

pour adultes, les soins à domicile (services de santé) et les soins ambulatoires.

c) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada).

d) Ces tarifs de cotisations s'appliquent aux personnes qui n'ont pas droit à l'assistance-cotisation accordée aux personnes à faible revenu. Les dispositions relatives à cette assistance varient d'une province à l'autre.

e) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption du paiement des cotisations si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus et réside dans la province depuis les 12 derniers mois précédant la demande d'exemption.

f) Il y a exemption du paiement des cotisations pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.

g) La Loi prévoyant le financement des programmes de santé fixe la contribution d'un particulier à 1,5 p.cent de son revenu net pour l'année, jusqu'à concurrence de \$235 pour les salariés et de \$375 pour les travailleurs autonomes. Cette contribution ne peut réduire le revenu net de l'assuré à un montant qui soit inférieur à \$5957 ou \$3931 selon qu'il s'agisse d'une personne mariée ou d'une personne seule. La contribution de l'employeur est fixée à 1,5 p.cent du salaire qu'il verse à un employé. (On a cessé de prélever les contributions individuelles le 1^{er} juillet 1978 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1978.) Des contributions ainsi recueillies, 8/15 sont remis à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et 7/15 sont versés au fonds des services hospitaliers du Québec qui sert exclusivement à financer les services de cette province. (La méthode de financement a été changée en 1978.)