

ما الذي يجب أن أعرفه عن برنامج Medicaid؟

Medicaid هو برنامج تأمين صحي عام يغطي السكان ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك كبار السن والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة.

- بدأ العمل في عام 1965 بموجب قانون الضمان الاجتماعي.
- تُدار من قبل الولايات بإشراف من مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS).
- التمويل هو جهد مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات.
- تختلف الأهلية والفوائد من ولاية إلى أخرى.
- يتطلب قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي تقديم خدمات معينة من قبل جميع الولايات.
- تقدم نبراسكا بعض الخدمات الإضافية.
- يتم تمويل إعفاءات الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) من قبل برنامج Medicaid ويقدم خدمات بالإضافة إلى خطة Medicaid الخاصة بالولاية.

تبدو أهلية Medicaid في:

- ترتيب المعيشة
- التأمين الصحي الآخر؛
- الدخل والموارد ضمن الحدود المقررة لفئات معينة؛ و
- متطلبات الفئة الأخرى، مثل العمر.
- طلب؛
- مواطن أمريكي أو وضع أجنبي مؤهل؛
- حالة الإقامة في نبراسكا؛
- يحدد الضمان الاجتماعي حالة الإعاقة؛
- ولي الأمر/الوصي القانوني المسؤول؛

تحديد الإعاقة وفريق مراجعة الدولة (SRT)

في بعض الأحيان، يجب على الشخص الذي يسعى للحصول على تغطية Medicaid أو خدمات التنازل أن يثبت أنه يعاني من إعاقة حتى يتأهل للحصول على التغطية أو الخدمات. إذا لم يكن لدى الفرد قرار بشأن الإعاقة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)، فيمكن لفريق مراجعة الدولة التابع لبرنامج Medicaid (SRT) اتخاذ قرار الإعاقة.

- فريق مراجعة الولاية (SRT) هو مجموعة مكونة من متخصصين طبيين في قسم Medicaid والرعاية طويلة الأجل. يقوم SRT بمراجعة السجلات الطبية المقدمة من مقدم الطلب.
- تقوم SRT بتحديد الإعاقة بناءً على إرشادات الإعاقة الخاصة بإدارة الضمان الاجتماعي. لمزيد من المعلومات حول إرشادات SSA الخاصة بالإعاقة، تفضل بزيارة [موقع الضمان الاجتماعي](#).

كبار السن والمكفوفين والمعاقين (ABD)

هناك فئات Medicaid مختلفة. معظم الأشخاص المؤهلين للحصول على إعفاءات HCBS مؤهلون للحصول على Medicaid ضمن فئة المسنين والمكفوفين والمعاقين (ABD). قد يكون من الممكن التأهل للحصول على خدمات الإعفاء في فئة أهلية أخرى لبرنامج Medicaid.

- يبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر.
- المكفوفون أو المعوقون الذين يبلغون من العمر 64 عامًا أو أقل والذين تم تحديدهم كأشخاص ذوي إعاقة من قبل إدارة الضمان الاجتماعي أو من قبل فريق مراجعة الولاية.
- حد الدخل هو 100% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL).
- حدود الموارد 4000 دولار لشخص واحد أو 6000 دولار لشخصين.
- يتم أخذ دخل الوالدين ومواردهما في الاعتبار بالنسبة للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا.
- تعتبر نفقات التأمين الصحي الخاص بمثابة خصم مسموح به من الدخل مع بعض القيود.

برنامج كاتي بيكيت

يمكن لهذا البرنامج توفير تغطية Medicaid للأطفال الذين يعيشون في منزل والديهم ولديهم احتياجات طبية أو رعاية عالية.

- العمر 19 سنة أو أقل
- غير مؤهل للحصول على Medicaid في أي فئة أخرى
- تم تحديده معطلاً بواسطة الضمان الاجتماعي أو فريق مراجعة الولاية
- عازمة على تلبية مستوى الرعاية للعيش في:
 - مستشفى؛
 - مرفق التمريض (NF)؛ أو
 - مرفق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID).
- يتم تحديد التغطية على أنها فعالة من حيث التكلفة
- يتم استخدام دخل الطفل وموارده فقط لتحديد أهلية Medicaid.
- الخدمات المغطاة لبرنامج Medicaid فقط، ولا توجد خدمات داعمة إضافية

التأمين الطبي للعمال ذوي الإعاقة (MIWD)

- MIWD هي فئة Medicaid التي قد تكون متاحة للشخص الذي يستوفي معايير الإعاقة ويتلقى دخلاً مكتسباً من خلال العمل.
- عندما يخسر شخص ما برنامج Medicaid بسبب الدخل المكتسب، فقد يكون هذا خياراً.
- هناك مجموعتان من الأهلية ضمن MIWD. لكي يكون الشخص مؤهلاً لمجموعة التغطية الأساسية MIWD، يجب عليه:
 - التأهل لبرنامج Medicaid باستثناء الدخل؛
 - تلبية تعريف الضمان الاجتماعي أو فريق مراجعة الدولة للإعاقة؛
 - كن عاملاً؛
 - الحصول على دخل ضمن إرشادات دخل MIWD:
 - مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) 200% أو
 - 250% من FPL مع قسط التأمين؛
 - تلبية حدود موارد برنامج Medicaid؛ و
 - دفع علاوة، إذا لزم الأمر.
- لكي يكون الشخص مؤهلاً لمجموعة MIWD للتحسين الطبي، يجب عليه:
 - تلبية جميع المعايير في مجموعة التغطية الأساسية؛
 - الحصول على الحد الأدنى الفيدرالي للأجور والعمل لأكثر من 40 ساعة شهرياً؛ و
 - لقد فقدت تغطية Medicaid من مجموعة التغطية الأساسية بسبب إعاقة طبية محسنة. ينطبق هذا إذا كان فقدان برنامج Medicaid قد يؤدي إلى عدم قدرة الشخص على مواصلة العمل أو التسبب في تراجع صحته إلى النقطة التي يستوفي فيها تعريف الضمان الاجتماعي أو فريق مراجعة الدولة للإعاقة.
- يمكن العثور على متطلبات ومعلومات إضافية في لائحة [477 Medicaid ملحق NAC](#).
- سيحدد أحد العاملين في برنامج Medicaid ما إذا كان الشخص مؤهلاً أم لا.

حصة التكلفة (SOC) للأشخاص ذوي الاحتياجات الطبية العالية

- حصة التكلفة مخصصة للشخص ذي الاحتياجات الطبية الذي يستوفي جميع متطلبات الأهلية لبرنامج Medicaid ولكن دخله يتجاوز إرشادات Medicaid.
- قد تختلف حصة التكلفة بناءً على الدخل والخصومات وترتيبات معيشة الشخص.
- تتم مقارنة الدخل بمستوى دخل المحتاجين طبيًا (MNIL) أو مبلغ الاحتياجات الشخصية لتحديد حصة التكلفة.
- يكون الشخص مسؤولاً عن دفع الحصة المحددة من مبلغ التكلفة.
- حصة التكلفة هي مبلغ شهري، والذي يمكن أن يختلف من شهر لآخر.
- عندما يتلقى شخص ما خدمات من إعفاء HCBS، فإن حصة التكلفة تكون ملزمة تلقائياً لمقدم برنامج Medicaid، والذي عادةً ما يكون مقدم خدمة التنازل الأكثر تكلفة.
- قد يتم إغلاق برنامج Medicaid إذا تجاوزت حصة مبلغ التكلفة حاجة الشخص الشهرية.