

peut choisir de présenter son compte directement au malade, qui le paie soit avant, soit après en avoir obtenu le remboursement des autorités publiques; le médecin peut facturer le malade directement pour ce qui est des sommes en sus de ce que les autorités publiques ont pris en charge. Aucun médecin n'est tenu de se confiner à l'un ou l'autre de ces modes de paiement. Les médecins peuvent aussi se faire payer par l'intermédiaire de cliniques qui sont financées à l'aide de contributions par tête par les autorités provinciales.

La Colombie-Britannique

Cette province s'est jointe au régime prévu par la Loi sur les soins médicaux le 1er juillet 1968. Le régime est administré par une Commission publique qui a compétence sur un certain nombre d'organismes assureurs autorisés, à but non lucratif, chargés de la gestion quotidienne des différents éléments du programme. Outre les soins médicaux et une gamme limitée d'interventions chirurgicales dentaires en milieu hospitalier, les risques couverts comprennent les services de correction des troubles de réfraction assurés par les optométristes, certains services d'orthopédie, une certaine part de physiothérapie, des soins infirmiers spéciaux, la chiropraxie et la médecine naturaliste.

La participation au régime est volontaire. Les primes sont fixées à \$5 par mois pour personnes seules, à \$10 par mois pour les familles de 2 personnes et à \$12.50 par mois pour les familles de trois personnes ou plus. Aux résidents admissibles (qui doivent avoir résidé dans la province pendant 12 mois consécutifs), le gouvernement offre une indemnité s'élevant au total à 90 pour cent de la prime pour les personnes qui ne touchent pas de revenu imposable et à 50 pour cent de la prime pour les personnes dont le revenu imposable se situe entre \$1 et \$1,000. Il n'y existe pas de clause d'exception comme en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

La rémunération des médecins s'effectue à raison de 90 pour cent du barème d'honoraires. Les médecins facturent les malades pour les services rendus, ou acceptent d'être payés directement par un organisme assureur. Dans le premier cas, le médecin doit, avant de fournir le service en question, faire savoir au malade par écrit qu'il est un médecin non participant, et le malade doit convenir par écrit qu'il est disposé à payer plus que le montant du remboursement qu'il peut toucher des autorités publiques. Dans le dernier cas, le médecin peut aussi demander des honoraires plus élevés que ceux du barème, pourvu que le malade en soit dûment avisé, qu'il convienne par écrit du supplément d'honoraires et que le montant des frais supplémentaires soit signifié à la Commission.