Comparez les types de régimes Medicare Advantage

Le tableau ci-dessous présente des informations de base sur chaque type de régime Medicare Advantage.

Questions	HMO Health Maintenance Organizations	PPO Preferred Provider Organizations	PFFS Private Fee-for-Service Plans	SNP Special Needs Plans	MSA Medical Savings Accounts
<p><b>Prime</b></p> <p>La plupart des régimes facturent-ils une prime mensuelle ?</p>	<b>Oui</b> Beaucoup facturent une prime en plus de la prime mensuelle de la Partie B.	<b>Oui</b> Beaucoup facturent une prime en plus de la prime mensuelle de la Partie B.	<b>Oui</b> Beaucoup facturent une prime en plus de la prime mensuelle de la Partie B.	<b>Oui</b> Beaucoup facturent une prime en plus de la prime mensuelle de la Partie B.	<b>Non</b> Aucune prime mensuelle distincte, mais vous devez continuer à payer votre prime mensuelle de la Partie B.
<p><b>Médicaments</b></p> <p>Le régime offre-t-il une couverture de médicaments Medicare (Partie D) ?</p>	<b>Habituellement</b> Si vous souhaitez une couverture médicaments, vous devez adhérer à une HMO qui l'offre. Vous <b>ne pouvez pas</b> obtenir un régime distinct de médicaments Medicare.	<b>Habituellement</b> Si vous souhaitez une couverture médicaments, vous devez souscrire à un PPO qui l'offre. Vous <b>ne pouvez pas</b> obtenir un régime distinct de médicaments Medicare.	<b>Parfois</b> Les médicaments peuvent être couverts. Si vous souscrivez à un régime PFFS qui n'offre pas de couverture médicaments, vous <b>pouvez</b> obtenir un plan de médicaments Medicare distinct.	<b>Oui</b> Tous les SNP doivent offrir la couverture de médicaments Medicare (Partie D).	<b>Non</b> Si vous souscrivez à régime MSA et souhaitez une couverture médicaments de Medicare, vous devrez souscrire à un régime médicaments distinct de Medicare.
<p><b>Médecin traitant</b></p> <p>Dois-je choisir un médecin traitant ?</p>	<b>Habituellement</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Parfois</b> Certains SNP exigent que vous choisissiez un médecin traitant, tandis que d'autres ne l'exigent pas.	<b>Non</b>

Questions	<b>HMO</b> Health Maintenance Organizations	<b>PPO</b> Preferred Provider Organizations	<b>PFFS</b> Private Fee-for-Service Plans	<b>SNP</b> Special Needs Plans	<b>MSA</b> Medical Savings Accounts
<b>Fournisseurs</b>  Puis-je consulter n'importe quel médecin ou hôpital qui accepte Medicare pour les services couverts ?	<b>Parfois</b>  Vous devez généralement recevoir vos soins et services auprès des fournisseurs et établissements du réseau du régime (sauf en cas de soins d'urgence, de soins urgents ou de dialyse hors zone).  Dans un régime HMO Point-of-Service (HMOPOS), vous pouvez obtenir certains services hors réseau, mais vous payez généralement plus cher.	<b>Oui</b>  Chaque régime dispose d'un réseau de médecins, d'hôpitaux et d'autres prestataires auxquels vous pouvez vous adresser. Vous pouvez également consulter des prestataires en dehors du réseau du régime, mais pourriez payer davantage.	<b>Oui</b>  Vous pouvez consulter tout fournisseur ou établissement agréé par Medicare qui accepte les modalités de paiement du régime et accepte de vous traiter. Si le régime dispose d'un réseau, vous pouvez utiliser n'importe quel prestataire du réseau. Si vous consultez un prestataire hors réseau qui accepte les conditions du régime, vous pourriez payer davantage.	<b>Parfois</b>  Si votre SNP est une HMO, vous devez généralement recevoir vos soins et services auprès de médecins ou d'hôpitaux faisant partie du réseau du SNP (sauf en cas de soins d'urgence ou de soins urgents, ou de dialyse hors zone). Cependant, si votre SNP est une PPO, vous pouvez obtenir des services couverts par Medicare en dehors du réseau.	<b>Oui</b>  Les régimes MSA n'ont généralement pas de fournisseurs en réseau. Vous pouvez consulter tout prestataire ou établissement agréé par Medicare qui accepte de vous soigner et qui n'a pas renoncé à Medicare pour les services couverts par Original Medicare.
<b>Recommandations</b>  Ai-je besoin d'une recommandation de mon médecin pour consulter un spécialiste ?	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Parfois</b>  Si le SNP est une HMO, vous avez généralement besoin d'une recommandation. Si le SNP est une PPO, vous n'avez pas besoin de recommandation.	<b>Non</b>

**Note :** Si vous avez un régime Medicare Advantage, vous devrez généralement obtenir une autorisation préalable de votre régime avant qu'il ne couvre certains services ou fournitures. Contactez le régime si vous avez des questions concernant la couverture.



## Section 4 :

# Plus d'informations

## Où puis-je obtenir plus d'informations ?

### Régimes Medicare Advantage

Contactez les régimes qui vous intéressent pour obtenir des informations détaillées sur leurs coûts et leur couverture.

### Trouver un régime Medicare

Visitez [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) pour comparer et choisir des régimes Medicare Advantage et d'autres régimes Medicare qui répondent à vos besoins. Vous pouvez également saisir vos médicaments et pharmacies pour obtenir des coûts plus précis pour les régimes dans votre région.

## **SHIP (Programmes d'assistance à l'assurance maladie de l'État)**

Les SHIP sont des programmes d'État qui reçoivent des fonds du gouvernement fédéral pour offrir gratuitement des conseils locaux sur l'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare. Les SHIP ne sont liés à aucune compagnie d'assurance ni à aucun régime de santé. Les bénévoles du SHIP peuvent vous aider avec ces questions ou préoccupations concernant Medicare :

- Vos droits Medicare
- Plaintes concernant vos soins médicaux ou votre traitement
- Problèmes de facturation
- Choix de régimes
- Comment Medicare fonctionne avec d'autres assurances
- Trouver de l'aide pour payer les frais de soins de santé

Vous pouvez trouver le numéro de téléphone du SHIP de votre État en visitant [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) ou en appelant le 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4277). Les personnes qui utilisent un Téléscripneur peuvent composer le 1-877-486-2048.

## **1-800-MEDICARE**

Appelez le 1-800-MEDICARE pour obtenir de l'aide concernant des questions spécifiques sur la facturation, les demandes de remboursement, les dossiers médicaux, les dépenses et plus encore.

# Communications accessibles selon les exigences des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Medicare fournit des aides et des services auxiliaires gratuits, y compris des renseignements dans des formats accessibles comme le braille, les gros caractères, les fichiers de données ou audio, les services de relais et les communications TTY. Si vous demandez des informations dans un format accessible, vous ne serez pas désavantagé par le temps supplémentaire nécessaire pour les fournir. Cela signifie que vous aurez plus de temps pour prendre des mesures s'il y a un retard dans le traitement de votre demande.

Pour demander des informations sur Medicare ou Marketplace dans un format accessible, vous pouvez :

**1. Appelez-nous :** Pour Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
TTY : 1-877-486-2048

Pour la plateforme de marché : 1-800-318-2596 TTY : 1-855-889-4325

**2. Envoyez-nous un e-mail :** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Envoyez-nous une lettre :**

Centers for Medicare & Medicaid Services  
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)  
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20  
Baltimore, MD 21244-1850  
Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Votre demande doit inclure votre nom, votre numéro de téléphone, le type d'information dont vous avez besoin (si vous le savez), et l'adresse postale à laquelle nous devons envoyer les documents. Nous pouvons vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires.

**Note :** Si vous êtes inscrit à un régime Medicare Advantage ou à un régime d'assurance-médicaments Medicare, contactez votre régime pour demander ses informations dans un format accessible. Pour Medicaid, contactez votre bureau Medicaid national ou local.

# Avis de non-discrimination

Les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) n'excluent pas, ne refusent pas les avantages ou ne discriminent pas toute personne sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, du sexe ou de l'âge dans l'admission, la participation ou la réception des services et avantages dans le cadre de l'un de ses programmes et activités, qu'ils soient réalisés par CMS directement ou par l'intermédiaire d'un entrepreneur ou de toute autre entité avec laquelle CMS organise la réalisation de ses programmes et activités.

Vous pouvez contacter CMS de l'une des manières indiquées dans le présent avis si vous avez des inquiétudes quant à l'obtention d'informations dans un format que vous pouvez utiliser.

Vous pouvez également déposer une plainte si vous pensez avoir été victime de discrimination dans un programme ou une activité CMS, y compris si vous rencontrez des problèmes pour obtenir des informations dans un format accessible à partir d'un plan Medicare Advantage, d'un régime d'assurance-médicaments Medicare, d'un bureau Medicaid national ou local ou d'un plan de santé qualifié sur le marché. Il y a trois façons de déposer une plainte auprès du Bureau des Droits Civils (OCR) du Département américain de la Santé et des Services Sociaux (HHS) :

**1. En ligne :**

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

**2. Par téléphone :**

Composez le 1-800-368-1019. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler 1-800-537-7697.

**3. Par écrit :** Envoyez des informations sur votre plainte à l'adresse suivante :

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201







**U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Medicare & Medicaid Services**

7500, Security Blvd.  
Baltimore, MD 21244-1850

---

Official Business  
Penalty for Private Use, \$300

## **Besoin d'un exemplaire de ce livret en espagnol ?**

Pour obtenir un exemplaire gratuit de ce livret en espagnol, visitez [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les personnes qui utilisent un Téléscripneur peuvent composer le 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en español. Para obtener una copia gratis, visite [es.Medicare.gov](https://es.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.



**Medicare**

L'information contenue dans cette brochure décrit le programme d'assurance maladie au moment de l'impression de cette brochure. Des modifications peuvent survenir après l'impression. Visitez [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour obtenir les informations les plus récentes. Les personnes qui utilisent un Téléscripneur peuvent composer le 1-877-486-2048. « Comprendre les régimes Medicare Advantage » n'est pas un document juridique. Les directives juridiques officielles du programme Medicare sont contenues dans les lois, règlements et décisions pertinents.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.