



2023 Montants de Medicare

Medicare Partie A (Assurance Hospitalière) coûts

Prime mensuelle :

- **\$0 pour la plupart des personnes** (parce que ces personnes ou leur conjoint ont payé des impôts sur Medicare suffisamment longtemps pendant qu'ils travaillaient - généralement au moins 10 ans (40 trimestres de travail)). Si vous bénéficiez de Medicare avant 65 ans, vous ne paierez pas de prime au titre de la partie A. C'est ce qu'on appelle parfois la « partie A sans prime ».
- **Si vous n'avez pas de droit à l'exonération Partie A, vous pourriez avoir à l'acheter.** Vous paierez soit :
 - **\$506** chaque mois si vous avez payé des impôts sur l'assurance maladie pendant moins de 30 trimestres de travail
 - **\$278** chaque mois si vous avez payé des impôts sur l'assurance maladie pour 30 à 39 trimestres de travail

Pénalité pour inscription tardive Partie A : Si vous ne la souscrivez pas au moment où vous devenez éligible à Medicare (généralement à l'âge de 65 ans), votre prime mensuelle peut augmenter de 10 %. Vous aurez à payer la prime plus élevée pour deux fois le nombre d'années dont vous auriez pu avoir la Partie A, mais ne l'avez pas engagée.

Coûts de la partie A si vous avez Medicare d'origine

Cout	Vous payez
Franchise de la partie A	<p>\$1,600 pour chaque période de prestation d'hospitalisation, avant que l'assurance maladie d'origine ne commence à payer.</p> <p>Il n'y a pas de limite au nombre de périodes de prestations que vous pouvez avoir au cours d'une année. Cela veut dire que vous pouvez payer la franchise plus d'une fois par an.</p>
Séjour hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jours 1-60 : \$0 après avoir payé la franchise de la partie A ▪ Jours 61-90 : \$400 de participation aux frais par jour de chaque période d'indemnisation ▪ Jours 91-150 : \$800 de participation aux frais par jour de réserve à vie après le 90ème jour de chaque période de garantie (jusqu'à 60 jours au cours de votre vie) ▪ Après le jour 150: Vous payez tous les frais après avoir utilisé tous les jours de réserve à vie <p>REMARQUE : Vous payez les soins infirmiers privés, la télévision ou le téléphone dans votre chambre (s'ils sont facturés séparément), les articles de soins personnels (rasoirs ou chaussettes) ou une chambre privée, à moins que cela ne soit médicalement nécessaire.</p>
Séjour hospitalier en santé mentale	<p>Si vous êtes hospitalisé dans un hôpital général ou psychiatrique, vous payez aussi 20 % du montant approuvé par Medicare pour les services de santé mentale que vous recevez des prestataires durant votre séjour.</p> <p>REMARQUE : Si vous recevez des services dans un hôpital psychiatrique, rappelez-vous que la partie A ne prend en charge qu'un maximum de 190 jours de soins psychiatriques en hospitalisation au cours de votre vie.</p>

Cout	Vous payez
Séjour dans un établissement de soins infirmiers qualifiés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jours 1-20 : \$0 pour chaque période de prestations ▪ Jours 21-100 : \$200 de participation aux frais par jour pour chaque période de prestation ▪ Jours 101 et au-delà : Vous payez tous les frais
Soins de santé à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 pour les services de soins de santé à domicile ▪ 20% du montant approuvé par Medicare pour l'équipement médical durable (DME), tel que les fauteuils roulants, les déambulateurs, les lits d'hôpitaux et d'autres équipements
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 pour les services de soins palliatifs couverts. ▪ Vous pouvez également payer : <ul style="list-style-type: none"> • Une quote-part allant jusqu'à \$5 pour chaque médicament d'ordonnance et autres produits similaires pour le soulagement de la douleur et le contrôle des symptômes lorsque vous êtes à la maison. Dans les rares cas où votre médicament n'est pas couvert par la prestation de soins palliatifs hospice, votre fournisseur doit communiquer avec votre régime d'assurance-maladie Medicare pour voir s'il est couvert en vertu de la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare (partie D.). • 5% du montant approuvé par Medicare pour les soins de répit aux patients hospitalisés. ▪ Medicare ne couvre pas l'hébergement et les repas lorsque vous obtenez les soins palliatifs dans votre domicile ou un autre établissement où vous vivez (comme une maison de soins infirmiers).

REMARQUE : Tous les régimes Medicare Advantage doivent couvrir ces services. Si vous participez à un régime Medicare Advantage, les coûts varient d'un plan à l'autre et peuvent être plus ou moins élevés que ceux de l'assurance-maladie initiale. Consultez la « Preuve de couverture » de votre régime.

Coût de Medicare Partie B (Assurance Médicale)

Prime mensuelle : Le montant standard de la prime de la partie B en 2023 est de **\$164.90**. La plupart des gens paient le montant standard de la prime de la partie B. Si votre revenu brut ajusté modifié, tel qu'il figure sur votre déclaration de revenus de l'Internal Revenue Service (IRS) d'il y a deux ans, est supérieur à un certain montant, vous pouvez payer un montant d'ajustement mensuel lié au revenu (IRMAA). L'IRMAA est un frais supplémentaire ajouté à votre prime.

Pénalité pour inscription tardive : Le plus souvent, si vous ne souscrivez pas à la partie B lorsque vous y avez droit pour la première fois, vous devrez peut-être payer une pénalité pour inscription tardive aussi longtemps que vous bénéficierez de la partie B. Votre prime mensuelle de la partie B peut augmenter de 10 % par rapport à la prime standard pour chaque période complète de 12 mois au cours de laquelle vous auriez pu bénéficier de la partie B, mais ne l'avez pas souscrite. De plus, il se peut que vous deviez attendre la période d'inscription générale (du 1er janvier au 31 mars) pour vous inscrire à la partie B. La couverture commencera le 1er juillet de cette année-là. (À partir du 1er janvier 2023, votre couverture débutera le mois suivant votre inscription).

Coût de la Partie B si vous avez Medicare originale

Cout	Vous payez
Franchise annuelle de la partie B	\$226, avant que Medicare d'origine ne commence à payer. Vous payez cette franchise une fois par an.
Frais généraux des Services (coassurance)	Généralement 20 % du coût de chaque service ou article couvert par Medicare après paiement de la franchise (et tant que votre médecin ou prestataire de soins de santé accepte le montant approuvé par Medicare comme paiement intégral - ce que l'on appelle « accepter la cession ») : <ul style="list-style-type: none">La plupart des services médicaux (y compris la plupart des services médicaux pendant votre hospitalisation)Thérapie ambulatoireÉquipement médical durable (EMD)
Services de laboratoire clinique	\$0 pour les services de laboratoire clinique couverts
Soins de santé à domicile	<ul style="list-style-type: none">\$0 pour les services de soins de santé à domicile couverts20% du montant approuvé par Medicare pour l'équipement médical de base, comme les fauteuils roulants, les déambulateurs, les lits d'hôpitaux et d'autres
Les soins hospitaliers	20 % du montant approuvé par Medicare pour la plupart des services médicaux pendant que vous êtes hospitalisé
Soins de santé mentale ambulatoires	<ul style="list-style-type: none">\$0 pour votre dépistage annuel de la dépression si votre médecin ou votre prestataire de soins de santé accepte l'affectation.20% du montant approuvé par Medicare pour les visites chez votre médecin ou autre prestataire de soins de santé afin de diagnostiquer ou de traiter votre maladie. La franchise de la partie B s'applique.Si vous obtenez vos services dans une clinique ou un service de consultation externe d'un hôpital, vous devrez peut-être payer une quote-part supplémentaire ou un montant de coassurance à l'hôpital.
Hospitalisation partielle Soins de santé mentale	Après avoir atteint la franchise de la partie B : <ul style="list-style-type: none">20 % du montant approuvé par Medicare pour chaque service que vous obtenez d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé mentale qualifiéCoassurance pour chaque jour de services d'hospitalisation partielle que vous obtenez dans un hôpital ambulatoire ou un centre de santé mentale communautaire

Cout	Vous payez
Soins hospitaliers ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En règle générale, 20 % du montant approuvé par Medicare pour les services du médecin et des autres prestataires de soins de santé. Pour les services qui peuvent également être fournis dans un cabinet médical, il se peut que vous payiez plus pour les services ambulatoires que vous recevez à l'hôpital que pour les mêmes soins dans un cabinet médical. Toutefois, la quote-part de consultation externe de l'hôpital pour ce service est plafonnée au montant de la franchise d'hospitalisation. ▪ Vous devrez par ailleurs payer un ticket modérateur à l'hôpital pour chaque service reçu en milieu hospitalier ambulatoire (sauf pour certains services préventifs qui ne font pas l'objet d'un ticket modérateur). Dans la majorité des cas, le montant de votre participation ne sera pas supérieur à la franchise de l'hospitalisation de la partie A pour chaque service. ▪ La franchise de la partie B s'applique, sauf pour certains services de prévention. Si vous bénéficiez de services hospitaliers en consultation externe dans un hôpital d'accès critique, votre quote-part peut être plus élevée et peut dépasser la franchise d'hospitalisation de la partie A.

REMARQUE : Tous les régimes Medicare Advantage doivent couvrir ces services. Si vous participez à un plan Medicare Advantage, les coûts varient d'un plan à l'autre et peuvent être supérieurs ou inférieurs à ceux de Medicare original. Consultez la « Preuve de couverture » de votre régime

Si votre revenu annuel en 2021 (pour ce que vous payez en 2023) était de

Déclaration d'impôt individuelle	Déclaration d'impôt individuelle	Déclaration de revenus des personnes mariées et séparée	Chaque mois vous payez (en 2023)
\$97,000 ou moins	\$194,000 ou moins	\$97,000 ou moins	\$164.90
Au-dessus de \$97,000, jusqu'à \$123,000	Au-dessus de \$194,000, jusqu'à \$246,000	Non applicable	\$230.80
Au-dessus de \$123,000, jusqu'à \$153,000	Au-dessus de \$246,000, jusqu'à \$306,000	Non applicable	\$329.70
Au-dessus de \$153,000, jusqu'à \$183,000	Au-dessus de \$306,000, jusqu'à \$366,000	Non applicable	\$428.60
Au-dessus de \$183,000 et moins de \$500,000	Au-dessus de \$366,000 et moins de \$750,000	Au-dessus de \$97,000 et moins de \$403,000	\$527.50
\$500,000 et plus	\$750,000 et plus	\$403,000 et plus	\$560.50

Partie D (Couverture des médicaments par Medicare)

Prime bénéficiaire de base de la partie D - \$32.74 (utilisée pour déterminer le montant de la pénalité d'inscription tardive).

Franchises, quotes-parts et coassurance - Le montant que vous payez pour les franchises, copayages et/ou coassurance de la partie D varie selon le plan. Consultez les coûts spécifiques de l'assurance-médicaments Medicare sur le site [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), puis contactez les régimes qui vous intéressent pour en savoir plus.

Pénalité pour adhésion tardive à la partie D - Vous pouvez être redevable d'une pénalité pour inscription tardive si, à tout moment après votre période d'inscription initiale, il y a une période de 63 jours ou plus d'affilée au cours de laquelle vous ne bénéficiez pas d'une couverture Medicare ou d'une autre couverture remboursable pour les médicaments sur ordonnance.

En général, vous devrez payer cette pénalité aussi longtemps que vous aurez un régime de médicaments Medicare. Le coût de la pénalité d'inscription tardive dépend de la durée pendant laquelle vous avez été privé de la partie D ou de la couverture crédible des médicaments sur ordonnance.

Medicare calcule la pénalité en multipliant 1 % de la « prime nationale de base du bénéficiaire » (\$32.74 en 2023) par le nombre de mois complets non couverts pendant lesquels vous n'avez pas bénéficié de la partie D ou d'une couverture remboursable. Cette prime mensuelle est arrondi au \$0.10 près et ajouté à votre prime mensuelle de la partie D. La prime de base du bénéficiaire national pouvant changer chaque année, votre montant de la pénalité peut également changer chaque année.

Le tableau ci-dessous indique la prime mensuelle estimée de votre régime d'assurance médicaments en fonction de vos revenus, tels qu'ils figurent dans votre déclaration de revenus auprès de l'IRS. Si vos revenus dépassent une certaine limite, vous paierez un montant d'ajustement mensuel lié à vos revenus en plus de votre prime de régime.

Si votre statut de déclarant et vos revenus annuels en 2021 étaient

Déclaration d'impôt individuelle	Déclaration d'impôt individuelle	Déclaration de revenus des personnes mariées et séparée	Chaque mois vous payez (en 2023)
\$97,000 ou moins	\$194,000 ou moins	\$97,000 ou moins	Votre prime de régime
Au-dessus de \$97,000, jusqu'à \$123,000	Au-dessus de \$194,000, jusqu'à \$246,000	Non applicable	\$12.20 + Votre prime de régime
Au-dessus de \$123,000, jusqu'à \$153,000	Au-dessus de \$246,000, jusqu'à \$306,000	Non applicable	\$31.50 + Votre prime de régime
Au-dessus de \$153,000, jusqu'à \$183,000	Au-dessus de \$306,000, jusqu'à \$366,000	Non applicable	\$50.70 + Votre prime de régime
Au-dessus de \$183,000 et moins de \$500,000\$	Au-dessus de \$366,000 et moins de \$750,000	Au-dessus de \$97,000 et moins de \$403,000	\$70.00 + Votre prime de régime
\$500,000 et plus	\$750,000 et plus	\$403,000 et plus	\$76.40 + Votre prime de régime