

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 clients. Dans le premier cas, le montant reçu 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 (juillet 1969). Le régime est administré par une Commission d'assurance médicale. Une prime annuelle unique de \$76.80 pour les personnes seules et de \$153.60 pour les familles couvre à la fois l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Grâce à des subventions, les primes sont éliminées pour les personnes seules et les familles n'ayant pas eu de revenu imposable l'année précédente, et elles sont réduites à \$39.60 pour les personnes seules dont le revenu imposable ne dépasse pas \$500, et à \$79.20 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 chiroprodistes, 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 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.

Les médecins peuvent faire payer à leurs clients des honoraires supérieurs à ceux versés par le régime. Dans ce cas, ils doivent aviser les malades au préalable et leur indiquer le montant total ainsi que la somme qui sera payée par le régime.

Ontario (octobre 1969). L'inscription est obligatoire pour les groupes de 15 employés ou plus, et il existe des dispositions en vue de la rendre obligatoire pour les groupes de cinq à 14 employés. Les services assurés comprennent tous les services requis du point de vue médical dispensés par les médecins et certains actes de chirurgie buccale pratiquée en milieu hospitalier, les réfractions effectuées par les optométristes, une partie des soins de physiothérapie dispensés hors de l'hôpital, le transport par ambulance et, sous réserves, certains soins paramédicaux fournis par les chiropracteurs, les ostéopathes et les chiroprodistes.

Les médecins peuvent se faire payer de deux façons pour les services assurés. Ceux qui envoient directement leurs notes d'honoraires au régime médical sont payés pour les soins dispensés et ne peuvent faire payer le solde aux malades. Les médecins qui choisissent de soumettre la note d'honoraires directement aux malades ne peuvent être payés par le régime. Les malades doivent acquitter le