

Comprendre les plans Medicare Advantage



**Cette brochure officielle du gouvernement
vous informe :**

- en quoi les plans Medicare Advantage sont différents de Medicare Original
- comment fonctionnent les plans Medicare Advantage
- comment adhérer à un plan Medicare Advantage



« **Comprendre les plans Medicare Advantage** » n'est pas un document juridique. Assistance juridique sur le programme officiel de Medicare indiquée dans les lois concernées, les réglementations et la jurisprudence.

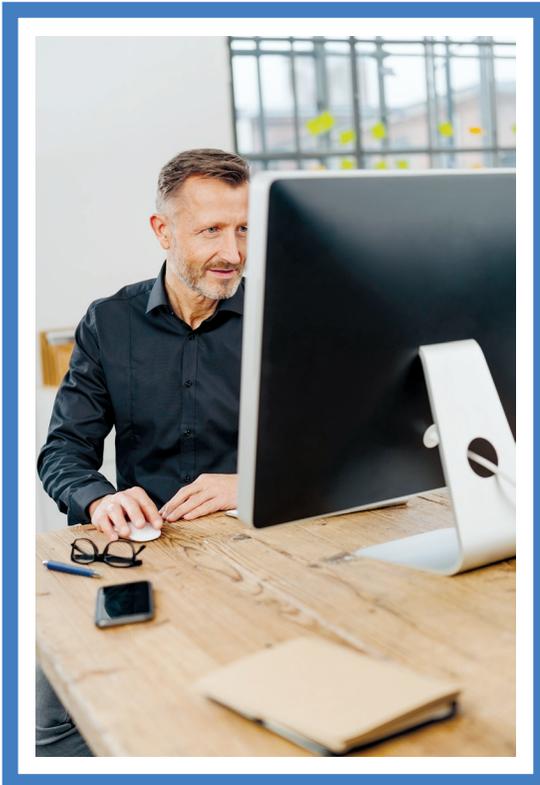
Les informations contenues dans cette brochure décrivent le programme Medicare au moment de l'impression de cette brochure. Des modifications peuvent survenir après l'impression. Visitez le site web [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour obtenir les informations les plus récentes. Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

Contenu



Introduction.	4
Quelles sont les différences entre Medicare Original et Medicare Advantage ?	5
Qu'est-ce qu'un régime Medicare Advantage ?	9
Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage ?	9
Qu'est-ce qu'ils couvrent ?	9
Quels sont les tarifs ?	10
Qui peut adhérer au régime Medicare Advantage ?	12
Quand puis-je adhérer, échanger ou résilier une affiliation au régime Medicare Advantage ?	12
Comment puis-je adhérer au régime Medicare Advantage?	13
Puis-je adhérer au régime Medicare Advantage si je souffre d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST) ?	14
Types de régimes Medicare Advantage.	15
Comparez côté à côté les régimes Medicare Advantage	24
Qu'arrive-t-il si j'ai souscrit à une police d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) ?	25
Où puis-je trouver plus de renseignements ?	26

Introduction



Lorsque vous vous inscrivez pour la première fois à Medicare et à certaines périodes de l'année (comme lors des inscriptions ouvertes), vous pouvez choisir le mode d'obtention de votre couverture Medicare.

Il y a 2 façons principales d'obtenir Medicare :

- **Original Medicare** comprend les volets (« partie ») Medicare A (Assurance-hospitalisation) et B (Assurance-médicale). Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture des médicaments, vous pouvez adhérer à un régime (partie D) séparément.
- **Medicare Advantage (également appelé « partie C »)** est une alternative « tout-en-un » au programme Medicare Original. Ces régimes « groupés » comprennent les parties A, B et habituellement la partie D. Ils peuvent également offrir des avantages supplémentaires que Medicare Original ne couvre pas.

Les décisions de votre régime de santé Medicare ont une incidence sur le montant de votre couverture, les services que vous obtenez, les médecins par qui vous pouvez passer et la qualité des soins que vous recevez.

Renseignez-vous sur vos choix en matière de couverture Medicare, obtenez de l'aide de personnes en qui vous avez confiance et comparez les différents plans pour mieux comprendre toutes les options qui s'offrent à vous.

Quelles sont les différences entre Medicare Original et Medicare Advantage ?

Medicare Original

- Medicare Original comprend les volets (« partie ») Medicare A (Assurance-hospitalisation) et B (Assurance-médicale).
- Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture des médicaments, vous pouvez adhérer à un régime partie D séparément.
- Pour vous aider à payer vos dépenses personnelles dans Medicare Original (comme votre coassurance de 20 %), vous pouvez également « chercher et comparer » et par la suite acheter une couverture supplémentaire.
- Vous pouvez consulter n'importe quel médecin ou vous rendre dans n'importe quel hôpital utilisant Medicare, où que ce soit aux États-Unis.



Partie A



Partie B



Vous pouvez ajouter :



Partie D



Vous pouvez également ajouter :



une couverture supplémentaire



(Certains exemples incluent la couverture d'une police d'assurance complémentaire à Medicare (Medigap) ou la couverture par un ancien employeur ou un ancien syndicat.)

Medicare Advantage (également appelé partie C)

- Medicare Advantage est une alternative « tout-en-un » à Medicare Original. Ces régimes « groupés » comprennent les parties A, B et habituellement la partie D.
- Les coûts des régimes peuvent être inférieurs à ceux de Medicare Original.
- Dans la plupart des cas, vous devrez faire appel à des médecins appartenant au réseau du régime.
- La plupart des régimes offrent des services avantageux supplémentaires que Medicare Original ne couvre pas - comme la vision, l'audition, les soins dentaires, etc.



Partie A



Partie B



La plupart des régimes comprennent :



Partie D



Prestations supplémentaires

Certains régimes comprennent également :



Des réduction des dépenses personnelles

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Choix du médecin et de l'hôpital

Medicare Original	Medicare Advantage
Vous pouvez consulter un médecin ou un hôpital qui prend en compte Medicare, n'importe où aux États-Unis.	Dans la plupart des cas, vous devrez faire appel à des médecins appartenant au réseau du régime (pour les situations non urgentes ou les soins non urgents). Demandez à vos médecins s'ils participent à l'un des régimes Medicare Advantage.
Dans la plupart des cas, vous n'avez pas besoin d'une recommandation pour consulter un spécialiste.	Vous devez peut-être obtenir une recommandation pour consulter un spécialiste.

Prix

Medicare Original	Medicare Advantage
Pour les services couverts par la partie B, vous payez généralement 20 % du montant approuvé par Medicare une fois que vous avez atteint votre franchise.	Les frais non remboursés varient - Les coûts des plans peuvent être moins élevés pour certains services.
Vous payez une prime (paiement mensuel) pour la partie B. Si vous choisissez de souscrire à une couverture des médicaments (partie D), vous devrez payer cette prime séparément.	Vous pouvez payer une prime pour le régime en plus d'une prime mensuelle pour la partie B. (la plupart comprennent une couverture des médicaments). Les régimes peuvent avoir une prime de 0 \$ ou vous aider à payer la totalité ou une partie de vos primes de la partie B.
Il n'y a pas de limite annuelle sur ce que vous payez à moins que vous ayez une couverture complémentaire (comme une police d'assurance Medigap).	Les régimes ont une limite annuelle sur ce que vous payez de votre poche pour les services couverts par les parties A et B Medicare. Une fois que vous avez atteint la limite de votre régime, vous ne payez rien pour les services couverts des parties A et B pour le reste de l'année.
Vous pouvez souscrire à une couverture complémentaire (comme une police d'assurance Medigap) pour vous aider à payer vos dépenses restantes (telles que votre coassurance de 20 %). Ou, vous pouvez utiliser la couverture d'un ancien employeur ou d'un ancien syndicat, ou de Medicaid.	Vous ne pouvez pas acheter ou utiliser une couverture complémentaire séparée.

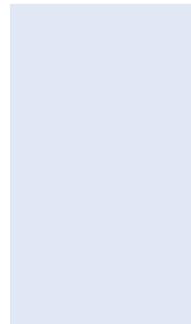
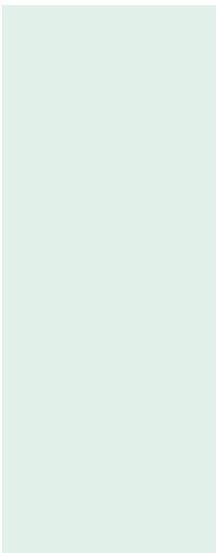
Medicare Original vs. Medicare Advantage (suite)

Couverture

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original couvre la plupart des services et équipements médicaux nécessaires dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et autres établissements de soins de santé.	Les régimes doivent couvrir tous les services médicaux nécessaires couverts par Medicare Original. La plupart des régimes offrent des avantages supplémentaires que Medicare Original ne couvre pas - comme la vision, l'audition, les soins dentaires, etc. Les régimes peuvent désormais couvrir plus de ces avantages qu'ils ne l'ont fait par le passé.
Vous pouvez adhérer à un régime de médicament délivrés sur ordonnance Medicare (partie D) séparé pour obtenir une couverture des médicaments.	La couverture des médicaments sur ordonnance est incluse dans la plupart des régimes.
Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de faire approuver un service ou une offre à l'avance pour qu'il soit couvert.	Dans certains cas, vous devez faire approuver un service ou un produit à l'avance pour qu'il soit couvert par le régime.

Voyages

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original ne couvre généralement pas les soins en dehors des États-Unis. Vous pourrez peut-être souscrire à une police d'assurance Medigap qui couvre les soins en dehors des États-Unis.	Les régimes ne couvrent généralement pas les soins en dehors des États-Unis. En outre, les régimes ne couvrent pas les soins non urgents que vous recevez en dehors du réseau de votre régime.



Régimes Medicare Advantage

Récapitul

En quoi consiste les régimes Medicare Advantage ?

Un régime Medicare Advantage est un autre moyen d'obtenir votre couverture Medicare. Les régimes Medicare Advantage, parfois appelés « partie C » ou « plan MA », sont proposés par des entreprises privées agréées par Medicare qui doivent respecter les règles définies par Medicare. Si vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous serez toujours couvert par Medicare, mais vous obtiendrez la majeure partie de votre couverture Medicare partie A (assurance hospitalisation) et partie B (assurance médicale) du régime Medicare Advantage et non pas celui de Medicare Original.

Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage ?

Lorsque vous adhérez à un régime Medicare Advantage, Medicare verse un montant fixe pour votre couverture chaque mois à la société proposant ce régime. Ces entreprises doivent suivre les règles de couverture Medicare. Les régimes Medicare Advantage ont des contrats annuels avec Medicare. Vous devez être avisé de tout changement avant le début de la prochaine année d'adhésion.

Si vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous bénéficierez des mêmes droits et de la même protection que ceux que vous auriez sous Medicare Original.

Qu'est-ce qui est couvert ?

Les régimes Medicare Advantage couvrent tous les services des parties A et B. Toutefois, si vous souscrivez à un régime Medicare Advantage, Medicare Original couvrira quand même le coût des soins palliatifs, certains nouveaux avantages Medicare et certains coûts des études de recherche clinique. Dans tous les types de régimes Medicare Advantage, vous êtes toujours couvert pour les urgences et les soins urgents.

Certains régimes Medicare Advantage offrent une couverture supplémentaire couvrant différents domaines tels que la vision, l'ouïe, les soins dentaires et d'autres programmes de santé et de bien-être. Les régimes ont une **limite annuelle** sur ce que vous payez de votre poche pour les services couverts par les parties A et B. Une fois que vous avez atteint la limite de votre régime, vous ne payez rien pour les services couverts des parties A et B pour le reste de l'année.

Qu'est-ce qui est couvert ? (suite)

Couverture des médicaments délivrés sur ordonnance

La plupart des régimes Medicare Advantage comprennent une couverture des médicaments délivrés sur ordonnance Medicare (partie D). Dans certains types de régimes qui ne comprennent pas la couverture des médicaments (comme les plans comptes d'épargne-maladie et certains plans privés à l'acte), vous pouvez adhérer à un régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.

Remarque : Si vous adhérez à un régime qui n'offre pas de couverture des médicaments et que vous n'avez pas de régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare, vous pourriez devoir payer une pénalité pour inscription tardive si vous décidez d'adhérer à un régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare ou d'obtenir plus tard une couverture des médicaments. Consultez le site [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty) pour en savoir plus sur la pénalité d'inscription tardive de la partie D.

Quels sont les tarifs ?

Chaque année, les régimes fixent les montants qu'ils facturent pour les primes, les franchises et les services. Le régime (plutôt que Medicare) détermine le montant que vous payez pour les services couverts que vous recevez. Ce que vous payez au régime ne peut changer qu'une fois par an, le 1^{er} janvier.

Vous devez payer la prime de la partie B. En 2019, le montant de la prime standard de la partie B est de 135,50 \$ (ou plus, en fonction de votre revenu). Certaines personnes bénéficiant de prestations de la sécurité sociale paient moins (130 \$ en moyenne).

Lorsque vous calculez vos frais remboursables dans le cadre d'un régime Medicare Advantage, en plus de vos primes, franchises, quotes-parts et coassurances, vous devriez également prendre en considération :

- le type de services de santé dont vous avez besoin et à quelle fréquence vous les recevez.
- le fait d'aller voir un médecin ou un fournisseur qui accepte l'affectation. Le terme « affectation » signifie que votre médecin, votre prestataire ou votre fournisseur accepte (ou est tenu par la loi) d'accepter le montant approuvé par Medicare comme paiement intégral pour les services couverts.
- Si le régime offre des prestations supplémentaires qui nécessitent une prime supplémentaire.
- Que vous ayez Medicaid ou que votre État vous aide avec les coûts liés aux soins de santé.

Quels sont les tarifs ? (suite)

Quelle est la différence entre une franchise, une coassurance et une quote-part ?

Une franchise—c'est le montant que vous devez payer pour les soins de santé ou les ordonnances, avant que Medicare Original, votre plan de médicaments délivrés sur ordonnance ou votre autre assurance ne commence à payer.

Une coassurance—il s'agit d'un montant que vous pourriez être tenu de payer en tant que votre part du coût des services après avoir payé les franchises. La coassurance est généralement un pourcentage (par exemple, 20 %).

Une quote-part—c'est un montant que vous pourriez être tenu de payer en tant que votre part du coût d'un service médical ou d'un matériel, comme une visite chez le médecin, une visite ambulatoire à l'hôpital ou un médicament délivré sur ordonnance. Une quote-part est généralement un montant fixe, plutôt qu'un pourcentage. Par exemple, vous pourriez payer 10 ou 20 dollars pour une visite chez le médecin ou pour une ordonnance.

Vous trouverez plus de détails sur les coûts de chaque régime

Si vous adhérez à un régime Medicare Advantage, veuillez passer en revue les avis que vous recevez de votre plan chaque année :

- « **Avis de changement annuel** » (ANOC). Comprend tous les changements dans la couverture, les coûts, la zone de service, etc., qui entreront en vigueur à partir de janvier. Votre régime vous en fera parvenir une copie imprimée au plus tard le 30 septembre.
- « **Preuve de perte de couverture** » (PPC). Il vous renseigne sur ce que le régime couvre, combien vous payez et plus encore. Votre régime vous fera parvenir un avis (ou une copie imprimée) au plus tard le 15 octobre, qui comprendra des renseignements sur la façon d'accéder au PPC par voie électronique ou d'en demander une copie imprimée.

Détermination de l'organisme

- Vous pouvez obtenir une décision de votre régime à l'avance pour savoir si un service, un médicament ou un matériel est couvert. Vous pouvez également savoir combien vous devrez payer. **Cela s'appelle une « une détermination de l'organisation »**. Parfois, vous devez le faire à titre d'autorisation préalable pour que le service, le médicament ou le matériel soit couvert.
- Vous, votre représentant ou votre médecin pouvez demander une détermination de l'organisation. Vous avez également la possibilité de demander qu'une décision soit prise rapidement, en fonction de vos besoins en matière de santé. Si on vous refuse une couverture, un prestataire de votre régime doit vous en informer par écrit et vous avez le droit de faire appel.
- Si un prestataire de régime vous recommande pour un service ou vous dirige vers un prestataire externe au réseau, mais qu'il n'obtient pas à l'avance une décision de l'organisation, **on parle alors de « soins axés sur le régime »**. Dans la plupart des cas, vous ne paierez pas plus que le partage des coûts habituel du régime. Renseignez-vous auprès de votre prestataire de régime pour en savoir plus sur cette protection

Qui peut adhérer au régime Medicare Advantage ?

Vous pouvez adhérer au régime Medicare Advantage si :

- vous bénéficiez de la partie A et B.
- vous habitez dans la zone de service où figure le régime.
- vous êtes citoyen américain, ressortissant américain ou légalement présent aux États-Unis.
- vous n'avez pas d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST), sauf tel qu'expliqué à la page 14.

Qu'arrive-t-il si j'ai une autre couverture ?

Parlez à votre employeur, à votre syndicat ou à d'autres administrateurs de prestations sociales de leurs règles avant d'adhérer à une affiliation du régime Medicare Advantage. Dans certains cas, si vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous pourrez toujours utiliser la couverture de votre employeur ou de votre syndicat avec votre plan Medicare Advantage. Dans d'autres cas, l'adhésion au régime Medicare Advantage pourrait vous faire perdre la protection de votre employeur ou de votre syndicat qui vous protège, vous et votre conjoint, et les personnes à charge.

Quand puis-je adhérer, échanger ou résilier une affiliation au régime Medicare Advantage ?

Vous pouvez uniquement adhérer, échanger ou résilier une affiliation au régime Medicare Advantage lors des périodes d'inscription indiquées ci-dessous :

- **période d'inscription initiale**—lorsque vous devenez admissible à Medicare, vous pouvez vous inscrire au cours de la période d'inscription initiale. Il s'agit d'une période de 7 mois qui commence 3 mois avant le mois de vos 65 ans, inclut le mois de vos 65 ans et se termine 3 mois après le mois de vos 65 ans.

Si vous vous inscrivez au cours des 3 premiers mois de votre période d'inscription initiale, dans la plupart des cas, votre couverture commencera le premier jour de votre mois d'anniversaire. Toutefois, si votre anniversaire est le premier jour du mois, votre couverture commencera le premier jour du mois précédent.

Si vous vous inscrivez le mois de vos 65 ans ou au cours des 3 derniers mois de votre période d'inscription initiale, la date de début de votre couverture sera retardée.
- **période d'adhésion générale**—si vous êtes couvert par la partie A et que vous recevez la partie B pour la première fois au cours de la période de souscription générale (du 1^{er} janvier au 31 mars de chaque année), vous pouvez également adhérer au régime Medicare Advantage à ce moment-là. Votre couverture ne débutera pas avant le 1^{er} juillet.
- **période d'inscription ouverte**—entre le 15 octobre et le 7 décembre, toute personne bénéficiant de Medicare peut adhérer, changer ou résilier une affiliation au régime Medicare Advantage. Votre couverture débutera le 1^{er} janvier, à condition que le prestataire de régime reçoive votre demande, au plus tard le 7 décembre.

Remarque :

Dans certaines situations (par exemple si vous déménagez), il se peut que vous puissiez adhérer, changer ou résilier à une affiliation du régime à un autre moment.

Quand puis-je adhérer, échanger ou résilier une affiliation au régime Medicare Advantage ? (suite)

Puis-je modifier le forfait de ma couverture après le 7 décembre ?

Entre le 1er janvier et le 31 mars de chaque année, vous pouvez effectuer ces modifications pendant la **période d'inscription ouverte de Medicare Advantage** :

- si vous avez souscrit un régime Medicare Advantage (avec ou sans couverture de médicaments), vous pouvez passer à un autre régime Medicare Advantage (avec ou sans couverture de médicaments).
- vous pouvez résilier votre régime Medicare Advantage et revenir à celui de Medicare Original. Vous pourrez également adhérer à un régime de médicaments délivrés sous ordonnances Medicare.

Pendant cette période, vous **ne pouvez pas** :

- passer de Medicare Original à un régime Medicare Advantage.
- adhérez à un régime de médicaments délivrés sous ordonnances Medicare si vous avez opté pour Medicare Original.
- passez d'un régime de médicaments délivrés sous ordonnances Medicare à un autre si vous avez souscrit au régime Medicare Original.

Vous ne pouvez apporter qu'un seul changement au cours de cette période, et tout changement que vous apporterez entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception de votre demande par le régime. Si vous décidez de retourner à Medicare Original et d'adhérer à un régime de médicaments, il ne vous est pas nécessaire de contacter votre régime Medicare Advantage pour y mettre un terme. La résiliation interviendra automatiquement lorsque vous adhérerez à un régime d'assurance médicaments.

Remarque : Si vous avez adhéré au régime Medicare Advantage pendant votre période d'adhésion initiale, vous pourrez passer à un autre régime Medicare Advantage (avec ou sans régime d'assurance médicaments) ou retourner au régime Medicare Original (avec ou sans régime d'assurance médicaments) pendant les 3 premiers mois de votre adhésion à Medicare.

Qu'arrive-t-il si j'ai une condition préexistante ?

Vous pouvez adhérer au régime Medicare Advantage même si vous avez une condition préexistante, à l'exception de l'insuffisance rénale au stade terminal (IRST), pour laquelle il existe des règles spéciales. Voir « Puis-je adhérer au régime Medicare Advantage si je souffre d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST) ? », Page 14.

Comment puis-je adhérer au régime Medicare Advantage ?

Tous les régimes Medicare Advantage ne fonctionnent pas de la même manière. Avant de vous adhérer, vous pouvez trouver et comparer les régimes Medicare de votre région en vous rendant sur le site Internet [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Une fois que vous aurez compris les règles et les frais relatifs au régime, utilisez l'une des méthodes suivantes pour adhérer à ce dernier :

Comment puis-je adhérer au régime Medicare Advantage? (suite)

- Consultez l'outil de recherche de régime Medicare à l'adresse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) et effectuez une recherche par code postal pour trouver un régime. Vous pouvez également vous connecter pour obtenir des résultats personnalisés. Si vous avez des questions sur un régime particulier, sélectionnez « Détails du régime » pour obtenir les coordonnées de celui-ci.
- Remplissez un formulaire d'inscription papier. Pour obtenir un formulaire d'adhésion, communiquez avec un représentant de l'organisme, remplissez-le et retournez-le au régime. Tous les régimes d'assurance-maladie doivent offrir cette option.
- Contactez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

Lorsque vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous devrez fournir ces informations à partir de votre carte Medicare :

- votre numéro Medicare
- la date à laquelle la couverture de la partie A et/ou de la partie B a commencé.

N'oubliez pas que lorsque vous vous inscrivez à un régime Medicare Advantage, dans la plupart des cas, **vous devez utiliser la carte de votre régime Medicare Advantage** pour bénéficier de services couverts par Medicare. Pour certains services, il peut vous être demandé de montrer votre carte Medicare rouge, blanche et bleue.

Puis-je adhérer au régime Medicare Advantage si je souffre d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST) ?

Si vous souffrez d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST), vous ne pourrez adhérer au régime Medicare Advantage que dans certaines situations :

- si vous participez déjà au régime Medicare Advantage au moment de l'élaboration du programme de l'IRST, vous pouvez le conserver ou vous pouvez adhérer à un autre régime Medicare Advantage offert par la même entreprise.
- si vous êtes inscrit au régime Medicare Advantage et que le celui-ci cesse d'être couvert par Medicare ou n'offre plus de protection dans votre région, vous avez alors le droit, une fois seulement, d'adhérer à un autre régime Medicare Advantage.
- si vous avez un régime de soins de santé patronal ou syndical ou une autre couverture de soins de santé fournie par une société proposant un ou plusieurs plans Medicare Advantage, vous pourrez peut-être adhérer à l'un des plans Medicare Advantage de cette société.
- si vous êtes médicalement déterminé à ne plus avoir d'IRST (par exemple, si vous avez subi avec succès une greffe de rein), vous pouvez peut-être adhérer à un régime Medicare Advantage.
- vous pouvez adhérer à un régime pour besoins spéciaux Medicare (BS) qui couvre les personnes atteintes d'IRST, si un tel régime est offert dans votre région.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site [Medicare.gov/Publications](https://www.medicare.gov/Publications) pour consulter la brochure « Couverture Medicare des services de dialyse & et de greffe de rein ».

Remarque : À compter de 2021, les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative aiguë pourront adhérer aux régimes Medicare Advantage sans avoir à respecter ces restrictions.

Types de régimes Medicare Advantage

Il existe différents types de régimes Medicare Advantage :

- régimes des organismes de maintien de la santé (HMO) : Voir pages 15-16.
- régimes d'organismes fournisseurs privilégiés (OPP) : Voir page 17.
- régimes privés de rémunération à l'acte (RSFP) : Voir pages 18-19.
- régimes de besoins spéciaux (SNP) : Voir pages 20-21.
- régimes de comptes d'épargne-maladie (MSA) : Voir pages 22-23.

La région où vous vivez peut avoir tous, certains ou aucun de ces types de régimes disponibles. De plus, il se peut qu'il y ait plusieurs régimes disponibles dans votre région au sein d'un même modèle, si les compagnies privées choisissent de les offrir. Pour voir les régimes Medicare Advantage qui vous sont proposés, consultez le site [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

Régimes des organismes de maintien de la santé (HMO)

Un régime d'organisation de maintien de la santé (HMO) est un type de régime Medicare Advantage qui offre généralement une couverture des soins de santé dispensée par des médecins, des spécialistes ou des hôpitaux du réseau du régime, sauf en cas d'urgence ou de situation de soins urgents. Un réseau est un groupe de médecins, d'hôpitaux et d'installations médicales qui souscrivent à un régime de prestation de services. La plupart des HMO exigent également que vous obteniez une recommandation de votre médecin généraliste pour des soins spécialisés, afin que ces derniers soient coordonnés.

Puis-je obtenir des soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital ?

Dans les régimes HMO, vous devez généralement obtenir vos soins et services auprès de médecins ou d'hôpitaux du réseau du régime (sauf pour les soins d'urgence, les soins urgents hors zone ou pour un service de dialyse hors zone).

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes des organismes de maintien de la santé (HMO) (suite)

Vous paierez moins cher si vous consultez un médecin et utilisez les installations médicales qui font partie du réseau de votre régime. Si vous obtenez des soins de santé à l'extérieur du réseau du régime, vous pourriez devoir payer la totalité des frais. Il est important que vous suiviez les règles du régime, comme obtenir une approbation préalable pour un certain service au besoin. Dans la plupart des cas, vous devrez choisir un médecin généraliste. Certains services, tels que les mammographies de dépistage annuelles, ne nécessitent pas de lettre recommandation de la part de votre médecin généraliste. Si votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé se retire du réseau du régime, votre régime d'assurance maladie vous en informera. Vous pouvez choisir un autre médecin dans le réseau du régime.

Les régimes de point de service HMO (HMOPOS) sont des régimes HMO qui **peuvent vous permettre d'obtenir certains services en dehors du réseau pour un quote-part ou une coassurance plus élevé**. Il est important que vous suiviez les règles du régime, comme obtenir une approbation préalable pour un certain service au besoin.

La partie PDS du régime comporte une franchise distincte. Les soins que vous recevez à l'intérieur du réseau par l'entremise du HMO ont une franchise différente de celle que vous recevez à l'extérieur du réseau par l'entremise du PDS. Vous devez payer les deux franchises séparément.

Les médicaments sur ordonnance sont-ils couverts ?

Dans la plupart des cas, les médicaments délivrés sur ordonnance sont couverts par les régimes HMO Medicare. Si vous souhaitez obtenir une couverture de médicaments, vous devez adhérer au régime HMO qui offre une couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. Si vous adhérez à un HMO qui n'inclus pas la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance, vous ne pouvez pas souscrire à un autre régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare (Partie D).

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes d'organismes de prestataires privilégiés (PPO)

Un régime d'organisme de prestataires privilégiés (PPO) est un régime Medicare Advantage qui comprend un réseau de médecins généralistes, de spécialistes et d'hôpitaux auxquels vous pouvez faire appel. Vous pouvez également choisir de consulter un médecin, un spécialiste ou un hôpital qui ne figure pas sur la liste du régime d'assurance maladie (hors réseau), mais le coût est habituellement plus élevé. Parce que certains prestataires sont « privilégiés » (comme leur nom l'indique), vous pouvez économiser de l'argent en les utilisant.

Puis-je obtenir des soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital ?

Dans la plupart des cas, vous pouvez obtenir vos soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital des régimes PPO.

Les régimes PPO travaillent avec des médecins du réseau, d'autres prestataires de soins de santé et des hôpitaux. Chaque régime vous donne le choix de consulter un médecin, un spécialiste ou un hôpital qui ne figure pas sur la liste du régime, mais il vous en coûtera habituellement moins cher si vous obtenez vos soins d'un prestataire de réseau.

Vous pouvez obtenir des soins auprès de spécialistes sans recommandation ou autorisation préalable d'un autre médecin. Si vous faites appel à des spécialistes des régimes, vos coûts pour les services couverts seront habituellement moins élevés que si vous faites appel à des spécialistes qui ne sont pas des spécialistes des régimes.

Les médicaments sur ordonnance sont-ils couverts ?

Dans la plupart des cas, les médicaments sur ordonnance sont couverts par les régimes des OPP. Si vous voulez bénéficier de la couverture des médicaments Medicare, vous devez adhérer à une couverture des médicaments. Si vous adhérez à un régime OPP qui ne couvre pas la couverture des médicaments, vous ne pouvez pas adhérer à un régime de médicaments sur ordonnance Medicare distinct (partie D).

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes privés de rémunération à l'acte (PFFS)

Un régime privé de rémunération à l'acte est un autre type de régime Medicare Advantage offert par une compagnie d'assurance maladie privée. Un régime PFFS n'est pas le même que celui qu'offre Medicare Original ou qu'une complémentaire Medicare (Medigap).

Puis-je obtenir des soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital ?

Vous pouvez vous rendre chez n'importe quel prestataire approuvé par Medicare comme un médecin, un autre prestataire de soins de santé ou un hôpital, dans la mesure où il accepte les modalités de paiement du régime et accepte de vous soigner. Si vous adhérez à un régime PFFS qui a un réseau, vous pouvez également voir les prestataires de réseau qui ont toujours accepté de soigner les membres du régime. Vous pouvez également choisir un médecin, un hôpital ou un autre prestataire hors réseau qui accepte les conditions du régime, mais il se peut que vous ayez à payer plus cher.

Avant de vous procurer des services, demandez à votre médecin ou à votre hôpital s'il peut communiquer avec le régime pour obtenir des renseignements sur le paiement et accepter les modalités de paiement de ce dernier. Si vous avez besoin de soins urgents, vous êtes couvert si le prestataire accepte ou non les modalités de paiement du régime.

Si votre prestataire accepte les modalités de paiement du régime

Le prestataire doit respecter les modalités de paiement du régime d'assurance maladie et le facturer pour les services qui vous sont rendus. Cependant, le prestataire peut décider à chaque visite d'accepter le régime et de vous traiter.

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes privés de rémunération à l'acte (PFFS) (suite)

Si votre prestataire accepte les modalités de paiement du régime d'assurance-maladie

Le prestataire ne devrait pas vous apporter de services, sauf en cas d'urgence, et vous devrez trouver un autre prestataire qui acceptera le régime du PFFS.

Si le prestataire choisit de vous soigner, il ne pourra pas vous facturer. Ils doivent facturer le régime pour vos services de soins de santé couverts. Vous ne devez payer que la quote-part ou la coassurance que le régime d'assurance maladie autorise pour les types de services que vous obtenez au moment de la prestation. Vous pourriez devoir payer un montant supplémentaire (jusqu'à 15 % de plus) si le régime permet aux prestataires « d'équilibrer la facture » (lorsqu'un prestataire vous facture la différence entre les frais du prestataire et le montant autorisé).

Les médicaments sur ordonnance sont-ils couverts ?

Les médicaments sur ordonnance peuvent être couverts par un régime PFFS. Si vous souhaitez bénéficier de la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare et que celle-ci est proposée par le régime, vous devez souscrire votre couverture pour les médicaments sur ordonnance de Medicare.

Si le PFFS n'offre pas de couverture pour les médicaments, vous pouvez adhérer à un autre régime Medicare. Régime de médicaments sur ordonnance (partie D) pour obtenir une couverture.

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes de besoins spéciaux (SNP)

Un régime d'assurance pour besoins spéciaux (SNP) offre des prestations et des services aux personnes atteintes de maladies particulières, ayant certains besoins en matière de soins de santé ou ayant un revenu limité. Les SNP adaptent leurs prestations, leurs choix de prestataires et leurs formulaires pharmaceutiques afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des groupes qu'ils servent.

Les SNP couvrent les mêmes services Medicare que tous les régimes Medicare Advantage. Les SNP Medicare pourraient également couvrir des services complémentaires adaptés aux groupes spéciaux qu'ils desservent. Par exemple, si vous souffrez d'une maladie grave ou chronique, comme le cancer ou une insuffisance cardiaque chronique, et que vous avez besoin d'un séjour à l'hôpital, un SNP peut couvrir les frais relatifs aux séjours hospitaliers supplémentaires.

Vous pourriez être admissible à un SNP si vous habitez dans la zone de service du régime et répondez à l'une de ces exigences :

- vous souffrez d'une maladie chronique, telle qu'une ou plusieurs des affections ci-dessous (également appelée **maladie chronique SNP** ou **C-SNP**) :
 - alcoolisme chronique et autres dépendances
 - maladies auto-immunes
 - cancer (à l'exception des lésions précancéreuses)
 - maladies cardiovasculaires
 - insuffisance cardiaque chronique
 - démence
 - diabète sucré
 - maladie hépatique en phase terminale
 - insuffisance rénale au stade terminal (IRST) nécessitant une dialyse (tout type de dialyse)
 - troubles hématologiques graves
 - VIH/SIDA
 - troubles pulmonaires chroniques
 - troubles de santé mentale chroniques et invalidants
 - troubles neurologiques
 - AVC

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes de besoins spéciaux (SNP) (suite)

- Vous vivez dans un établissement (comme une maison de soins) ou vous avez besoin de soins infirmiers à domicile (**aussi appelé SNP ou I-SNP en établissement**).
- Vous avez à la fois Medicare et Medicaid (**aussi appelé un SNP ou D-SNP double éligible**).

Chaque SNP limite son adhésion aux personnes appartenant à l'un de ces groupes ou à un sous-ensemble d'un de ces groupes. Vous ne pouvez rester inscrit à un SNP que si vous continuez à remplir les conditions spéciales auxquelles le régime est assujéti.

Puis-je obtenir des soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital ?

Vous devez généralement vous faire soigner par un médecin, un autre prestataire de soins de santé ou un hôpital appartenant au réseau du régime (sauf pour les soins d'urgence, les soins urgents hors zone ou un service de dialyse hors zone).

Dans la plupart des cas, les SNP peuvent vous demander de faire appel à un médecin généraliste, ou le régime d'assurance maladie peut vous demander de faire appel à un coordinateur de soins pour vous aider dans vos soins de santé. Un coordinateur de soins est une personne qui veille à ce que les personnes obtiennent les bons soins et les bonnes informations. Par exemple, un SNP pour les personnes atteintes de diabète pourrait faire appel à un coordinateur de soins pour aider les membres à surveiller leur glycémie et à suivre leur régime alimentaire.

Les SNP disposent généralement de spécialistes des maladies ou d'affections qui touchent leurs membres. En règle générale, vous devez vous faire soigner par les médecins ou les hôpitaux du réseau du régime, sauf :

- lorsque vous avez besoin d'une urgence ou de soins urgents, comme les soins que vous recevez pour une maladie ou une blessure soudaine nécessitant des soins médicaux immédiatement
- si vous êtes atteint d'insuffisance rénale au stade terminal et avez besoin d'un service de dialyse hors zone

Les médicaments sur ordonnance sont-ils couverts ?

Tous les SNP doivent offrir une couverture Medicare pour les médicaments sur ordonnance (partie D).

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes comptes d'épargne médicale

Les régimes de compte d'épargne médicale (CEM) associent un régime d'assurance à franchise élevée à un compte d'épargne médical que vous pouvez utiliser pour payer vos frais de soins de santé.

1. **Régime d'assurance-maladie à franchise élevée :** La première partie d'un régime CEM est un modèle spécial de régime Medicare Advantage avec une franchise élevée. Le régime ne commencera à couvrir vos coûts que lorsque vous rencontrerez une franchise annuelle élevée, qui varie d'un régime à l'autre.
2. **Régimes de comptes d'épargne médicale (CEM) :** La deuxième partie d'un régime CEM est un modèle spécial de compte d'épargne. Le régime CEM dépose de l'argent sur votre compte. Vous pouvez choisir d'utiliser l'argent de ce compte d'épargne pour payer vos frais de soins de santé avant que vous n'ayez atteint la franchise.

Outre les services Medicare Parties A et B que tous les régimes CEM doivent couvrir, certains régimes CEM peuvent couvrir des prestations supplémentaires moyennant un coût supplémentaire, par exemple :

- dentaire
- ophtalmique
- soins de longue durée non couverts par Medicare

Puis-je obtenir des soins de santé auprès d'un médecin, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'un hôpital ?

Avec un régime CEM, vous pouvez choisir vos services et prestataires de soins de santé.

Les médicaments sur ordonnance sont-ils couverts ?

Si vous adhérez à un régime CEM, vous devrez adhérer à un régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare (partie D) pour obtenir une couverture médicaments.

Toutefois, si vous adhérez à un régime CEM et que vous bénéficiez déjà d'une politique Medigap avec couverture pour les médicaments (certaines politiques vendues avant le 1er janvier 2006 étaient couvertes), vous pouvez continuer à utiliser cette couverture pour payer certains de vos médicaments.

Une fois que vous aurez choisi le régime CEM qui vous convient, vous devrez contacter le régime pour obtenir des renseignements sur l'adhésion et vous inscrire. Une fois que vous serez affilié, le régime vous indiquera comment ouvrir votre compte auprès d'une banque choisie par ce dernier. Vous devez paramétrer ce compte avant que le régime puisse traiter votre affiliation. Une fois que vous aurez reçu une lettre du régime vous informant de la date d'entrée en vigueur de votre couverture :

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes de comptes d'épargne médicale (suite)

1. Medicare verse chaque année au régime une somme d'argent pour vos soins de santé.
2. Le régime dépose de l'argent dans votre compte en votre nom. vous ne pouvez pas déposer votre propre argent.
3. Vous pouvez utiliser l'argent de votre compte pour payer vos frais de soins de santé, y compris ceux qui ne sont pas couverts par Medicare. Lorsque vous utilisez l'argent de votre compte pour des services couverts par les parties A et B de Medicare, ce montant compte pour la franchise de votre régime.
4. Si vous utilisez tout l'argent de votre compte et que vous avez des frais de soins de santé supplémentaires, vous devrez payer de votre poche les services couverts par Medicare jusqu'à ce que vous ayez atteint la franchise de votre régime.
5. Pendant que vous payez vous-même vos 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.
6. Une fois que vous aurez atteint votre franchise, votre couverture couvrira vos services couverts par Medicare.
7. L'argent qui reste dans votre compte à la fin de l'année reste dans ce dernier et peut être utilisé pour payer les soins de santé dans les années à venir. Si vous restez dans le même CEM l'année qui suit, le nouveau dépôt sera ajouté à tout montant restant.

Les régimes CEM et vos impôts

Si vous utilisez les fonds de votre compte, vous devrez inclure le formulaire 8853 de l'IRS avec des renseignements sur la façon dont vous avez utilisé les fonds de votre compte lorsque vous déclarez vos impôts.

Chaque année, vous devriez obtenir de votre banque un formulaire 1099-SA qui indique tous les retraits effectués depuis votre compte. Vous devrez prouver que vos frais médicaux admissibles sont au moins égaux à ce montant, sinon vous devrez peut-être payer des impôts et des pénalités supplémentaires.

Pour obtenir une liste des services et produits considérés comme dépenses médicales qualifiées et pour obtenir d'autres informations fiscales, rendez-vous sur le site [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) pour obtenir un exemplaire gratuit de la publication n° 969 de l'IRS pour l'année de votre nouvelle déclaration pour obtenir plus d'informations sur le formulaire d'impôt 8853.

Contactez votre conseiller financier personnel (si vous en avez un) pour obtenir des conseils sur la manière dont le choix d'un régime CEM pourrait avoir une incidence sur votre situation financière.

Comparez côté à côté les régimes Medicare Advantage

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

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Prime Dois-je payer une prime mensuelle ?	Oui Il se peut qu'une prime soit facturée en plus de celle de la partie B.	Oui Il se peut qu'une prime soit facturée en plus de celle de la partie B.	Oui Il se peut qu'une prime soit facturée en plus de celle de la partie B.	Oui Il se peut qu'une prime soit facturée en plus de celle de la partie B.	Non Vous n'aurez pas à payer de prime mensuelle, mais vous continuerez de payer la prime mensuelle de la partie B.
Médicaments Le régime offre-t-il une couverture de médicaments sur ordonnance ?	Généralement Si vous adhérez à un HMO qui n'offre pas de couverture des médicaments, vous ne pouvez pas adhérer à un régime des médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.	Généralement Si vous adhérez à un régime PPO qui ne couvre pas les médicaments délivrés sur ordonnance, vous ne pouvez pas adhérer à un régime des médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.	Généralement Si vous adhérez à un PFFS qui n'offre pas de couverture des médicaments, vous ne pouvez pas adhérer à un régime des médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.	Oui Tous les SNP doivent fournir une couverture de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.	Non Vous devrez adhérer à un régime des médicaments délivrés sur ordonnance Medicare. Si vous avez déjà une politique Medigap avec couverture des médicaments, vous pouvez continuer à utiliser cette couverture pour payer certains de vos médicaments.
Prestataires Puis-je utiliser les services d'un médecin ou d'un hôpital qui accepte Medicare pour des services couverts ?	Peut-être Vous devez généralement obtenir vos soins et services auprès de médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou d'hôpitaux du réseau du régime (sauf les services de dialyses hors zone). Dans un HMOPOS, vous pouvez obtenir certain s services hors réseau pour une quote-part ou une coassurance plus élevée.	Oui Chaque régime a un réseau de médecins, d'hôpitaux et d'autres prestataires auxquels vous pouvez vous adresser. Vous pouvez vous retirer du réseau de prestataires du régime, mais vos coûts peuvent être plus élevés.	Oui Vous pouvez consulter un médecin agréé par Medicare, un autre prestataire de soins de santé ou un hôpital qui accepte les conditions de paiement du plan et s'engage à vous soigner . Si le plan dispose d'un réseau, vous pouvez utiliser l'un des fournisseurs de réseau (si vous vous adressez à un fournisseur hors réseau qui accepte les conditions du plan, vous pouvez payer davantage).	Non En règle générale, vous devez vous faire soigner par les médecins ou les hôpitaux du réseau du SNP (sauf les soins d'urgence ou les soins urgents, ou si vous souffrez d'insuffisance rénale au stade ultime et avez besoin de dialyse hors zone).	Oui Vous avez la possibilité de choisir vos services et prestataires de soins de santé.
Lettre de recommandation Ai-je besoin d'une lettre de recommandation de mon médecin pour voir un spécialiste ?	Oui	Non	Peut-être Les régimes peuvent varier.	Peut-être	Non

Qu'arrive-t-il si j'ai souscrit à une police d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) ?

Les polices Medigap ne peuvent pas fonctionner avec les régimes Medicare Advantage. Si vous avez une police Medigap et que vous adhérez à un régime Medicare Advantage, vous voudrez peut-être résilier votre police Medigap. Vous ne pouvez pas utiliser votre police Medigap pour payer les quotes-parts, les franchises et les primes de votre régime Medicare Advantage.

Si vous souhaitez résilier votre police Medigap, contactez la compagnie d'assurance qui offre cette police. **Si vous résiliez la police Medigap, il se peut que vous ne puissiez pas obtenir le même remboursement ou, dans certains cas, que vous ne puissiez pas obtenir une autre police Medigap.** Si vous êtes déjà affilié au régime Medicare Advantage, il est illégal pour quiconque de vous vendre une police Medigap, à moins que vous ne retourniez chez Medicare.

Si vous adhérez pour la première fois au régime Medicare Advantage et décidez que ce régime ne vous convient pas, vous aurez un droit spécial (appelé « droit d'essai ») d'acheter une police Medigap. Vous avez ce droit si vous retournez chez Medicare Original dans les 12 mois suivant votre adhésion.

- Si vous aviez une police Medigap avant votre adhésion, vous pourriez obtenir la même police si l'entreprise la vend toujours. Si elle n'est pas disponible, vous pouvez acheter une autre police Medigap.
- La police Medigap ne peut plus être couverte par une assurance-médicaments, même si vous l'aviez auparavant, mais vous pourrez peut-être adhérer à une couverture de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.
- Si vous avez adhéré à un plan Medicare Advantage lorsque vous étiez pour la première fois éligible à Medicare, vous pouvez choisir l'une des polices Medigap disponibles dans votre état.

À compter du 1er janvier 2020, les régimes Medigap vendus aux personnes qui ne sont pas couvertes par Medicare ne seront pas autorisés à couvrir la franchise de la partie B. De ce fait, les régimes C et F ne seront pas proposés aux personnes nouvellement admissibles chez Medicare au 1er janvier 2020 ou après cette date. Si vous avez déjà l'un de ces deux régimes (ou la version de franchise élevée du régime F) ou si vous êtes couvert par un de ces régimes avant le 1er janvier 2020, vous pourrez conserver votre adhésion au régime. Si vous étiez admissible à Medicare avant le 1er janvier 2020, mais que vous n'y étiez pas encore inscrit, vous pourriez être en mesure d'acheter un de ces régimes.

Où puis-je trouver plus d'informations ?

- **Outil de recherche de régime Medicare**

L'outil de recherche du régime Medicare est une ressource en ligne qui vous permet de consulter et de comparer tous les choix de médicaments et de régimes d'assurance-maladie disponibles. Pour trouver et comparer les régimes disponibles dans votre région, consultez l'outil de recherche de régime Medicare sur le site [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) et cherchez par code postal. Vous pouvez également vous connecter sur votre compte [MyMedicare.gov](https://www.medicare.gov) pour obtenir des résultats personnalisés.

- **1-800-MEDICARE**

Le centre d'appels Medicare peut vous aider si vous avez des questions spécifiques sur la facturation, les demandes de remboursement, les dossiers médicaux, les dépenses, etc. Contactez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

- **SHIP (Programmes d'assistance publique d'assurance maladie)**

Les SHIP sont des programmes d'État qui reçoivent de l'argent du gouvernement fédéral pour donner gratuitement des conseils en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare. Les SHIP ne sont connectés à aucune compagnie d'assurance ni à aucun régime de santé. Les volontaires de SHIP peuvent vous aider avec ces questions ou préoccupations de Medicare :

- vos droits Medicare
- problèmes de facturation
- plaintes concernant vos soins ou traitements médicaux
- choix du régime
- comment Medicare fonctionne-t-il 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 vous rendant sur le site [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

- **Régimes d'assurance maladie Medicare Advantage**

Contactez les régimes qui vous intéressent pour des informations détaillées sur les coûts et la couverture.

Communications accessibles de la CMS

Pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier des mêmes possibilités de participer à nos services, activités, programmes et autres avantages, nous assurons des communications dans des formats accessibles. Les centres des services Medicare et Medicaid (CMS) offrent de l'aide et des services auxiliaires gratuits, y compris des informations dans des formats accessibles tels que le braille, les gros caractères, les fichiers de données/son, les services de relais et les communications ATS. Si vous demandez des informations dans un format accessible à partir du CMS, 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 l'exécution de votre demande.

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

Nous appeler :

Pour Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

ATME : 1-877-486-2048

1. **Nous écrire** : à l'adresse suivante altformatrequest@cms.hhs.gov.
2. **Nous envoyer un fax au** : 1-844-530-3676
3. **Nous écrire à l'adresse suivante** :

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Votre demande doit comprendre votre nom, votre numéro de téléphone, le type d'information dont vous avez besoin (s'il est connu) et l'adresse postale à laquelle nous devons envoyer le matériel. Nous pouvons vous contacter pour des informations supplémentaires.

Remarque : Si vous êtes inscrit ou à un régime de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare, vous pouvez contacter votre régime pour demander leurs documents dans un format accessible. Pour Medicaid, contactez votre bureau Medicaid régional ou local.

Avis de non-discrimination

Les centres des services Medicare et Medicaid (CMS) n'excluent pas, ne refusent pas les avantages, ni ne font de discrimination à l'égard de toute personne en raison de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, du sexe ou de l'âge, lors de l'admission, de la participation ou de la participation. la réception des services et des avantages découlant de l'un de ses programmes et activités, qu'ils soient fournis directement par CMS, par l'intermédiaire d'un contractant ou de toute autre entité avec laquelle CMS s'engage à réaliser ses programmes et activités.

Vous pouvez communiquer avec le CMS de toutes les façons indiquées dans cet avis, si vous avez des difficultés à obtenir des informations dans un format que vous pouvez utiliser.

Vous pouvez également porter plainte si vous pensez avoir été victime de discrimination dans un programme ou une activité du système de gestion de contenu, y compris avoir des difficultés à obtenir des informations dans un format accessible depuis n'importe quel régime Medicare Advantage, régime des médicaments délivrés sur ordonnance ou encore régimes publics ou locaux Medicaid, d'un bureau Medicaid ou de régimes d'assurance-maladie qualifiés du Marché. Il existe trois façons de déposer une plainte auprès du Bureau des droits civils du Département américain de la santé et des services humains :

1. **En ligne** sur hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Par téléphone** : Appelez le 1-800-368-1019. Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-800-537-7697.
3. **En cours d'écriture** : Envoyez des informations concernant votre plainte à :

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and 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 Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Affaires officielles
Pénalité pour usage privé, \$300

CMS Product No. 12026-French
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

