Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

Terme	Définition
valeur réelle	Pourcentage des coûts moyens globaux pour les prestations couvertes par un régime. Par exemple, si un régime a une valeur réelle de 70 %, vous avez à votre charge, en moyenne, 30 % des coûts de toutes les prestations couvertes. Toutefois, vous pourriez être responsable d'un pourcentage plus élevé ou plus faible du coût total des services couverts pour l'année, selon vos besoins réels en soins de santé et les termes de votre police d'assurance.
Affordable Care Act	La loi complète sur la réforme des soins de santé adoptée en mars 2010. La loi a été adoptée en deux parties : le Patient Protection and Affordable Care Act (loi sur la protection des patients et les soins abordables) a été signée le 23 mars 2010 puis modifiée par le Health Care and Education Reconciliation Act le 30 mars 2010. Le nom « Affordable Care Act » est utilisé pour désigner la version finale et modifiée de la loi.
frais autorisés	Le montant maximal qu'un assureur envisagera de payer pour un service, y compris tout montant à la charge du patient. Pour les prestataires en réseau, les frais autorisés sont basés sur les contrats avec les prestataires. Pour les prestataires hors réseau, les frais autorisés peuvent être : • les mêmes que pour les prestataires en réseau ; • basés sur un pourcentage du montant que Medicare paierait pour les mêmes services ; ou • des frais habituels et raisonnables, un montant jugé raisonnable par votre régime pour ce service dans votre région.
montant autorisé	Montant maximal sur lequel est basé le paiement des services de soins de santé couverts. Ce montant peut être désigné « dépenses éligibles », « base de paiement » ou « taux négocié ». Si votre prestataire facture un montant supérieur au montant autorisé, vous pourriez devoir payer la différence.
appel concernant la couverture	Une demande adressée à votre assureur ou à votre régime pour le réexamen d'une décision ou d'une plainte.

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

Réclamation	Si vous pensez qu'un prestataire de soins de santé a pratiqué une discrimination à votre encontre (ou à l'encontre d'une autre personne) fondée sur la race, l'origine nationale, le handicap ou l'âge, vous pouvez déposer une plainte pour atteinte aux droits de la personne.
co-paiements	Un montant fixe (par exemple, 15 $) que vous payez pour un service de soins de santé couvert, en général au moment où vous bénéficiez du service. Le montant peut varier selon le type de service de soins de santé couvert.
Coassurance	Votre part des coûts d'un service de soins de santé couvert, calculé en pourcentage (par exemple, 20 %) du montant autorisé pour le service. Vous payez la coassurance ainsi que les franchises que vous devez. Par exemple, si le montant autorisé du régime d'assurance maladie pour une consultation au cabinet est de 100 $ et que vous vous êtes acquitté(e) de votre franchise, votre paiement de coassurance de 20 % s'élèvera à 20 $. Le régime d'assurance maladie paie le reste du montant autorisé.
réductions des frais partagés	Une réduction qui diminue le montant des franchises, de la coassurance et des co-paiements que vous devez payer de votre poche. Vous pouvez obtenir cette réduction en souscrivant une assurance maladie par le biais de la Bourse, si vos revenus sont inférieurs à un certain niveau et que vous choisissez un régime d'assurance maladie de la catégorie Argent. Si vous êtes membre d'une tribu reconnue par le gouvernement américain, vous pouvez bénéficier d'avantages supplémentaires en matière de partage des coûts.
services couverts	Les services et procédures médicaux, les médicaments sur ordonnance et autres services de soins de santé dont les frais sont couverts par votre assureur dans le cadre de votre assurance. Gardez à l'esprit que tous les soins ne sont pas couverts. Par exemple, certains régimes ne paieront pas pour des médicaments en vente libre. Par ailleurs, même si un service est couvert, vous devrez peut-être malgré tout verser un co-paiement, payer une coassurance, demander une autorisation préalable ou être orienté par votre médecin généraliste avant que votre assureur ne paie. Votre police d'assurance doit contenir une liste détaillée de ce qui est couvert et de ce qui ne l'est pas.

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

date de service	La date à laquelle vous bénéficiez d'un service de soins de santé ou consultez un prestataire ou un établissement de soins de santé.
Franchise	Le montant que vous devez pour des services de soins de santé couverts par votre régime d'assurance maladie avant que votre régime d'assurance maladie ne commence à payer. Par exemple, si votre franchise s'élève à 1 000 $, votre assurance ne paiera rien tant que vous ne vous serez pas acquitté(e) de votre franchise de 1 000 $ pour des services de soins de santé soumis à la franchise. La franchise ne s'applique pas nécessairement à tous les services.
Refus	Décision par une compagnie d'assurance maladie de ne pas payer pour un service, un test ou un traitement parce qu'il n'est pas couvert par votre régime d'assurance maladie ou n'est pas considéré comme nécessaire du point de vue médical conformément aux prestations et aux règles du régime d'assurance maladie.
Interruption	Le fait, pour une compagnie d'assurance maladie, d'arrêter de proposer un régime d'assurance maladie particulier.
Exclusion	Les services de soins de santé non remboursés ou non couverts par votre régime d'assurance maladie.
Prestataire exclusif (Exclusive Provider Organization (EPO))	Un régime de soins gérés dans le cadre duquel les services sont couverts seulement si vous consultez des médecins, des spécialistes ou des hôpitaux faisant partie du réseau du régime (sauf en cas d'urgence).
exemption	En lien avec l'Affordable Care Act, une exemption désigne une dispense dont certaines personnes se trouvant dans des situations particulières peuvent bénéficier, qui signifie qu'elles ne sont pas tenues de contracter une assurance maladie. Pour consulter la liste des circonstances qui ouvrent droit à une exemption, rendez-vous sur le site healthcare.gov.
explication des prestations	Votre assureur vous fournira une explication des prestations après avoir reçu la demande de soins de santé que vous lui aurez envoyée ou qu'un prestataire aura envoyée en votre nom. L'explication des prestations comprendra une explication détaillée de la façon dont votre

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

	assureur/administrateur a déterminé le montant du remboursement qu'il a adressé à votre prestataire ou à vous-même pour un service médical particulier. L'explication des prestations inclura également des informations sur la manière de procéder pour faire appel ou pour contester la décision de remboursement de votre assureur. Veuillez noter qu'il est possible que vous ne receviez pas d'explication des prestations pour des soins dont vous avez bénéficié de la part d'un prestataire ou d'un établissement faisant partie du réseau de votre assureur si vous n'avez effectué aucune demande de paiement pour ces services.
assistance financière	Le montant en dollars du crédit d'impôt qu'une personne peut utiliser pour régler sa prime d'assurance maladie, réduisant ainsi le coût de l'assurance maladie, disponible uniquement par l'intermédiaire de NY State of Health.
formulaire	Une liste de médicaments sur ordonnance couverts par un régime d'assurance-médicaments ou un autre régime d'assurance offrant des prestations en matière de médicaments sur ordonnance. Également appelée liste de médicaments.
antériorité	En lien avec le Affordable Care Act : exemption de certaines dispositions de cette loi.
réforme des soins de santé	Voir Affordable Care Act
Organisation de suivi de santé (Health Maintenance Organization (HMO))	Un type de régime d'assurance maladie qui limite généralement la couverture aux soins dispensés par des médecins qui travaillent pour la HMO ou qui ont passé un contrat avec celle-ci. En général, ce régime ne couvre pas les soins hors réseau, sauf en cas d'urgence. Une HMO peut exiger que vous résidiez ou travailliez dans sa zone de service pour bénéficier de la couverture. Les HMO fournissent souvent des soins intégrés et se concentrent sur la prévention et le bien-être.
Compte d'épargne santé (Health Savings Account (HSA))	Un compte d'épargne pour soins médicaux accessible aux contribuables qui sont affiliés à un régime d'assurance maladie à franchise élevée (High Deductible Health Plan). Les fonds versés sur le compte ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu fédéral au moment du dépôt. Les fonds doivent être utilisés pour payer des frais médicaux admissibles. Si un employeur en fait le choix, les employés peuvent reporter jusqu'à 500 $ à l'année civile suivante.
En réseau	Désigne les traitements administrés par des médecins, cliniques, centres de santé, hôpitaux,

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

	pratiques médicales et autres prestataires avec lesquels votre régime a conclu un accord pour dispenser des soins à ses membres. En règle générale, vous payerez moins de votre poche en bénéficiant d'un traitement de prestataires en réseau.
assurance	Un contrat qui prévoit que votre assureur paie tout ou partie de vos frais de soins de santé en échange d'une prime.
Bourse	Une ressource permettant aux personnes, aux familles et aux petites entreprises de connaître leurs options en matière de couverture santé, de comparer les régimes d'assurance maladie sur la base des coûts, des prestations et d'autres caractéristiques importantes, de choisir un régime et de souscrire une couverture. La Bourse fournit également des informations sur les programmes d'aide aux personnes à revenu et ressources faibles ou moyens pour payer la couverture. Ces informations comprennent des moyens d'économiser sur les primes mensuelles et les frais déboursés pour les couvertures disponibles par le biais de la Bourse et des informations sur les autres programmes, notamment Medicaid et le programme d'assurance maladie pour enfants (Children’s Health Insurance Program, CHIP). La Bourse encourage la concurrence parmi les régimes d'assurance maladie privés et est accessible au travers de sites Web, de centres d'appel et de services d'aide en personne.
formule	Les régimes d'assurance maladie proposés sur la Bourse entreront dans des catégories appelées formules. Les formules, bronze, argent, or et platine, sont associées à une valeur réelle. La valeur réelle est le pourcentage des coûts moyens globaux pour les prestations couvertes par un régime. Par exemple, si un régime a une valeur réelle de 70 %, le consommateur aura à sa charge, en moyenne, 30 % des coûts de toutes les prestations couvertes. Toutefois, vous pourriez être responsable d'un pourcentage plus élevé ou plus faible du coût total des services couverts pour l'année, selon vos besoins réels en soins de santé et les termes de votre police d'assurance. Platine offre le niveau de couverture le plus élevé, suivi de or, argent et bronze.
Non nécessaire du point de vue médical	Les services ou les fournitures de soins de santé qui sont déterminés comme n'étant pas nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, une affection ou ses symptômes et qui répondent aux standards de médecine acceptés.

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

Obamacare	L'Affordable Care Act est parfois désigné Obamacare.
hors réseau (Out of Network (OON))	Désigne les traitements administrés par des médecins, cliniques, centres de santé, hôpitaux, pratiques médicales et autres prestataires qui n'ont pas conclu d'accord avec votre assureur pour dispenser des soins à ses membres. En règle générale, vous payerez plus de votre poche en bénéficiant d'un traitement de prestataires hors réseau.
prestation hors réseau (Out of Network (OON))	Couverture santé pour des services fournis par des médecins et autres professionnels de soins de santé qui ne sont pas sous contrat avec votre régime d'assurance maladie.
frais déboursés	Vos dépenses en soins médicaux qui ne sont pas remboursées par l'assurance. Les frais déboursés comprennent les franchises, la coassurance et les co-paiements pour les services couverts plus tous les coûts pour les services qui ne sont pas couverts.
franchise maximale	La somme maximale que vous payez au cours d'une période de police d'assurance (en général un an) avant que votre régime d'assurance maladie ne commence à payer 100 % du montant autorisé. Cette limite n'inclut jamais votre prime, les frais après déduction du tiers payant ou les soins de santé qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance maladie. Certains régimes d'assurance maladie ne comptent pas vos co-paiements, franchises, paiements de coassurance, paiements hors réseau ou autres dépenses dans le calcul de la limite. Pour Medicaid et CHIP, la limite inclut les primes. Même avec la formule de couverture la plus faible, le montant maximal qu'une personne paierait de sa poche est de 6 350 $ (pour une famille, 12 700 $). Les autres formules ont des frais déboursés inférieurs.
prestataire participant	Un médecin, un dentiste ou un autre professionnel de soins de santé, ou un hôpital ou un établissement de soins de santé sous contrat avec un assureur pour fournir des services à ses membres pour un montant de frais spécifique.
Programme de point de service (Point of Service (POS))	Un type de régime dans le cadre duquel vous payez moins si vous consultez des médecins, des hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé qui font partie du réseau du régime. Les régimes POS exigent que vous soyez orienté(e) par votre médecin généraliste pour consulter un

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

	spécialiste.
Prestataire favori (Preferred Provider Organization (PPO))	Un type de régime d'assurance maladie sous contrat avec des prestataires médicaux, tels que les hôpitaux et les médecins, pour créer un réseau de prestataires participants. Vous payez moins si vous avez recours à des prestataires qui font partie du réseau du régime. Vous pouvez consulter des médecins, des hôpitaux et des prestataires en dehors du réseau avec des frais supplémentaires.
prime	Le montant qui doit être payé pour votre régime d'assurance maladie. Vous, ou vous et votre employeur, payez généralement une prime mensuelle, trimestrielle ou annuelle.
Régime d'assurance maladie admissible (Qualified Health Plan)	Conformément au Affordable Care Act, à partir de 2014, une assurance maladie qui est certifiée par la Bourse des assurances santé fournit des prestations de santé essentielles, respecte les limites établies en matière de frais partagés (tels que les franchises, les co-paiements et les montants maximaux de frais déboursés), et satisfait aux autres exigences. Un régime d'assurance maladie admissible sera certifié par chaque Bourse sur laquelle il est vendu.
orientation	Une recommandation écrite de votre médecin généraliste vous orientant vers un spécialiste ou vers certains services médicaux. Dans de nombreuses organisations de suivi de santé (HMO), vous devez être orienté(e) par votre médecin avant de pouvoir bénéficier de soins médicaux de la part d'un prestataire autre que votre médecin généraliste. Si vous n'êtes pas orienté(e), le régime ne paiera pas nécessairement pour les services.
autoassuré	Type de régime généralement présent dans les grandes entreprises où l'employeur perçoit lui-même les primes des souscripteurs et endosse la responsabilité de rembourser les frais médicaux des employés et des personnes prises en charge. Ces employeurs peuvent conclure des contrats pour des services d'assurance tels que la souscription, le traitement des demandes de remboursement et les réseaux de prestataires avec un administrateur tiers, ou ils peuvent être autoadministrés.
Bourse aux petites entreprises (Small Business Marketplace)	La Bourse aux petites entreprises fait partie de NY State of Health et propose des régimes d'assurance maladie à bas coût aux petites entreprises de 50 employés ou moins.
crédits d'impôt	Les personnes physiques et les propriétaires de petites entreprises peuvent prétendre à des

Liste de termes et de définitions de l'assurance pour une traduction homogène

	crédits d'impôt qui permettront de réduire le coût de l'assurance maladie. Ces crédits d'impôt sont disponibles uniquement par l'intermédiaire de NY State of Health.
Bourse officielle des régimes de soins (The Official Health Plan Marketplace)	Il s'agit du slogan de NY State of Health. Les habitants de l'état de New York peuvent consulter, comparer et souscrire des régimes d'assurance maladie à bas coût et abordables par l'intermédiaire de NY State of Health.
analyse d'usage	Le processus d'examen des services de soins de santé dont un patient a bénéficié.