

Comprendre les plans Medicare Advantage



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

- En quoi les plans Medicare Advantage sont différents de l'Original Medicare
- 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 WebMedicare.gov ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour obtenir les informations les plus récentes. Les utilisateurs d'ATS sont priés de composer le 1-877-486-2048.

Contenu



Introduction.	4
Quelles sont les différences entre Original Medicare et Medicare Advantage ?	5
En quoi consiste les régimes Medicare Advantage ?	9
Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage ?	9
Que couvrent les plans Medicare Advantage ?	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 of Medicare Advantage Plans.	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 auprès du Medicare ou pendant de certaines périodes de l'année, vous pouvez choisir le mode d'obtention de votre couverture Medicare.

Il y a 2 façons principales d'obtenir le Medicare:

- **Original Medicare** comprend les volets (« partie ») Medicare A (Assurance-hospitalisation) et B (Assurance-médicale). Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture des médicaments sur ordonnance, vous pouvez adhérer à un autre régime au sein du Medicare (partie D).
- **Medicare Advantage (également appelé « partie C »)** est une alternative « tout-en-un » au programme Medicare Original. Ces régimes « groupés » comprennent une partie A, une partie B et généralement une partie D. La plupart des régimes offrent des avantages supplémentaires. Original Medicare ne couvre pas les soins de la vue, de l'audition, les soins dentaires et autres.

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 Original Medicare et Medicare Advantage ?

Original Medicare

- Original Medicare comprend les volets (« partie ») Medicare A (Assurance-hospitalisation) et B (Assurance-médicale).
- Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture des médicaments sur ordonnance, vous pouvez adhérer à un autre régime au sein du Medicare (partie D).
- 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 :



Couverture supplémentaire



(Cela inclut l'assurance supplémentaire Medicare (Medigap). Ou, vous pouvez utiliser la couverture d'un ancien employeur ou d'un ancien syndicat, ou de Medicaid.

Medicare Advantage (également appelé partie C)

- Le régime Medicare Advantage est une alternative « tout-en-un » à celui d'Original Medicare. Ces régimes « groupés » comprennent les parties A, B et généralement la partie D.
- Coûts des régimes peuvent être inférieurs à ceux de Medicare Original.
- Dans bien des cas, vous devrez faire appel à des médecins qui font partie du réseau du plan.
- 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

Original Medicare vs. Medicare Advantage

Choix du médecin et de l'hôpital

Original Medicare	Medicare Advantage
Vous pouvez consulter un médecin ou un hôpital qui prend en compte Medicare, n'importe où aux États-Unis.	Dans bien des cas, vous devrez faire appel à des médecins et à d'autres prestataires qui se trouvent dans la zone de réseau et de service du régime pour les coûts les plus bas. Certains plans ne couvrent pas les services des fournisseurs en dehors du réseau et de la zone de service du plan.
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.

Coût

Original Medicare	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. C'est ce qu'on appelle votre coassurance.	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 d'adhérer à un régime Medicare (partie D), vous paierez cette prime séparément.	Vous pouvez payer la prime du régime en plus de la prime mensuelle de la partie B. (La plupart des régimes incluent la couverture des médicaments (partie D)). 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 à ce que vous payez de votre poche, sauf si vous bénéficiez d'une couverture supplémentaire, comme l'assurance complémentaire Medicare (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 de Medicare. Une fois que vous aurez atteint la limite de votre régime, vous ne paierez rien pour les services couverts par les parties A et B pour le reste de l'année.
Vous pouvez demander à Medigap de vous aider à payer vos frais restants (comme 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 et n'avez pas besoin de Medigap.

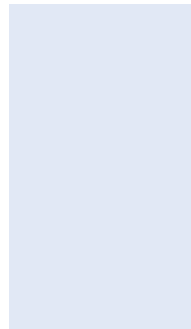
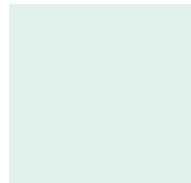
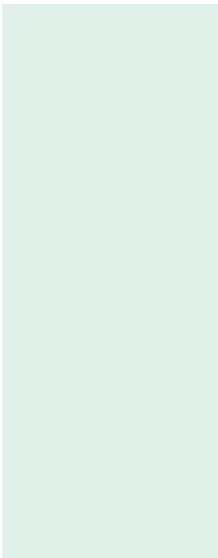
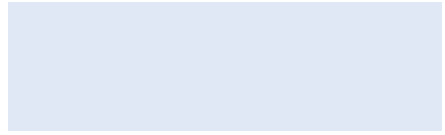
Original Medicare vs. Medicare Advantage (suite)

Couverture

Original Medicare	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. Original Medicare ne couvre pas certaines prestations comme les examens de la vue, la plupart des soins dentaires et les examens de routine.	Les régimes doivent couvrir tous les services médicaux nécessaires couverts par Medicare Original. La plupart des plans offrent des avantages supplémentaires que l'Original Medicare ne couvre pas --comme certains examens de la vue, de l'ouïe, des soins dentaires, des examens de routine, et plus encore. Les régimes peuvent désormais couvrir un plus grand nombre de ces prestations.
Vous pouvez adhérer à un régime Medicare distinct (partie D) pour obtenir une couverture des médicaments.	La couverture des médicaments (partie D) est incluse dans la plupart des régimes. Dans la plupart des types de plans Medicare Advantage, vous n'avez pas besoin d'adhérer à un plan de médicaments Medicare distinct.
Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de faire approuver un service ou une fourniture à l'avance pour que l'Original Medicare le prenne en charge.	Dans certains cas, vous devez faire approuver à l'avance un service ou une fourniture pour que le plan le couvre.

Voyages

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare ne couvre généralement pas les soins en dehors des États-Unis. Vous pouvez peut-être souscrire une police d'assurance complémentaire de Medicare (Medigap) qui couvre les soins en dehors des États-Unis.	Les plans ne couvrent généralement pas les soins en dehors des États-Unis.



Régimes Medicare Advantage

Récapitul

En quoi consiste les régimes Medicare Advantage ?

Un plan Medicare Advantage est un autre moyen d'obtenir une couverture Medicare Partie A et Partie B. Les plans Medicare Advantage, parfois appelés "Partie C", sont proposés par des sociétés privées agréées par Medicare qui doivent suivre les règles définies par Medicare. La plupart des plans Medicare Advantage incluent la couverture des médicaments (partie D). Il existe plusieurs types de plans Medicare Advantage (voir page 15). Chacun de ces types de plans Medicare Advantage a des règles spéciales concernant la façon dont vous obtenez les services couverts par les parties A et B de votre Medicare et les prestations complémentaires de votre plan.

Si vous adhérez à un plan Medicare Advantage, vous serez toujours couvert par Medicare mais vous obtiendrez la plupart des parties A et B de votre plan Medicare Advantage, et non par Original Medicare.

Vous devez utiliser la carte de votre plan Medicare Advantage pour obtenir les services couverts par votre Medicare. Gardez votre carte Medicare rouge, blanche et bleue en lieu sûr, car vous en aurez besoin si jamais vous revenez à l'Original Medicare.

Comment fonctionnent les régimes Medicare Advantage ?

Lorsque vous adhérez à un plan Medicare Advantage, Medicare verse chaque mois un montant fixe pour votre couverture à la société qui offre votre plan Medicare Advantage. Les entreprises qui proposent des plans Medicare Advantage doivent respecter les règles définies par Medicare. Cependant, chaque plan Medicare Advantage peut facturer des frais différents et avoir des règles différentes sur la façon dont vous obtenez les services (par exemple, si vous avez besoin d'une référence pour voir un spécialiste ou si vous devez aller chez des médecins, des établissements ou des fournisseurs qui appartiennent au réseau du plan pour des soins non urgents ou non urgents). Ces règles peuvent changer chaque année. 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.

Que couvrent les plans Medicare Advantage ?

Les plans Medicare Advantage couvrent presque 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

Que couvrent les plans Medicare Advantage ? (suite)

La plupart des plans Medicare Advantage offrent une couverture, pour certaines choses que l'Original Medicare ne couvre pas, comme certains programmes pour la vue, l'audition, les soins dentaires et la remise en forme (comme les abonnements à des clubs de gym ou des réductions). Les régimes prévoient également une limite annuelle pour les frais que vous devez engager pour tous les services médicaux des parties A et B. Lorsque vous atteignez cette limite, vous ne payez rien pour les services couverts par les parties A et B.

Couverture des médicaments par Medicare (partie D)

La plupart des régimes Medicare Advantage incluent la couverture des médicaments par Medicare (partie D). Dans certains types de régimes qui n'incluent pas la couverture des médicaments de Medicare (comme les plans de comptes d'épargne médicale et certains plans privés payants), vous pouvez adhérer à un régime d'assurance médicaments Medicare distinct.

Toutefois, si vous adhérez à un régime d'un Organisme de maintien de la santé ou d'un Organisme de fournisseurs privilégiés qui ne couvre pas les médicaments, vous ne pouvez pas adhérer à un régime d'assurance-médicaments distinct de Medicare. Voir les pages 15 à 24 pour plus d'informations.

Remarque : Si vous êtes inscrit à un régime qui n'offre pas de couverture des médicaments et que vous n'avez pas de régime d'assurance-médicaments Medicare, vous devrez peut-être payer une pénalité pour inscription tardive si vous décidez de vous inscrire à un régime d'assurance-médicaments Medicare. Rendez-vous sur [Medicare.gov/drug](https://www.Medicare.gov/drug) pour en savoir plus sur la pénalité pour 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 2020, le montant de la prime standard de la partie B est de 144,60 \$ (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. L'affectation signifie que votre médecin, prestataire ou fournisseur accepte (ou est tenu par la loi) d'accepter le montant approuvé par Medicare comme paiement intégral des services couverts par Medicare.
- Si le régime offre des prestations supplémentaires (en plus des prestations de l'Original Medicare) et si vous devez payer des frais supplémentaires pour les obtenir.
- Si vous bénéficiez de Medicaid ou si vous obtenez de l'aide de votre État par le biais d'un programme d'épargne Medicare pour payer vos frais Medicare

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** : 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 couverture** : Il vous renseigne sur ce que le régime couvre, combien vous payez et plus encore. Votre régime vous enverra un avis (ou une copie imprimée) avant le 15 octobre, qui comprendra des informations sur la façon d'accéder aux preuves de couverture par voie électronique ou de demander une copie imprimée.

Détermination de l'organisme

Vous pouvez obtenir à l'avance une décision sur votre plan pour voir s'il couvre un service, un médicament ou une fourniture. Vous pouvez également savoir combien vous devrez payer. **Cela s'appelle une « une détermination de l'organisation »**. Parfois, vous devez le faire en tant qu'autorisation préalable pour que votre régime couvre le service, le médicament ou la fourniture.

Vous, votre représentant ou votre médecin pouvez demander une détermination de l'organisation. Un représentant est une personne que vous pouvez désigner pour vous aider. Votre représentant peut être un membre de votre famille, un ami, un avocat, un conseiller financier, un médecin ou une 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 sur votre demande de détermination de l'organisation. 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.

Qui peut adhérer au régime Medicare Advantage ?

Pour adhérer à un plan Medicare Advantage, vous devez :

- 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, l'adhésion à un plan Medicare Advantage peut vous faire perdre la couverture de votre employeur ou de votre syndicat pour vous-même, votre conjoint et les personnes à votre charge et vous ne pourrez peut-être pas la récupérer. Dans d'autres cas, si vous adhérez à un plan Medicare Advantage, vous pouvez toujours utiliser la couverture de votre employeur ou de votre syndicat en même temps que le plan Medicare Advantage auquel vous adhérez. Votre employeur ou votre syndicat peut également proposer un plan de santé pour retraités Medicare Advantage qu'il parraine.

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 avez moins de 65 ans et que vous êtes handicapé, vous recevrez automatiquement la partie A et la partie B après avoir reçu des prestations d'invalidité de la sécurité sociale ou certaines prestations d'invalidité du Railroad Retirement Board pendant 24 mois.

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'inscription générale**—Si vous êtes couvert par la partie A et que vous obtenez la partie B pour la première fois pendant cette période (entre le 1er janvier et le 31 mars de chaque année), vous pouvez également adhérer à un plan Medicare Advantage. Votre couverture ne débutera pas avant le 1er 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 1er 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 d'assurance-médicaments Medicare.

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

- Passer de Medicare Original à un régime Medicare Advantage.
- Adhérer 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 [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 :

How can I join a Medicare Advantage Plan? (continued)

- Rendez-vous sur [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) et faites une recherche par code postal pour trouver un plan. 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.
- Visitez le site web du plan pour voir si vous pouvez y adhérer en ligne.
- Remplissez un formulaire d'inscription sur 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.
- Appelez le régime auquel vous voulez adhérer. Rendez-vous sur [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) pour obtenir les coordonnées de votre régime.
- Contactez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS sont priés de composer 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 Advantagesi 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 pouvez 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 (PFFS) : 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 plans Medicare Advantage qui vous sont proposés, consultez le site [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) ou votre manuel Medicare & You.

Régimes des organismes de maintien de la santé (HMO)

Un plan d'organisation de maintien de la santé (HMO) est un type de plan Medicare Advantage qui offre généralement une couverture des soins de santé par des médecins, d'autres prestataires de soins de santé ou des hôpitaux du réseau du plan (à l'exception des soins d'urgence, des soins urgents hors zone ou de la dialyse hors zone). 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 ?

Non. 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 pour les soins d'urgence, les soins d'urgence hors zone ou la dialyse temporaire hors zone, qui sont couverts qu'ils soient dispensés dans le réseau du régime ou en dehors de celui-ci). Toutefois, certains plans HMO, appelés régimes HMO Point-of-Service (HMOPOS), offrent un avantage hors réseau.

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

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

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 élevée. Il est important que vous suiviez les règles du régime, comme obtenir une approbation préalable pour un certain service au besoin.

Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?

Dans la plupart des cas, oui. Si vous souhaitez bénéficier de la couverture des médicaments de Medicare, vous devez adhérer à une organisation de gestion des soins de santé (HMO) qui offre une couverture des médicaments. Si vous adhérez à une mutuelle qui ne couvre pas les médicaments, vous ne pouvez pas obtenir un régime d'assurance-médicaments distinct de Medicare (Partie D).

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

Régimes d'organismes de prestataires privilégiés (PPO)

Un plan d'organisation de prestataires privilégiés (PPO) est un plan Medicare Advantage qui dispose d'un réseau de médecins, de spécialistes, d'hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé auxquels vous pouvez faire appel, mais vous pouvez également faire appel à des prestataires hors réseau pour les services couverts, généralement pour un coût plus élevé. 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 ?

Oui. Les régimes PPO disposent de médecins, spécialistes, hôpitaux et autres prestataires de soins de santé en réseau auxquels vous pouvez faire appel, mais vous pouvez également faire appel à des prestataires hors réseau pour les services couverts, généralement pour un coût plus élevé. Vous êtes toujours couvert pour les soins d'urgence.

Si vous choisissez d'obtenir des services auprès d'un prestataire hors réseau, vous pouvez demander une détermination préalable de la couverture de votre régime d'assurance publique afin de vous assurer que les services sont médicalement nécessaires et que votre régime les couvre.

Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?

Dans la plupart des cas, oui. Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture Medicare, vous devez adhérer à un régime d'assurance-médicaments du PPO. Si vous adhérez à un régime PPO sans assurance-médicaments, vous ne pouvez pas adhérer à un régime Medicare distinct.

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 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 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 of Medicare Advantage Plans (continued)

Private Fee-for-Service (PFFS) plans (continued)

If your provider doesn't agree to the plan's terms and conditions of payment

The provider shouldn't provide services to you except in emergencies, and you'll need to find another provider that will accept the PFFS plan.

If the provider chooses to treat you, then they can't bill you. They must bill the plan for your covered health care services. You're only required to pay the copayment or coinsurance the plan allows for the types of services you get at the time of the service. You may have to pay an additional amount (up to 15% more) if the plan allows providers to "balance bill" (when a provider bills you for the difference between the provider's charge and the allowed amount).

Are prescription drugs covered?

Prescription drugs may be covered in a PFFS plan. If you want Medicare prescription drug coverage, and it's offered by the plan, you must get your Medicare prescription drug coverage from that plan.

If the PFFS plan doesn't offer drug coverage, you can join a separate Medicare Prescription Drug Plan (Part D) to get coverage.

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, le choix des prestataires et la liste des médicaments couverts (formulaires) afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des groupes qu'ils servent.

Les SNP sont des régimes de type HMO ou PPO, et couvrent les mêmes prestations Medicare Partie A et Partie B que tous les plans Medicare Advantage. Toutefois, les SNP peuvent également couvrir des services supplémentaires 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 pouvez bénéficier à la fois de Medicare et de Medicaid (également appelé **double admissibilité SNP ou D-SNP**).

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). Toutefois, si votre plan pour besoins spécifiques est un OPP, vous pouvez obtenir des services auprès de n'importe quel fournisseur qualifié ou hôpital, mais généralement à un coût plus élevé que celui que vous paieriez pour des services d'un fournisseur de réseau.

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

Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?

Tous les SNP doivent fournir une couverture Medicare pour les médicaments.

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.

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 :

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.

Types de régimes Medicare Advantage (suite)

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.

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

Les régimes de la MSA ne disposent généralement pas d'un réseau de prestataires de soins de santé. Cependant, vous pouvez obtenir les services de la partie A et de la partie B de Medicare auprès de tout prestataire éligible à Medicare aux États-Unis ou dans les territoires américains.

Ces régimes couvrent-ils les médicaments sur ordonnance ?

Non. Si vous adhérez à un régime MSA de Medicare et que vous avez besoin d'une assurance médicaments, vous devrez adhérer à un régime Medicare distinct.

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.

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	OPP	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 une HMO qui n'offre pas de couverture des médicaments, vous ne pouvez pas obtenir un régime d'assurance-médicaments Medicare distinct.	Généralement Si vous adhérez à un régime PPO qui n'offre pas de couverture des médicaments, vous ne pouvez pas obtenir un régime Medicare distinct.	Généralement Si vous adhérez à un régime PFFS qui n'offre pas de couverture des médicaments, vous pouvez obtenir un régime d'assurance-médicaments de Medicare.	Oui Tous les SNP doivent fournir une couverture de médicaments délivrés sur ordonnance Medicare.	Non Vous devrez vous inscrire à un régime d'assurance-médicaments Medicare. Si vous avez déjà une police Medigap avec une couverture médicaments, vous pouvez continuer à utiliser cette couverture.
Prestataires Puis-je utiliser les services d'un médecin ou d'un hôpital qui accepte Medicare pour des services couverts ?	Parfois 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 soins d'urgence ou les services de dialyses hors zone). Dans un HMOPOS, vous pourrez peut-être obtenir certains services en réseau pour un copaiement plus élevé ou une coassurance.	Oui Chaque régime a un réseau de médecins, d'hôpitaux et d'autres prestataires auxquels vous pouvez vous adresser. Vous pouvez aussi 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).	Parfois En règle générale, vous devez obtenir vos soins et services auprès des médecins ou des hôpitaux du réseau du SNP (sauf en cas d'urgence ou si vous avez besoin d'une dialyse hors zone). Toutefois, si votre SNP est un OPP, vous pouvez obtenir des services couverts par Medicare en dehors du réseau.	Oui Les plans de la MSA n'ont généralement pas de fournisseurs de réseau. Vous pouvez vous adresser à n'importe quel prestataire agréé par Medicare pour les services couverts par Original Medicare.
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) ?

Si vous avez le Medigap et que vous adhérez à un plan Medicare Advantage, vous pouvez laisser tomber le Medigap. Vous ne pouvez pas utiliser Medigap pour payer les copaiements, les franchises et les primes de votre Medicare Advantage Plan car ce dernier offre d'autres protections que Medigap.

Si vous souhaitez résilier votre police Medigap, contactez la compagnie d'assurance. **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 ne prévoyez pas de quitter votre plan Medicare Advantage et que quelqu'un essaie de vous vendre une police Medigap, signalez-le au département d'assurance de votre État.

Si vous adhérez à un plan Medicare Advantage pour la première fois et que vous n'êtes pas satisfait du plan, vous aurez des droits spéciaux en vertu de la loi fédérale pour acheter une police Medigap et un plan de médicaments Medicare si vous revenez à Original Medicare dans les 12 mois suivant votre adhésion au plan Medicare Advantage

- 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.
- Si vous avez adhéré à un plan Medicare Advantage lorsque vous étiez éligible à Medicare (et que vous n'êtes pas satisfait du plan), vous pouvez choisir n'importe quelle police Medigap au cours de la première année d'adhésion.

Les plans Medigap vendus aux personnes nouvellement éligibles à Medicare ne sont pas autorisés à couvrir la franchise de la partie B. De ce fait, les régimes C et F ne sont pas proposés aux personnes nouvellement admissibles chez Medicare au 1er janvier 2020 ou après cette date. Si vous avez ou avez déjà été couvert par le plan C ou F (ou la version à franchise élevée du plan F) avant le 1er janvier 2020, vous pouvez conserver votre plan. Si vous étiez admissible à Medicare avant le 1er janvier 2020, mais que vous n'y étiez pas encore inscrit, vous pouvez peut-être souscrire à l'un de ces régimes qui couvrent la franchise de la partie B

Où puis-je trouver plus de renseignements ?

- **Outil de recherche de régime Medicare**

Comparez les régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments pour trouver la couverture qui vous convient. Vous pouvez également entrer vos médicaments pour obtenir des coûts plus précis pour les régimes de votre région. Rendez-vous sur [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) pour trouver et comparer les plans qui répondent à vos besoins.

- **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 sont priés de composer 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 [sishiptacenter.org](https://www.sishiptacenter.org) ou en appelant le 1-800-MEDICARE.

- **Régimes 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 :

1. Nous appeler :

Pour Medicare : 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) ATME: 1-877-486-2048

2. Nous écrire : à l'adresse suivante altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Nous envoyer un fax au : 1-844-530-3676

4. Nous écrire à l'adresse suivante :

Centres pour Services Medicare & Medicaid
Bureaux des audiences et des enquêtes (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850

À l'attention de : Personnel ressource d'accessibilité client

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 à un plan 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 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 composer le numéro 1-800-537-7697.
3. **En cours d'écriture** : Envoyez des informations concernant votre plainte à :

Bureau des droits civils
Département américain de la santé et des services sociaux
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

November 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

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

