

La Loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA) a eu un impact considérable sur notre système de soins de santé et sur le fonctionnement des assurances. Elle a été conçue pour rendre la couverture de l'assurance maladie plus équitable, plus abordable et plus facile à comprendre. L'ACA a également permis d'élargir l'éligibilité à Medicaid afin de couvrir davantage de personnes à faibles revenus et a créé un marché de l'assurance maladie.

Le marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace) permet à chaque personne de rechercher, de comparer et de souscrire une couverture santé privée ou publique. Vous pouvez bénéficier d'une aide financière si vous remplissez les conditions requises qui vous permettront de réduire le coût de la couverture. Ce site Internet est principalement destiné :

- + Aux personnes ne bénéficiant d'aucune assurance par le biais d'un emploi ou de Medicare
 - + Aux New-Yorkais âgés de 18 à 65 ans
 - + Aux petites entreprises new-yorkaises comptant 100 employés ou moins
- Veuillez vous rendre sur le site nystateofhealth.ny.gov pour obtenir plus d'informations.

Qu'est-ce qu'une assurance commerciale ou privée ?

L'assurance commerciale est gérée par des compagnies d'assurance privées et est généralement proposée dans le cadre de votre emploi. Cela signifie que votre employeur partage une partie du coût de la souscription à l'assurance. Si votre employeur ne propose pas de régimes d'assurance, le marché de l'assurance maladie est à votre disposition pour vous permettre de souscrire une assurance commerciale.

Qu'est-ce que l'assurance publique ?

L'assurance maladie publique regroupe les programmes subventionnés par le gouvernement tels que Medicaid et Medicare. Medicaid permet aux personnes éligibles percevant des revenus faibles à moyens de contracter une assurance maladie. Si vous êtes enceinte et avez moins de 18 ans, vous pouvez demander à bénéficier de Medicaid indépendamment de votre statut d'immigrant(e) et de vos revenus. Veuillez vous rendre sur le site www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ pour obtenir plus d'informations.

Qu'entend-on par régimes de soins gérés ?

Les régimes de soins gérés sont des régimes d'assurance maladie sous contrats avec des prestataires de soins de santé et/ou des services médicaux pour fournir des soins à moindre coût. Il en existe différents types tels que : HMO, OPP, PDS et OEB (voir glossaire).

Qu'entend-on par programmes de santé pour étudiants ?

Les étudiants sont généralement tenus de disposer d'une assurance maladie, et les universités peuvent leur proposer une assurance maladie appelée programme de santé pour étudiants (student health programs, SHP). Il se peut que les étudiants aient besoin de souscrire à un SHP ou de prouver qu'ils disposent d'une autre couverture d'assurance tout aussi bonne (« couverture comparable »). Veuillez garder à l'esprit que la couverture des SHP peut être insuffisante si vous souffrez de maladies chroniques ou si vous prenez régulièrement des médicaments.

Comment puis-je bénéficier de l'assurance maladie de mes parents ?

Si votre parent est couvert par une assurance maladie dans le cadre de son travail, vous pouvez généralement rester couvert jusqu'à l'âge de 26 ans, voire 29 ans dans certains cas, mais cela dépend de l'assurance. Malheureusement, l'âge maximal auquel vous pouvez être autorisé à bénéficier du régime Medicaid de votre famille est fixé à 19 ans. Si vous souhaitez bénéficier de soins en matière de sexualité et de reproduction en toute confidentialité, vous pouvez demander à souscrire au programme de prestations de planification familiale (Family Planning Benefits Program, FPBP) afin de vous assurer que ces services sont facturés séparément de l'assurance de vos parents. Veuillez vous reporter à la page des ressources pour obtenir plus d'informations.

Que dois-je prendre en compte lors du choix d'une assurance maladie ?

- + **Les coûts :**
 - Les primes mensuelles : le montant que vous payez chaque mois pour le régime d'assurance
 - Les franchises : le montant que vous payez de votre propre poche pour les soins avant que l'assurance ne rembourse
 - La coassurance et les co-paiements : les frais de consultation au cabinet que vous payez de votre propre poche (soins primaires et spécialisés), les ordonnances, etc.
- + **Les services couverts :** vérifiez si les services en matière de santé mentale, de soins dentaires et d'ordonnances sont couverts
- + **La limite des régimes :** les services que votre régime ne couvre pas
- + Le nombre de consultations chez le médecin dont vous pensez avoir besoin au cours de l'année (vérifiez si vous souffrez d'une maladie chronique qui pourrait nécessiter des consultations médicales régulières)
- + La fréquence à laquelle vous avez besoin de médicaments
- + La couverture de vos médecins et spécialistes : conventionnés ou non conventionnés
- + La possibilité d'obtenir un compte de dépenses flexibles ou un compte d'épargne santé auprès de votre employeur afin de réduire les coûts futurs

Quel est l'impact du handicap sur l'assurance maladie ?

Si vous souffrez d'un handicap et êtes incapable de travailler à cause de celui-ci, vous pouvez toujours bénéficier de l'assurance maladie privée de vos parents, même après l'âge de 26 ans. Vous devrez peut-être présenter des documents supplémentaires pour finaliser ce processus. Veuillez vérifier auprès de votre assurance pour obtenir plus d'informations. Si vous souffrez d'un handicap et êtes couvert par le régime d'assurance Medicaid de vos parents, vous devez passer à votre propre régime d'assurance Medicaid dès l'âge de 19 ans. Pour permettre à votre parent de communiquer avec votre régime d'assurance, vous devez signer un formulaire de décharge.

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Votre santé, notre priorité.

NYC | **YOUNG MEN'S
INITIATIVE**



Scannez ce code QR à l'aide de votre smartphone pour accéder à cette brochure en ligne !



RESTEZ CONNECTÉ. SUIVEZ NOS ACTIVITÉS.

www.nychealthandhospitals.org

Guide portant sur l'assurance maladie à l'intention de jeunes adultes

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**



Qu'est-ce que l'assurance maladie ?

L'assurance maladie est un moyen par lequel vous pouvez payer vos propres soins de santé. Elle vous dispense du paiement intégral des coûts se rapportant à des services médicaux en cas de blessure ou de maladie. Chaque régime d'assurance maladie a ses propres particularités et couvre des frais médicaux différents.

Pourquoi l'assurance maladie est-elle importante ?

Les raisons sont multiples :

- + **Elle vous dispense** du paiement intégral des frais médicaux élevés, voire inattendus.
- + **Elle vous permet de payer à moindre coût** certains services de soins de santé qui sont couverts par votre régime d'assurance.
- + **Elle vous donne accès à des soins gratuits** visant à prévenir certaines maladies, notamment les vaccins, les bilans de santé et les dépistages.

Remarque : Veuillez vérifier auprès de votre assureur les types de services couverts par votre régime. Certains services peuvent être entièrement couverts, tandis que d'autres peuvent être partiellement couverts ou pas du tout.

Où puis-je souscrire une assurance maladie ?

- + Àuprès de votre emploi/employeur
- + Àuprès de votre collège/université (Programme de santé pour étudiants)
- + Àuprès du marché de l'assurance maladie
 - Àuprès de l'assurance maladie commerciale
 - Àuprès de Medicaid
- + Àuprès de l'assurance maladie de vos parents/tuteurs/tutrices

Qu'advient-il si je n'ai pas d'assurance maladie ?

- + Vous devrez prendre en charge une partie, voire la totalité, de vos coûts de soins de santé.
- + Vous pouvez être tenu d'effectuer un paiement si vous ne bénéficiez d'aucune couverture minimale essentielle ou exemption de couverture lorsque vous remplissez votre déclaration d'impôts. Pour savoir si vous devez effectuer un paiement ou si vous pouvez bénéficier d'une exemption, veuillez vous rendre sur le site : www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-calculating-the-payment

Ressources

Programme de prestations de planification familiale (Family Planning Benefits Program, FPBP) :

Programme d'assurance santé publique destiné aux New-Yorkais qui nécessitent des services de planification familiale, mais qui peuvent ne pas avoir les moyens de les acquérir www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/longterm/familyplanbenprog.htm

NYC Health + Hospitals :

Centre de ressources dédié aux assurances de New York City Health + Hospitals www.nyhealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/

Site Internet de Youth Health :

Site Internet destiné aux adolescents qui propose des ressources supplémentaires en matière de soins de santé. www.nycyouthhealth.org/html/index.shtml

Site Internet de Medicaid :

Site officiel de New York Medicaid www.health.ny.gov/publications/0548/medicaid.htm

Informations portant sur les sanctions fiscales :

Site Internet permettant d'obtenir plus d'informations sur les sanctions et les exonérations fiscales www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/nystateofhealth.ny.gov/exemptions.html

Healthcare.gov :

Mine d'informations générales, dont un glossaire portant sur les soins de santé www.healthcare.gov/ www.healthcare.gov/glossary/

Informations sur le droit « 29 ans » :

Informations portant sur le maintien de la couverture de l'assurance de vos parents après l'âge de 26 ans www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/cobra_and_premium_assistance

Si vous n'avez pas d'assurance et/ou ne savez pas comment la contracter, les ressources suivantes peuvent vous être utiles :

Marché de l'assurance maladie de l'État de New York :

Marché de l'assurance maladie de l'État qui facilite la recherche de couvertures santé abordables pour les particuliers, les familles et les petites entreprises de New York. nystateofhealth.ny.gov/

Health Care for All : Organisme public qui fournit des informations concernant l'accès aux soins de santé, l'assistance juridique, l'organisation communautaire et la sensibilisation du grand public. hcfany.org/

Glossaire

Co-paiement : Montant fixe que vous payez pour les services de soins de santé couverts, généralement au moment de votre consultation. En général, les régimes prévoyant des primes mensuelles moins élevées ont des co-paiements plus élevés tandis que les régimes prévoyant des primes mensuelles plus élevées ont généralement des co-paiements moins élevés.

Coassurance : Montant que vous êtes tenu de payer pour les services de soins de santé, après paiement des franchises. La coassurance est généralement définie par un pourcentage du coût total. Par exemple, vous pouvez payer 20 % du coût d'un service et votre compagnie d'assurance en payer 80 %.

Compte de dépenses flexibles (Flexible Spending Account, FSA) : Compte que vous ouvrez par l'intermédiaire de votre employeur pour prendre en charge la plupart des frais médicaux qui ne sont pas couverts par votre assurance. Votre employeur déduira automatiquement un montant avant impôt (le montant variera) de votre salaire. Toutefois, si vous n'utilisez pas tout l'argent disponible sur le compte avant la fin de l'année, vous le perdrez.

Compte d'épargne santé (Health Savings Account, HSA) : Il est semblable au compte de dépenses flexibles, à la seule différence que si vous n'utilisez pas l'argent avant la fin de l'année, il sera reporté à l'année suivante.

Exclusions : États, traitements et autres services qu'un régime de santé ne couvrira pas. Ces points doivent être clairement expliqués dans les documents, portant sur votre régime, qui vous sont remis.

Franchises : Montant que vous devez payer pour les dépenses de soins de santé avant que l'assurance ne couvre les coûts. Bien des fois, les régimes d'assurance reposent sur des montants de franchises annuels.

Maladie chronique : Problème de santé qui devrait durer plus de 3 mois et nécessite généralement des soins continus.

Maximum/limite de dépenses : Montant maximum que vous aurez à payer pour les services couverts au cours d'une année dans le cadre de votre régime. Après avoir dépensé ce montant en franchises, co-paiements et coassurance pour les soins et services fournis conventionnés, votre régime d'assurance prend en charge 100 % des coûts de prestations couvertes.

Organisation d'entretien de santé (Health Maintenance Organization, HMO) :

Type de régime d'assurance maladie qui limite généralement la couverture aux soins dispensés par les médecins qui travaillent pour HMO ou sous contrat avec elle. Elle ne couvre généralement pas les soins non conventionnés, sauf en cas d'urgence. Une HMO peut exiger que vous viviez ou travailliez dans sa zone de service pour bénéficier de la couverture. Les HMO fournissent généralement des soins coordonnés et se consacrent à la prévention et au bien-être.

Organisme fournisseur exclusif (Exclusive Provider Organization, EPO) :

Régime d'assurance maladie pour soins gérés dans le cadre duquel les services sont couverts uniquement si vous faites appel à des médecins, à des spécialistes ou à des hôpitaux conventionnés du régime (sauf en cas d'urgence).



Organisme fournisseur privilégié (Preferred Provider Organization, PP) : Type de régime d'assurance maladie dans le cadre duquel vous payez à moindre coût si vous faites appel à des prestataires conventionnés du régime. Vous pouvez faire appel à des médecins, des hôpitaux et des prestataires non conventionnés, sans recommandation, moyennant un coût supplémentaire.

Point de service (Point of Service, POS) : Type de régime d'assurance maladie dans le cadre duquel vous payez à moindre coût si vous faites appel à des médecins, à des hôpitaux et à d'autres prestataires de soins de santé conventionnés du régime. Les régimes PDS exigent que vous soyez orienté par votre médecin traitant lorsque vous souhaitez consulter un spécialiste.

Prestataires non conventionnés : Il s'agit des médecins qui ne sont pas sous contrat avec votre régime d'assurance maladie et, par conséquent, vous pourriez payer plus ou la totalité de la facture pourrait être à votre charge pour la consultation.

Prestataires conventionnés : Il s'agit des médecins qui sont sous contrat avec votre régime d'assurance maladie, ce qui vous permet donc de payer moins pour les consultations.

Prime : Montant que vous payez en tant que membre d'un régime de santé, il est généralement versé tous les mois.

Programme de prestations de planification familiale (Family Planning Benefits Program, FPBP) : Programme d'assurance santé publique destiné aux New-Yorkais qui nécessitent des services de planification familiale, mais n'ont pas les moyens de les acquérir. Il vise également à améliorer l'accès aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, et ce, en toute confidentialité. Pour plus d'informations, consultez la page des ressources.