

Liste de contrôle de ma demande via Marketplace

Lorsque vous visitez **HealthCare.gov** pour demander une couverture ou pour souscrire une nouvelle couverture via Health Insurance Marketplace®, vous devrez fournir les informations suivantes sur vous et votre ménage :

<input type="checkbox"/>	Informations sur la taille de votre foyer. Avant de commencer votre demande, déterminez le membre de votre ménage avec lequel vous devrez soumettre une demande conjointe. Visitez HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size pour obtenir de l'aide quant à savoir qui inclure dans votre ménage.
<input type="checkbox"/>	Adresses domiciliaires et/ou postales de toutes les personnes qui demandent une couverture.
<input type="checkbox"/>	Informations sur toutes les personnes qui demandent une couverture, comme les numéros de sécurité sociale et les dates de naissance.
<input type="checkbox"/>	Informations sur le professionnel qui vous accompagne dans votre démarche, si vous bénéficiez d'une assistance pour compléter votre demande. Il peut s'agir d'un agent, d'un courtier ou d'un assistant.
<input type="checkbox"/>	Informations sur la façon dont vous prévoyez de déclarer vos revenus en 2026.
<input type="checkbox"/>	Informations sur l'employeur et le revenu de chaque membre de votre ménage (comme les talons de chèque de paie ou les formulaires W-2). Consultez 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 du revenu de votre ménage en 2026. Visitez HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report pour obtenir de l'aide sur l'estimation de votre revenu.
<input type="checkbox"/>	Les numéros de police de tous les régimes de santé actuels couvrant les membres de votre ménage.
<input type="checkbox"/>	Informations sur tout régime d'emploi auquel vous ou un membre de votre ménage êtes admissible. Vous pouvez utiliser l'outil de protection de l'employeur pour vous aider à recueillir ces données. (Vous voudrez remplir cette fiche même pour la couverture à laquelle vous êtes éligible, mais à laquelle vous ne souscrivez pas.) Rendez-vous sur HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf pour télécharger ou imprimer l'outil.
<input type="checkbox"/>	Avis de votre plan actuel qui incluent votre ID de plan, si vous avez ou aviez une couverture Marketplace 2025.
<input type="checkbox"/>	Documentez les informations pour les immigrants légaux et les citoyens naturalisés.

CMS Product No. 11686-F (French) • September 2025

Vous avez le droit d'obtenir vos informations dans un format accessible, comme les gros caractères, en braille ou en format audio. Vous avez également le droit de déposer une plainte si vous estimez avoir été victime de discrimination.

Rendez vous sur le site [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice), ou composez le 1-800-318-2596. Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-855-889-4325.

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

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



HealthCare.gov