

Les paiements des services assurés par le régime s'établissent à 85% du tarif d'honoraires des médecins. Les médecins sont libres de participer et d'accepter tous les paiements provenant directement du régime, ou de ne pas participer. Dans un cas comme dans l'autre, ils peuvent faire payer des frais supplémentaires, à condition d'obtenir le consentement écrit du malade avant de dispenser les soins et d'informer la Commission du montant demandé.

Le régime de la Nouvelle-Écosse est administré par un organisme assureur à but non lucratif désigné par l'autorité publique comme unique agent de règlement des honoraires pour services rendus. Cet organisme remplit toutes les fonctions concernant la vérification de l'admissibilité, l'acheminement et le paiement des demandes d'honoraires, sous réserve d'une révision et d'une vérification par l'autorité publique.

Manitoba. Cette province a commencé à participer au programme en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux le 1^{er} avril 1969. L'inscription est obligatoire pour tous les résidents admissibles. Les primes ont été supprimées le 1^{er} juillet 1973 et la quote-part provinciale est maintenant financée entièrement au moyen des recettes générales. Les services assurés comprennent tous les services requis du point de vue médical dispensés par les médecins et certains actes de chirurgie dentaire pratiquée en milieu hospitalier. Ils comprennent également, sous réserves, les réfractions effectuées par les optométristes et les traitements des chiropracteurs.

Les médecins peuvent choisir de participer au régime et d'accepter tous les paiements provenant de l'autorité publique, ou ils peuvent choisir de recevoir les paiements directement de leurs malades. Dans le premier cas, le montant reçu (égal à 85% du tarif d'honoraires des médecins) doit être accepté à titre de paiement global. Le médecin non participant doit informer son client à l'avance s'il a l'intention de faire payer des honoraires supplémentaires. Le régime paie également les appareils de prothèse et d'orthèse pour certains membres et pour la colonne vertébrale ainsi que les services requis du point de vue médical, les lentilles cornéennes qui sont indispensables à la suite d'une opération pour une cataracte congénitale, et les yeux artificiels.

Alberta. Cette province a commencé à participer au programme en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux le 1^{er} juillet 1969, et le régime est administré par une Commission d'assurance médicale. Une prime annuelle unique de \$69 pour les personnes seules et de \$138 pour les familles couvre à la fois l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Grâce à des subventions, les primes sont réduites à \$24 pour les personnes seules et à \$48 pour les familles n'ayant pas eu de revenu imposable l'année précédente, à \$36 pour les personnes seules dont le revenu imposable ne dépasse pas \$500, et à \$72 pour les familles dont la totalité du revenu imposable ne dépasse pas \$1,000. Si le chef de ménage ou son conjoint est âgé de 65 ans ou plus, il ne paie pas de primes.

L'inscription au régime et le paiement des primes sont obligatoires. Si les résidents ne s'y conforment pas, ils sont assujettis à un délai d'attente de trois mois à partir de la date d'inscription avant de devenir admissibles aux services assurés.

Outre les services dispensés par les médecins et certains actes de chirurgie buccale, dont les frais sont partagés avec le gouvernement fédéral, le régime de l'Alberta couvre les réfractions effectuées par les optométristes, les soins et les appareils fournis par les chiropodistes, certains soins d'ostéopathie, certains soins dentaires supplémentaires, et les traitements de chiropractie.

Les résidents qui refusent en principe de se prévaloir des avantages du programme combiné d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont libres de ne pas adhérer au programme (c'est-à-dire de s'en retirer), et dans ce cas ils ne sont pas assujettis au paiement des primes. Ils peuvent souscrire une assurance privée pour soins hospitaliers et connexes, mais suivant l'interprétation de la Loi fédérale sur les soins médicaux il est interdit aux assureurs privés d'offrir des assurances couvrant les services médicaux.

Le régime offre également aux assurés la possibilité de souscrire une assurance pour services de santé supplémentaires (encore une fois, avec octroi de subvention) auprès de la Croix-Bleue, organisme bénévole de l'Alberta. Cette assurance facultative couvre la différence de coût entre l'hospitalisation en chambre semi-privée et en chambre privée, le transport par ambulance, les médicaments, les appareils, les soins infirmiers à domicile, les soins dispensés par un naturopathe, les soins psychologiques cliniques, et les soins dentaires nécessités à la suite d'un accident.