

# Période de renouvellement d'inscription des employés

## Guide à DC Health Link

À qui est destiné ce guide ? Aux employés qui :

- Doivent renouveler leur assurance par le biais de DC Health Link pendant la période annuelle de renouvellement et qui souhaitent modifier leur assurance santé, soit en modifiant le nombre de membres de la famille couverts, soit en changeant de régime, ou
- Passent automatiquement à la version 2016 de leur régime d'assurance actuel.

## Vos renseignements personnels et votre employeur

**Vos renseignements personnels - Étape 1 :** Après vous être connecté à votre compte, il peut vous être demandé de vérifier vos renseignements personnels (nom, date de naissance et numéro de sécurité

Personal Information

0% Complete

FIRST NAME *	MIDDLE NAME	LAST NAME *	SUFFIX
DATE OF BIRTH *	SOCIAL SECURITY *	<input type="radio"/> MALE	<input type="radio"/> FEMALE

Personal Info  
 Employer  
 Contact Info  
 Household  
 Plan Selection  
 Review  
 Complete

**CONTINUE**

**Vos renseignements personnels - Étape 2 :** DC Health Link recherche ensuite votre employeur à partir de votre date de naissance et de votre numéro de sécurité sociale (SSN). Cliquez sur « CONTINUE » (Continuer) si les renseignements concernant votre employeur sont exacts.

Personal Information

15% Complete

Account Information

FIRST NAME *	MIDDLE NAME	LAST NAME *	SUFFIX
Autumn		Smith	
DATE OF BIRTH *	SOCIAL SECURITY *	<input checked="" type="radio"/> MALE	<input type="radio"/> FEMALE
02/13/1969	214-27-3333		

Healthcare Marketplace

Enroll as an employee of DC Deli with coverage starting 06/01/2016.

Enroll in Individual Benefits

**CONTINUE**

PREVIOUS

If you don't see your employer listed above, click [here](#) for help.

**REMARQUE :** Si le nom de votre employeur ne s'affiche pas correctement, veuillez vérifier que vous avez bien saisi votre date de naissance et votre numéro de sécurité sociale. Si vous ne parvenez pas à trouver votre employeur, veuillez contacter son service interne pour vous assurer qu'il vous a inscrit sur la liste des employés admissibles et que votre date de naissance et votre numéro de sécurité sociale sont les bons.

**Vos renseignements personnels - Étape 3 :** Vérifiez vos renseignements personnels et mettez-les à jour si nécessaire. Assurez-vous que votre adresse postale est correctement saisie. C'est l'adresse que la compagnie d'assurance utilise pour vous envoyer vos documents d'inscription. Lorsque vos renseignements personnels sont correctement remplis, cliquez sur le bouton « CONTINUE » (Continuer).

### Contact Information

FIRST NAME * Autumn	MIDDLE NAME	LAST NAME * Smith	SUFFIX
DATE OF BIRTH * 02/13/1969	214-27-3333	<input type="radio"/> MALE	<input checked="" type="radio"/> FEMALE

**Employer :** DC Deli  
**Hired :** 04/17/2015  
**Eligible for Coverage :** 06/01/2016

Not your employer? [Click Here](#)

NEW ADDRESS		Home Address	
ADDRESS LINE 1 * 1600 Washington Avenue	ADDRESS LINE 2		
CITY * Washington	DC	ZIP * 20001	

HOME PHONE	MOBILE PHONE
WORK PHONE	FAX PHONE

Home Email Address autumsmith@dc.gov	Work Email Address
---	--------------------

Please indicate preferred method to receive notices (OPTIONAL)

Only Paper communication	English
--------------------------	---------

### 30% Complete

- Personal Info
- Employer
- Contact Info**
- Household
- Plan Selection
- Review
- Complete

CONTINUE

- PREVIOUS
- SAVE & EXIT

## Apporter des modifications à votre régime pendant la période d'inscription

Sur la page d'accueil de My DC Health Link, deux encadrés seront affichés à l'écran : un encadré qui reflète votre régime d'assurance actuel et un encadré avec le régime d'assurance pour l'année à venir qui comporte le statut « Auto Renewing » (Renouvellement automatique). Cela signifie que vous serez automatiquement inscrit à ce régime d'assurance pour l'année à venir si vous ne modifiez pas votre couverture pendant la période d'inscription. Le régime affiché dans la fenêtre d'inscription est le même ou un régime comparable au régime que vous avez actuellement, même si le nom du régime a été modifié.

2016 HEALTH COVERAGE • DC DELI

Auto Renewing

**UHC Choice HSA EPO Silver 2300**

EPO •  SILVER • PREMIUM: \$0.00/month

NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: **06/01/2016** PLAN SELECTED: **04/01/2016 (12:00AM)**

DC HEALTH LINK ID: 448844

COVERED: Autumn

Summary of Benefits and Coverage

Carrier Contact Info

Make Changes

VIEW DETAILS

2015 HEALTH COVERAGE • DC DELI

Coverage Selected

**UnitedHealthcare Silver Choice HSA 2000-1**

EPO •  SILVER • PREMIUM: \$0.00/month

NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: **06/01/2015** PLAN SELECTED: **10/12/2015 (9:18PM)**

DC HEALTH LINK ID: 205521

COVERED: Autumn

Summary of Benefits and Coverage

Carrier Contact Info

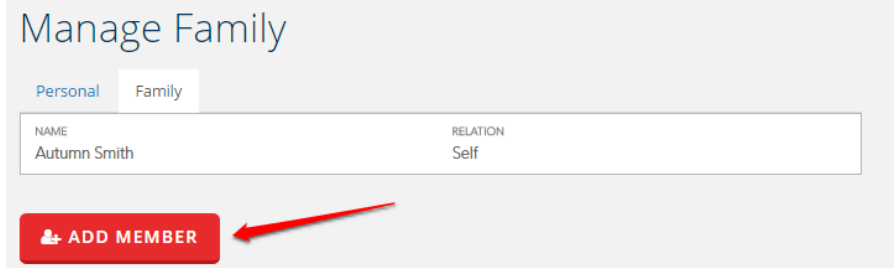
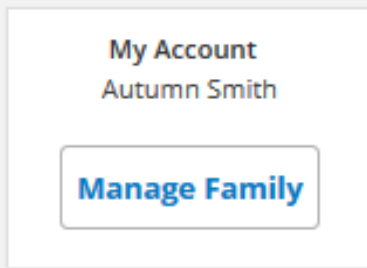
Make Changes

VIEW DETAILS

**REMARQUE :** Vous n'avez rien à faire si vous souhaitez renouveler automatiquement le régime en place avec les mêmes personnes à charge (le cas échéant). L'inscription pour vous et vos personnes à charge sera renouvelée automatiquement.

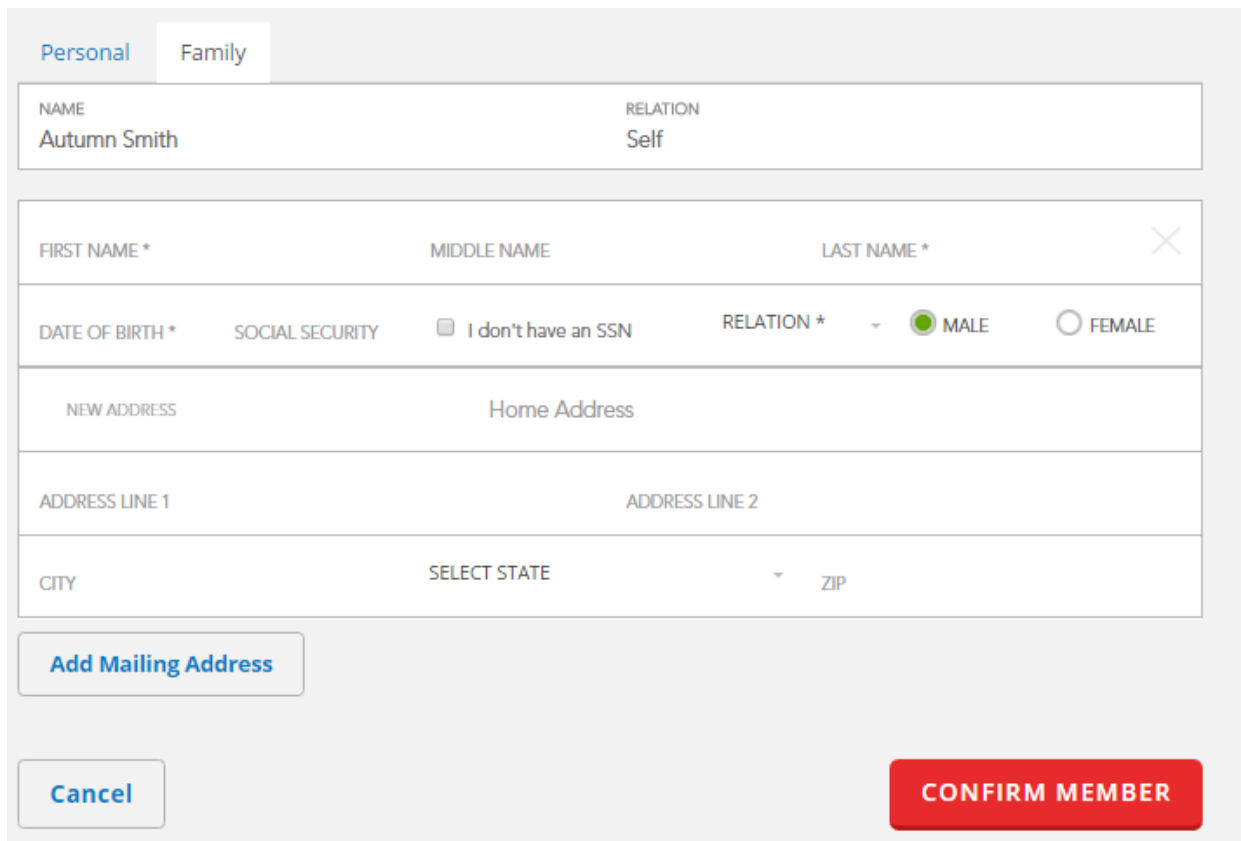
**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 1 :** Si vous souhaitez inscrire de nouveaux membres de la famille, cliquez sur le bouton « Manage Family » (Gérer la famille), puis cliquez sur « Add Member » (Ajouter un membre) afin de pouvoir ajouter tous les membres admissibles. **Lorsque vous avez ajouté les membres de votre famille, vous devez choisir un régime pour les ajouter à votre police.**

**Vous ne souhaitez pas ajouter de nouveaux membres ? Passez directement à l'étape suivante.**



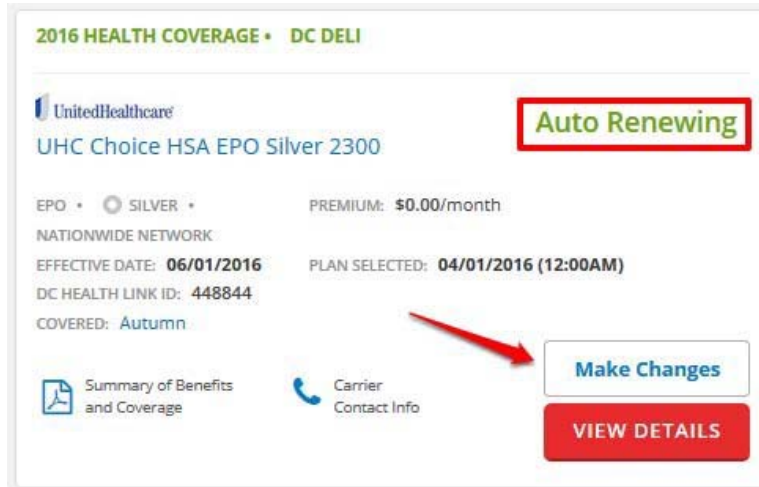
Saisissez la date de naissance, le sexe et la relation avec la personne à charge. Cochez la case « NO SSN » (Pas de numéro de sécurité sociale) si vous ou la personne inscrite n'avez pas de numéro de sécurité sociale.

Il n'est pas exigé de saisir une adresse postale.

A detailed screenshot of the "Manage Family" form. It has two tabs: "Personal" and "Family". The "Family" tab is active. The form contains several fields: "NAME" (Autumn Smith), "RELATION" (Self), "FIRST NAME \*", "MIDDLE NAME", "LAST NAME \*", "DATE OF BIRTH \*", "SOCIAL SECURITY", a checkbox for "I don't have an SSN", "RELATION \*", radio buttons for "MALE" (selected) and "FEMALE", "NEW ADDRESS" (Home Address), "ADDRESS LINE 1", "ADDRESS LINE 2", "CITY", "SELECT STATE", and "ZIP". At the bottom, there are three buttons: "Add Mailing Address", "Cancel", and "CONFIRM MEMBER".

## Modifications apportées par les employés pendant la période de renouvellement d'inscription

**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 2 :** Pour consulter les régimes, cliquez sur le bouton « Make Changes » (Apporter des modifications) dans la fenêtre de renouvellement automatique (« Auto Renewing »).



2016 HEALTH COVERAGE • DC DELI

UnitedHealthcare

UHC Choice HSA EPO Silver 2300

Auto Renewing

EPO • SILVER • PREMIUM: \$0.00/month

NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: 06/01/2016 PLAN SELECTED: 04/01/2016 (12:00AM)

DC HEALTH LINK ID: 448844

COVERED: Autumn

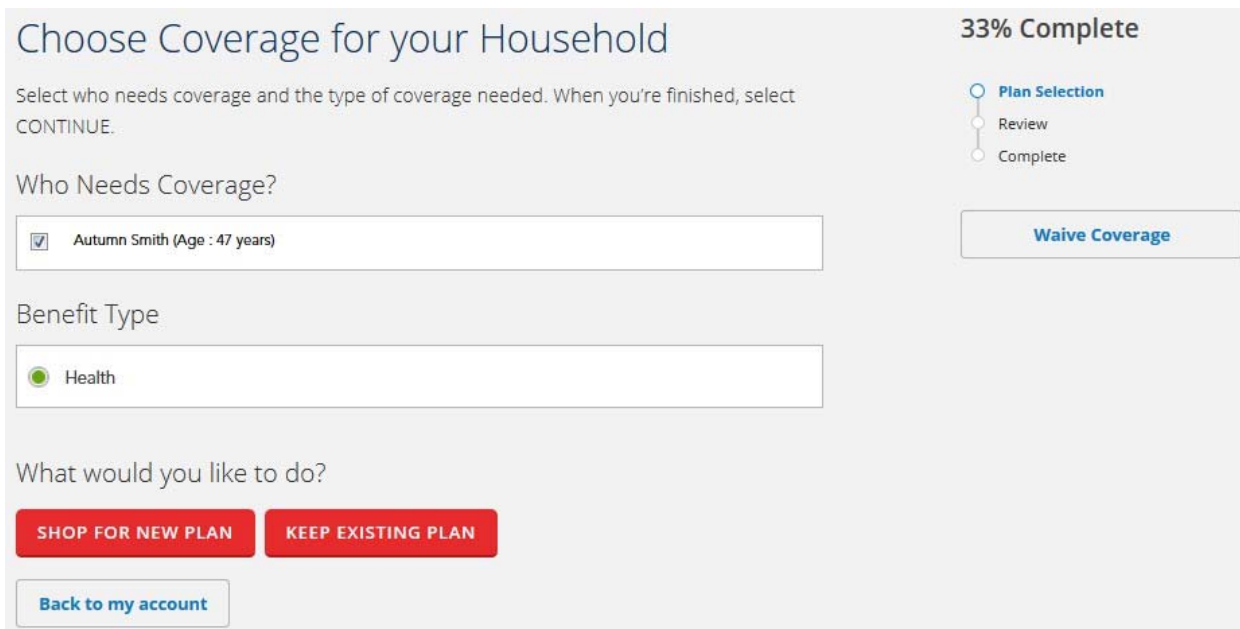
Summary of Benefits and Coverage

Carrier Contact Info

Make Changes

VIEW DETAILS

**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 3 :** Assurez-vous que tous les membres de la famille que vous souhaitez inscrire au régime choisi figurent dans la liste de la section « Who needs coverage? » (Qui a besoin d'une couverture ?), avec une case à cocher à gauche de leur nom. Si vous ne souhaitez pas inscrire tous les membres de votre famille, assurez-vous de ne pas cocher la case à gauche de leur nom avant de procéder au choix du régime.



Choose Coverage for your Household

33% Complete

Select who needs coverage and the type of coverage needed. When you're finished, select CONTINUE.

Who Needs Coverage?

Autumn Smith (Age : 47 years)

Benefit Type

Health

What would you like to do?

SHOP FOR NEW PLAN KEEP EXISTING PLAN

Back to my account

Plan Selection

Review

Complete

Waive Coverage

**REMARQUE :** Lorsque vous procédez au choix du régime, vous pouvez cliquer sur le bouton « Retour » de votre navigateur pour modifier les membres à inscrire. Vous pouvez ajouter ou supprimer des personnes à charge de votre régime d'assurance pendant la période d'inscription annuelle.

**Modifications apportées par les employés pendant la période de renouvellement d'inscription**

**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 4 :** Utilisez le filtre de classement (Sort) et la fonction de comparaison (Compare) pour vous aider à choisir un régime. Lorsque vous avez choisi un régime, cliquez sur « Select Plan » (Choisir le régime).

Coverage for: Autumn Smith (employee) + 0 dependent(s) Employer: DC Dell PLANS: 37

Find Your Doctor | Sort By | Plan Name | Premium Amount | Deductible | Carrier

Filter Results

Plan Type

- HMO
- PPO
- POS

CareFirst **BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000** \$0.00 /Month

CareFirst

TYPE: POS LEVEL: Silver NETWORK: Nationwide DEDUCTIBLE: \$3,000

Compare | Summary of Benefits and Coverage | Details | Select Plan

Tous les régimes qui vous sont proposés par votre employeur figurent sur cette page. Vous pouvez trier les régimes en fonction du type, du réseau (Network), de l'assureur (Carrier), de l'admissibilité au programme HSA, du montant de la quote-part et du montant de la franchise.

Cliquez sur « Apply » (Appliquer) dans la case rouge en bas de la colonne de gauche pour appliquer les filtres sélectionnés. Pour trier les régimes, cliquez sur une des options proposées en haut : Plan Name (Nom du régime), Premium Amount (Montant de la quote-part), Deductible (Franchise) ou Carrier (Assureur). En cliquant sur « Détails », vous trouverez des renseignements complémentaires concernant chaque régime.

Vous pouvez afficher côte-à-côte jusqu'à trois régimes différents en cochant la case « Compare » (Comparer) pour chaque régime. Cliquez ensuite sur le bouton « Compare Plans » (Comparer les régimes) dans le coin supérieur droit de la page.

Plans	CareFirst		KP DC Gold 0/20/Dental/Ped		UHC Choice Plus POS Gold	
	HealthyBlue Advantage Gold 1500	Dental/SIG	1000 B	Gold • POS	Gold • POS	1000 B
	\$156.57 / month	\$109.75 / month		\$136.96 / month		
	<b>SELECT PLAN</b>	<b>SELECT PLAN</b>		<b>SELECT PLAN</b>		
Provider Network	Nationwide		Nationwide		Nationwide	
PLAN BENEFITS (In Network)	CO-PAY	COINSURANCE	CO-PAY	COINSURANCE	CO-PAY	COINSURANCE
Primary Care Visit to Treat an Injury or Illness	No Charge	No Charge	\$20	Not Applicable	\$25	Not Applicable
Urgent Care Centers or Facilities	\$50	Not Applicable	\$50	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Specialist Visit	\$30	Not Applicable	\$30	Not Applicable	\$50	Not Applicable
Emergency Room Services	\$200	Not Applicable	\$300	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Inpatient Hospital Services (e.g., Hospital Stay)	\$500 Copay per Day after deductible	Not Applicable	\$300 Copay per Day	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Laboratory Outpatient and Professional Services	No Charge	No Charge	\$50	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
X-rays and Diagnostic Imaging	No Charge	No Charge	\$50	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Generic Drugs	No Charge	No Charge	\$20	Not Applicable	\$10	Not Applicable
Preferred Brand Drugs	\$45	Not Applicable	\$50 Copay after deductible	Not Applicable	\$40	Not Applicable
Non-Preferred Brand Drugs	\$45	Not Applicable	Not Applicable	50% Coinsurance after deductible	\$75	Not Applicable
Specialty Drugs	Not Applicable	50%	Not Applicable	50% Coinsurance after deductible	\$100	Not Applicable
	Summary of Benefits and Coverage		Summary of Benefits and Coverage		Summary of Benefits and Coverage	

**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 5 :** Après avoir soigneusement revu les renseignements vous concernant, cliquez sur le bouton « Confirm » (Confirmer) pour finaliser votre choix de régime.

DC Dell  
CareFirst BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000  
Metal level : Silver

**CONFIRM**

PREVIOUS

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Autumn Smith	self	47	\$367.46	\$367.46	\$0.00
<b>TOTALS</b>			<b>\$367.46</b>	<b>\$367.46</b>	<b>\$0.00</b>
Your coverage start date :					06/01/2016

**Apporter des modifications pendant la période d'inscription - Étape 6 :** Imprimez ou sauvegardez la page de confirmation pour vos dossiers. Pour revenir à votre page d'accueil My DC Health Link, cliquez sur le bouton « CONTINUE » (Continuer).

## Enrollment Submitted

Your enrollment has been submitted as of 04/12/2016 13:48 EDT -04:00.  
Please print this page for your records. A copy of this confirmation has also been emailed to you.

**DC DelI**  
**CareFirst BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000**  
Metal level : Silver

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Autumn Smith	self	47	\$367.46	\$367.46	\$0.00
TOTALS			\$367.46	\$367.46	\$0.00

Your coverage start date : 06/01/2016

100% Complete


- Plan Selection
- Review
- Complete

**CONTINUE**



**Print**

**Choix du régime - Étape 5 :** Votre inscription est affichée sur votre page d'accueil My DC Health Link. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant votre régime, cliquez sur le bouton « VIEW DETAILS » (Afficher les détails). Si vous souhaitez modifier votre couverture pendant la période d'inscription, cliquez sur le bouton « Make Changes » (Apporter des modifications). À la fin de la période d'inscription, le dernier régime choisi sera le régime auquel vous êtes inscrit pour l'année à venir. Vous pouvez vérifier le choix du régime en consultant la date sur chacune des fenêtres d'inscription.

### 2016 HEALTH COVERAGE • DC DELI

CareFirst  **Coverage Selected**  
BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000

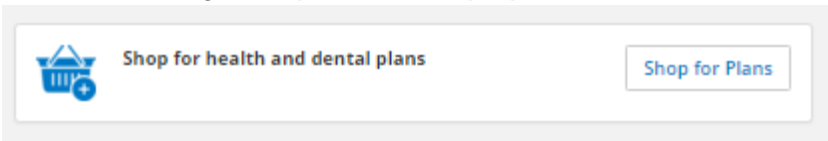
POS •  SILVER • PREMIUM: \$0.00/month  
NATIONWIDE NETWORK  
EFFECTIVE DATE: 06/01/2016 **PLAN SELECTED: 04/12/2016 (1:45PM)**  
DC HEALTH LINK ID: 298372  
COVERED: Autumn

 Summary of Benefits and Coverage  Carrier Contact Info

**Make Changes**  
**VIEW DETAILS**

## Choisir un régime dentaire

**Choisir un régime dentaire - Étape 1 :** Si votre employeur offre une couverture dentaire pour l'année de renouvellement, sélectionnez « Shop for Plans » (Choisir un régime) à partir de la page d'accueil pour consulter les régimes qui vous sont proposés.



**Choisir un régime dentaire - Étape 2 :** Indiquez quel(s) membre(s) de la famille vous souhaitez inscrire en cochant la case à gauche du nom ou en la laissant vierge. Après avoir sélectionné le(e) membre(s) de la famille, sélectionnez « Dental » (Dentaire) et cliquez sur « SHOP FOR NEW PLAN » (Choisir un nouveau régime).

A screenshot of a web form titled "Choose Coverage for your Household". The form is set against a light grey background. At the top right, it says "33% Complete". Below the title, there is a sub-header "Who Needs Coverage?" and a list of two members: "Emma Cruz (Age : 52 years)" and "Mark Cruz (Age : 50 years)", each with a checked checkbox. Below this is the "Benefit Type" section with two radio button options: "Health" (unselected) and "Dental" (selected). A red arrow points to the "Dental" option. At the bottom, there is a red button labeled "SHOP FOR NEW PLAN" and a blue button labeled "Back to my account". On the right side of the form, there is a progress indicator with three steps: "Plan Selection" (selected), "Review", and "Complete".

**Choisir un régime dentaire - Étape 3 :** Tous les régimes proposés par votre employeur figurent sur cette page. Des renseignements complémentaires concernant les régimes sont disponibles dans la section « DETAILS » de chaque régime.

**Choose Plan**

Find a quality, affordable health insurance plan that's right for you, or for you and your family. Use 'Filter Results', 'Compare' and 'Details' features to narrow your choices. When you find the plan you want, 'Select Plan'.

COVERAGE FOR: **Emma Cruz** (employee) + **1 dependent(s)** PLANS: **9**

Find Your Doctor

**Sort By** Plan Name Premium Amount Deductible Carrier

**Filter Results**

**Metal Level**

- Bronze
- Silver
- Gold
- Platinum
- Catastrophic

**Plan Type**

- HMO
- PPO
- POS

**Network**

- Nationwide
- DC-Metro

**Carrier**

Plan Name	Premium Amount	Type	Level	Network	Deductible
<b>Select Plan Premium</b> Dominion Dental Services, Inc.	\$11.49 /Month	HMO	High	DC-Metro	Not Applicable
<b>Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses</b> Delta Dental	\$13.35 /Month	PPO	Low	Nationwide	\$80
<b>DeltaCare USA Basic Plan for Families for Small Businesses</b> Delta Dental	\$16.45 /Month	HMO	Low	DC-Metro	Not Applicable

**REMARQUE :** Vous pouvez filtrer les résultats à partir de la colonne intitulée « Filter Results ». Vous pouvez aussi les trier (« Sort By ») pour modifier l'ordre dans lequel ces régimes sont affichés. Vous pouvez comparer jusqu'à trois régimes en cochant la case « Compare » (Comparer) dans l'encadré du régime. Un bouton « Compare Plans » (Comparer les régimes) sera ensuite disponible dans le coin supérieur droit de l'écran. En cliquant sur ce bouton, vous pourrez comparer les régimes choisis, qui seront affichés côte-à-côte.



**Choisir un régime dentaire - Étape 4 :** Choisissez le régime qui vous intéresse en cliquant sur le bouton « Select Plan » (Choisir le régime).

**Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses** \$13.35 /Month

Delta Dental

TYPE: PPO | LEVEL: Low | NETWORK: Nationwide | DEDUCTIBLE: \$80

Compare  Plan Summary

**Choisir un régime dentaire - Étape 5 :** Passez les informations en revue, puis cliquez sur le bouton « Confirm » (Confirmer).

### Confirm Your Plan Selection

Please review your current plan selection. Select PREVIOUS if you want to change your plan selection. When you're satisfied with your plan, carefully review and acknowledge the Agreement below along with the Terms and Conditions. You must also provide an electronic signature at the bottom of the page. When you're finished, select CONFIRM to submit your enrollment to your insurance company. You don't have to pay today.

**Chloe's Flower Shop**  
Delta Dental Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses  
Metal level : Low

66% Complete

- Plan Selection
- Review**
- Complete

PREVIOUS

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$21.94	\$14.09	\$7.85
Mark Cruz	spouse	50	\$21.94	\$16.44	\$5.50
TOTALS			\$43.88	\$30.53	\$13.35

Your coverage start date : 06/01/2016

**REMARQUE :** Pour revenir à une page précédente, cliquez sur « Previous » (Précédent) en bas de la colonne de droite.

**Choisir un régime dentaire - Étape 6 :** Cette page affiche les régimes que vous avez choisis. Pour passer à la page d'accueil de votre compte, cliquez sur le bouton rouge « CONTINUE » (Continuer).

### Enrollment Submitted

Your enrollment has been submitted as of 04/01/2016 11:59 EDT -04:00. Please print this page for your records. A copy of this confirmation has also been emailed to you.

**Chloe's Flower Shop**  
Delta Dental Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses  
Metal level : Low

100% Complete

- Plan Selection
- Review
- Complete**

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$21.94	\$14.09	\$7.85
Mark Cruz	spouse	50	\$21.94	\$16.44	\$5.50
TOTALS			\$43.88	\$30.53	\$13.35

Your coverage start date : 06/01/2016

**Choisir un régime dentaire - Étape 8 :** Un récapitulatif de votre inscription est affiché sur cet écran. Pour obtenir de plus amples informations concernant votre régime, cliquez sur le bouton « VIEW DETAILS » (Afficher les détails). Si vous souhaitez modifier votre régime pendant votre période d'inscription, cliquez sur le bouton « Make Changes » (Apporter des modifications).

**2016 DENTAL COVERAGE • CHLOE'S FLOWER SHOP**

**DELTA DENTAL** Coverage Selected

Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses


PPO • LOW • PREMIUM: \$13.35/month


NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: **06/01/2016** PLAN SELECTED: **04/01/2016 (11:56AM)**

DC HEALTH LINK ID: **448928**

COVERED: Emma • Mark

 Plan Summary

 Carrier Contact Info

[Make Changes](#)

[VIEW DETAILS](#)