

Liste de contrôle pour l'application du marché

Lorsque vous visitez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) pour demander ou réinscrire votre Health Insurance Marketplace®, vous devrez fournir ces informations sur vous et votre foyer :

<input type="checkbox"/>	Informations sur la taille de votre ménage. Déterminez qui dans votre ménage devrait faire la demande ensemble avant de commencer votre demande. Allez sur le site HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size pour savoir qui a besoin de couverture.
<input type="checkbox"/>	Adresses personnelle et/ou postale de toutes les personnes qui demandent une couverture.
<input type="checkbox"/>	Information sur toutes les personnes faisant une demande de couverture, comme les Numéros de Sécurité Sociale et les Dates de Naissance.
<input type="checkbox"/>	Informations sur le professionnel qui vous aide à postuler, si vous obtenez de l'aide pour remplir votre demande. Il peut s'agir d'un agent, d'un courtier ou d'un assistant.
<input type="checkbox"/>	Information sur comment vous prévoyez de déclarer vos impôts en 2024.
<input type="checkbox"/>	Informations sur l'employeur et le revenu pour chaque membre de votre ménage (par exemple, à partir de talons de chèque de paie ou de W-2). Visitez HealthCare.gov/income-and-household-information/income pour en savoir plus sur les types de revenus à inclure et à ne pas inclure.
<input type="checkbox"/>	Votre meilleure estimation de ce que sera le revenu de votre ménage en 2024. Allez sur le site HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report pour obtenir de l'aide afin d'estimer votre revenu.
<input type="checkbox"/>	Numéros de police pour tous les régimes d'assurance-maladie actuels couvrant les membres de votre ménage.
<input type="checkbox"/>	Des informations sur tout plan basé sur l'emploi auquel vous ou un membre de votre foyer avez droit. Vous pouvez utiliser le Employer Coverage Tool (Outil de protection de l'employeur) pour vous aider à recueillir ces informations. (Vous devez remplir cette feuille de calcul même pour les couvertures auxquelles vous avez droit mais auxquelles vous ne vous inscrivez pas). Visitez HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf pour télécharger ou imprimer l'outil.
<input type="checkbox"/>	Avis de votre régime actuel qui comprend votre numéro d'identification de régime, si vous avez ou aviez une couverture du Marché en 2023.
<input type="checkbox"/>	Informations sur les documents pour les immigrants légaux et les citoyens naturalisés.

Vous avez le droit d'obtenir des informations sur Marketplace dans un format accessible, comme les gros caractères, le braille ou par l'audio.

Vous avez également le droit de déposer une plainte si vous estimez avoir été victime de discrimination.

Visitez [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) ou

appeler le 1-800-318-2596. Les utilisateurs d'ATS doivent composer le numéro 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-F (French)
August 2023

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov