

Que dois-je savoir sur Medicaid ?

Medicaid est un programme public d'assurance maladie qui couvre une population à faible revenu, notamment les personnes âgées, les enfants et les personnes handicapées.

- Créé en 1965 en vertu de la loi sur la sécurité sociale.
- Géré par les États sous la supervision des Centres des services Medicare & Medicaid (CMS).
- Le financement est un effort conjoint entre les gouvernements fédéral et des États.
- L'éligibilité et les avantages varient d'un État à l'autre.
 - La loi fédérale sur la sécurité sociale exige que certains services soient offerts par tous les États.
 - Le Nebraska offre quelques services supplémentaires.
- **Les dérogations aux services à domicile et dans la communauté (HCBS) sont financées par Medicaid et fournissent des services en plus du plan Medicaid de l'État.**

L'éligibilité à Medicaid examine :

- La demande ;
- Le statut de citoyen américain ou d'étranger admissible ;
- Le statut de résidence au Nebraska ;
- Le statut d'invalidité déterminé par la sécurité sociale ;
- Le parent/tuteur légal responsable ;
- Le mode de vie ;
- D'autres assurances maladie ;
- Les revenus et les ressources dans les limites établies pour certaines catégories ; et
- D'autres exigences de catégorie, telles que l'âge.

Détermination du handicap et équipe d'évaluation de l'État (SRT)

Parfois, une personne qui cherche à bénéficier d'une couverture Medicaid ou de services de renonciation doit prouver qu'elle souffre d'un handicap pour avoir droit à une couverture ou à des services. Si la personne n'a pas de détermination d'invalidité de la part de l'administration de la sécurité sociale (SSA), l'équipe d'examen de l'État de Medicaid (SRT) peut prendre la détermination d'invalidité.

- L'équipe d'examen de l'État (SRT) est un groupe composé de professionnels de la santé de la Division de Medicaid et des soins de longue durée. Le SRT examine les dossiers médicaux soumis par le demandeur.
- Le SRT prend une décision en matière d'invalidité sur la base des directives de l'administration de la sécurité sociale en matière d'invalidité. Pour plus d'informations sur ces directives de la SSA en matière d'invalidité, visitez le [site Web de la Sécurité sociale](#).

Personnes âgées, aveugles et handicapées (ABD)

Il existe différentes catégories Medicaid. La plupart des personnes éligibles aux dérogations HCBS sont éligibles à Medicaid dans la catégorie des personnes âgées, aveugles et handicapées (ABD). Il peut être possible d'être admissible aux services de renonciation dans une autre catégorie d'éligibilité à Medicaid.

- Âgé de 65 ans ou plus.
- Les personnes aveugles ou handicapées âgées de 64 ans et moins qui sont reconnues handicapées par l'Administration de la sécurité sociale ou par l'équipe d'examen de l'État.
- La limite de revenu est de 100 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL).
- Limites de ressources de 4 000 \$ pour une personne ou de 6 000 \$ pour deux personnes.
- Revenus et ressources parentales pris en compte pour les personnes de moins de 19 ans.
- Les frais d'assurance maladie privée constituent une déduction du revenu autorisée, sous réserve de certaines restrictions.

Programme Katie Beckett

Ce programme peut fournir une couverture Medicaid aux enfants qui vivent au domicile de leurs parents et qui ont des besoins médicaux ou de soins importants.

- Âge 19 ans ou moins
- Non éligible à Medicaid dans aucune autre catégorie
- Déclaré handicapé par la Sécurité sociale ou l'équipe d'examen de l'État
- Déterminé à atteindre le niveau de soins pour vivre dans un :
 - Hôpital ;
 - Établissement de soins infirmiers (NF) ; ou
 - Établissement de soins intermédiaires pour personnes ayant des déficiences intellectuelles (ICF/IID).
- La couverture est jugée rentable
- Seuls les revenus et les ressources de l'enfant sont utilisés pour déterminer l'éligibilité à Medicaid.
- Services couverts par Medicaid uniquement, aucun service de soutien supplémentaire

Assurance Medicaid pour les travailleurs handicapés (MIWD)

- MIWD est une catégorie Medicaid qui peut être disponible pour une personne qui répond aux critères d'invalidité et qui perçoit un revenu gagné grâce à un emploi.
- Lorsque quelqu'un est sur le point de perdre Medicaid en raison de ses revenus gagnés, cela peut être une option.
- Il existe deux groupes d'éligibilité au sein du MIWD. Pour être admissible au groupe de couverture de base MIWD, une personne doit :
 - Être admissible à Medicaid, à l'exception du revenu ;
 - Répondre à la définition du handicap de la sécurité sociale ou de l'équipe d'examen de l'État ;
 - Avoir un travail ;
 - Avoir un revenu conforme aux directives de revenu MIWD :
 - 200 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) ou
 - 250 % du FPL avec prime ;
 - Respecter les limites de ressources de Medicaid ; et
 - Payer une prime, si nécessaire.
- Pour être admissible au groupe d'amélioration médicale MIWD, une personne doit :
 - Répondre à tous les critères du groupe de couverture de base ;
 - Gagner le salaire minimum fédéral et travailler plus de 40 heures par mois ; et
 - Avoir perdu la couverture Medicaid du groupe de couverture de base en raison d'un handicap médicalement amélioré. Cela s'applique si la perte de Medicaid pourrait entraîner l'incapacité de la personne à continuer à travailler ou faire régresser sa santé au point qu'elle répondrait à la définition de handicap de la Sécurité sociale ou de l'équipe d'examen de l'État.
- Des exigences et informations supplémentaires peuvent être trouvées dans l'annexe NAC du règlement [Medicaid 477](#).
- Un agent de Medicaid déterminera si une personne est éligible.

Partage des coûts (SOC) pour les personnes ayant des besoins médicaux élevés

- La part des coûts est destinée à une personne ayant des besoins médicaux qui répond à toutes les conditions d'éligibilité à Medicaid mais dont les revenus dépassent les directives de Medicaid.
- La part des coûts peut varier en fonction du revenu, des déductions et des conditions de vie de la personne.
- Le revenu est comparé au niveau de revenu des personnes médicalement nécessiteuses (MNIL) ou au montant des besoins personnels pour déterminer la part des coûts.
- La personne est responsable du paiement de la part déterminée du montant des frais.
- La part des coûts est un montant mensuel, qui peut varier d'un mois à l'autre.
- Lorsqu'une personne reçoit des services dans le cadre d'une dérogation HCBS, la part du coût est automatiquement reversée à un prestataire Medicaid, généralement le prestataire du service de dérogation le plus coûteux.
- Medicaid peut être fermé si la part du coût dépasse les besoins mensuels de la personne.