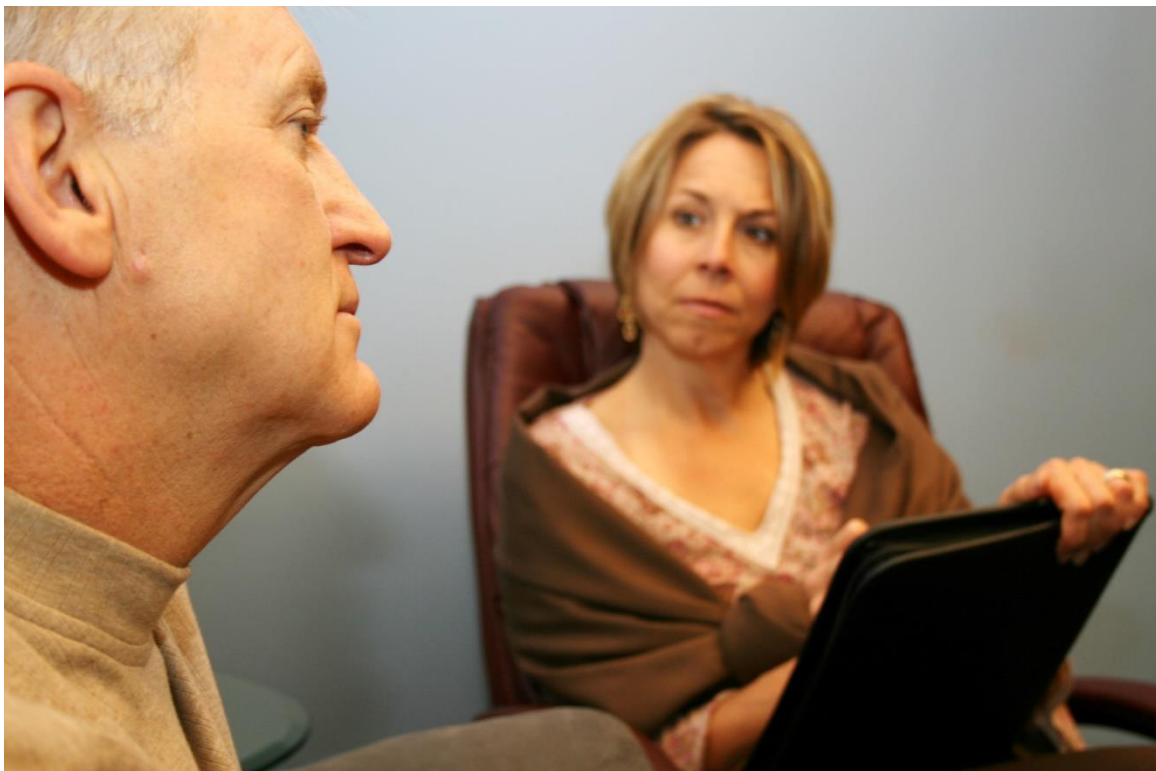




Medicare et Medicaid

Des millions de personnes vivant avec une paralysie peuvent bénéficier d'une assurance maladie dans le cadre des programmes Medicare et Medicaid financés par le gouvernement fédéral et les États.



Q : Qu'est-ce que Medicare ?

Medicare est un régime d'assurance maladie financé par le gouvernement fédéral et destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans, aux personnes de tout âge vivant avec un handicap et ayant reçu des prestations d'invalidité de la sécurité sociale pendant 24 mois, ainsi qu'aux personnes souffrant d'insuffisance rénale terminale (IRT) ou de SLA.

Les personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale sont généralement éligibles à

Medicare trois mois après le début d'une dialyse régulière ou après une transplantation rénale ; les personnes atteintes de SLA sont éligibles dès qu'elles perçoivent des prestations d'invalidité de la sécurité sociale.

Q : Quelles sont les principales composantes de Medicare ?

Les parties A et B de Medicare, également appelées « Original Medicare », constituent les principales phases de la couverture.

La partie A couvre les soins hospitaliers et les établissements de soins infirmiers spécialisés, les soins palliatifs et certains soins à domicile.

La partie B couvre les services et les fournitures jugés médicalement nécessaires, tels que les soins hospitaliers ambulatoires, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, les équipements médicaux durables, les services d'ambulance et les soins préventifs, y compris les dépistages colorectaux et les mammographies annuelles.

Q : Qu'est-ce que Medicare Advantage ?

Medicare Advantage est une alternative à Original Medicare qui offre des prestations par le biais de plans d'assurance maladie privés. Ces régimes peuvent offrir des primes réduites, des franchises et des coassurances, et inclure la couverture des médicaments sur ordonnance de la partie D, mais exigent généralement que les patients obtiennent des services auprès de certains prestataires.

Q : Qu'est-ce que Medicare Part D ?

Medicare Part D, un programme autonome facultatif de médicaments sur ordonnance, offre aux bénéficiaires de Medicare un choix de plans de couverture approuvés par le gouvernement et gérés par des compagnies d'assurance privées.

L'adhésion à la partie D est facultative, mais si vous choisissez de ne pas vous affilier à ce régime lorsque vous avez droit à Medicare et que vous restez plus de 63 jours sans couverture comparable auprès de votre ancien employeur ou syndicat, vous devrez payer une pénalité de retard de 1 % pour chaque mois d'attente.

Pour obtenir des informations plus détaillées sur Medicare Part D, veuillez consulter le site web du National Paralysis Resource Center à l'adresse suivante

<https://www.christopherreeve.org/wp-content/uploads/2024/01/Medicare-Part-D-QA-1-24-A.pdf>

Q : Que vais-je payer pour Medicare ?

Les taux de paiement de Medicare Part B changent chaque année. En 2025, la prime mensuelle standard pour Medicare Part B est de 185,00 \$, soit une augmentation de 10,30 \$ par rapport aux 174,70 \$ de 2024. La franchise annuelle pour tous les bénéficiaires de

Medicare Part B est de 257 dollars, soit une augmentation de 17 dollars par rapport à la franchise annuelle de 240 dollars en 2024.

Q : Comment puis-je m'inscrire à Medicare ?

Les personnes atteintes d'un handicap qui perçoivent des prestations de sécurité sociale depuis 24 mois seront automatiquement inscrites aux parties A et B de Medicare et recevront une carte d'affiliation par courrier. Toutefois, si cette carte ne vous parvient pas à ce moment-là, contactez votre bureau local de sécurité sociale ou appelez le 800-772-1213. Vous devez prendre rendez-vous pour une visite au bureau ; recherchez votre bureau local sur le site web de la SSA à l'adresse suivante <https://secure.ssa.gov/ICON/main.jsp>.

Q : Qu'est-ce que Medicaid ?

Medicaid est un régime d'assurance maladie qui offre une couverture aux adultes, aux enfants et aux personnes atteintes d'un handicap à faibles revenus. Il est financé conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des États, mais administré par les États ; pour cette raison, les conditions d'éligibilité, l'étendue de la couverture et les coûts varient d'un État à l'autre.

Q : Que comprend généralement la couverture Medicaid ?

La couverture Medicaid imposée à chaque État comprend les soins médicaux, les services d'hospitalisation et de consultation externe, les services de laboratoire et de radiologie, et les services de santé à domicile. Selon les régimes nationaux, la couverture des médicaments sur ordonnance, la kinésithérapie et l'ergothérapie, les services dentaires et l'équipement médical peuvent également être inclus.

Q : Puis-je être inscrit à la fois à Medicaid et à Medicare ?

Oui. De nombreuses personnes atteintes de handicap sont inscrites à Medicare et Medicaid. Medicaid peut couvrir des services que Medicare ne prend pas en charge, tels que les soins de longue durée et l'assistance, les soins dentaires, les soins de la vue et de l'ouïe.

Q : Que puis-je faire si ma couverture Medicare est refusée ?

Medicare ne doit pas être refusée sur la base d'un diagnostic spécifique (y compris la paralysie) ou en fonction de la capacité d'amélioration de l'état de santé. En d'autres termes, la décision doit uniquement tenir compte du fait que la personne a besoin de soins infirmiers ou thérapeutiques qualifiés dispensés par un professionnel ou sous sa supervision ; si la réponse est oui, il importe peu de savoir s'il existe (ou non) un potentiel d'amélioration ou d'augmentation de la fonction.

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de couverture ou de paiement, vous pouvez faire appel. Pour plus d'informations sur la manière de faire appel des décisions relatives à Original Medicare, Medicare Advantage et aux médicaments prescrits, consultez le site Internet de Medicare à l'adresse suivante <https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals>.

Les State Health Insurance Assistance Programs (SHIP), qui reçoivent des fonds fédéraux pour fournir des conseils gratuits et personnalisés en matière d'assurance maladie aux personnes bénéficiant de Medicare, peuvent aider à faire appel.

Si votre recours est urgent - vous êtes sur le point de perdre des services ou d'être renvoyé d'un hôpital, d'un établissement de soins infirmiers spécialisés, d'une agence de soins à domicile, d'un centre de réadaptation ambulatoire ou d'un centre de soins palliatifs - vous avez droit à un recours rapide. Votre prestataire vous remettra un avis expliquant comment demander un recours rapide ; dans les hôpitaux, cet avis s'intitulera « An Important Message from Medicare about Your Rights » (un message important de Medicare concernant vos droits) et dans d'autres établissements, « Notice of Medicare Non-Coverage » (avis de non-prise en charge par Medicare). Si vous ne recevez pas cette lettre, demandez-la. Pour plus d'informations sur les appels rapides, consultez le site web de Medicare à l'adresse suivante <https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals>.

Q : Qu'est-ce que Medigap ?

L'assurance complémentaire Medicare (Medigap) est une assurance supplémentaire que vous pouvez souscrire auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée pour vous aider à payer les frais de votre poche dans le cadre de l'assurance maladie d'origine. (Vous ne pouvez pas souscrire à Medigap si vous n'avez pas déjà les parties A et B).

Les régimes Medigap varient d'un État à l'autre. Certains États proposent un type de police Medigap appelé Medicare SELECT ; si vous achetez cette police, vous avez le droit de changer d'avis dans les 12 mois et de passer à une police Medigap standardisée.

Q : Que dois-je savoir lorsque j'achète une assurance Medigap ?

Soyez conscient des tactiques illégales de certaines compagnies d'assurance lorsque vous envisagez d'opter pour Medigap. Les compagnies d'assurance ne peuvent pas :

- faire pression sur vous pour que vous souscriviez une police ou vous mentir pour vous convaincre de changer de compagnie
- vous vendre une police d'assurance alors qu'elles savent que vous en avez déjà une, à moins que vous n'indiquiez par écrit que vous avez l'intention de résilier votre police existante

- vous vendre un plan Medicare Advantage lorsque vous déclarez vouloir conserver Original Medicare et acheter une police Medigap ; si vous achetez un plan Medicare Advantage, vous serez exclu d'Original Medicare et ne pourrez pas acheter une police Medigap.

Pour plus d'informations sur les pratiques illégales, consultez le site web de Medicare à l'adresse suivante <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/how/illegal-practices>.

Q : Puis-je bénéficiaire d'une aide pour payer les coûts associés à Medicare ?

Oui. Le Medicare Savings Program et le « Extra Help » sont des programmes d'État conçus pour aider les personnes ayant des revenus et des ressources limités à gérer d'autres coûts liés à Medicare.

Q : Qu'est-ce que le Medicare Savings Program ?

Le Medicare Savings Program est une ressource financée par l'État qui aide les bénéficiaires dont les revenus et les ressources sont limités. L'éligibilité aux quatre programmes suivants est basée sur des plafonds de revenus et de ressources déterminés annuellement :

- Le programme Qualified Medicare Beneficiary (QMB) prend en charge les primes des parties A et B, les franchises, les coassurances et les quotes-parts.
- Le Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) Program aide à payer les primes de la partie B de l'assurance maladie.
- Le Qualifying Individual Program aide à payer les primes de la partie B de l'assurance maladie.
- Le Qualified Disabled & Working Individual Program prend en charge les primes de la partie A.

Pour vérifier votre éligibilité et faire une demande, contactez l'agence Medicaid de votre État à l'adresse suivante <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

Q : Qu'est-ce que « Extra Help »?

Extra Help est un programme qui aide les personnes ayant des revenus et des ressources limités à payer les primes de Medicare Part D, les franchises, la coassurance et les autres coûts liés à la couverture des médicaments sur ordonnance.

Les personnes qui ont droit à une couverture Medicaid complète, qui reçoivent une aide

pour payer les primes de la partie B d'un programme d'épargne Medicare ou qui reçoivent des paiements de Supplemental Security Income (SSI) de la part de la sécurité sociale sont automatiquement inscrites à l'aide supplémentaire.

Pour vérifier votre éligibilité et poser votre candidature, visitez le site <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

Q : Que dois-je faire si j'ai d'autres questions sur Medicare ?

Appelez le service d'assistance téléphonique de Medicare au 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 et parlez à un représentant. Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler le 1-877-486-2048. En outre, vous trouverez également un lien vers une option de chat en direct sur son site web à l'adresse suivante <https://www.medicare.gov/talk-to-someone>.

Q : Que dois-je faire si j'ai d'autres questions sur Medicaid ?

Appelez l'agence Medicaid de votre État ; pour trouver votre bureau local, visitez le site web de Medicaid à l'adresse suivante <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

Sources : Centers for Medicare and Medicaid Services, Center for Medicare Advocacy, Social Security Administration.

Vous avez besoin de parler à quelqu'un ?

Nos spécialistes de l'information sont à votre disposition pour répondre à vos questions.

Appelez le numéro gratuit 1-800-539-7309 du lundi au vendredi, de 7 h à 20 h, heure de l'Est.

Vous pouvez aussi programmer un appel ou poser une question en ligne à l'adresse <https://connect.paralysis.org/fr/send-us-your-question>

Les informations contenues dans ce message sont présentées dans le but de vous éduquer et de vous informer sur la paralysie et ses effets. Aucun élément contenu dans ce message ne doit être interprété comme un diagnostic ou un traitement médical, ni n'est destiné à être utilisé à cette fin. Il ne doit pas remplacer l'avis de votre médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé qualifié. Si vous avez des questions relatives aux soins de santé, veuillez appeler ou consulter rapidement votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé qualifié. Consultez toujours votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé qualifié avant d'entreprendre un nouveau traitement, un régime ou un programme de remise en forme. Vous ne devez jamais ignorer un avis médical ou tarder à le demander en raison de ce que vous avez lu dans le présent message.

Cette publication est soutenue par l'Administration for Community Living (ACL), U.S. Department of Health and Human Services (HHS), dans le cadre d'une aide financière d'un montant total de \$10,000,000 financée à 100 % par l'ACL/HHS. Le contenu est celui de l'auteur ou des auteurs et ne représente pas nécessairement le point de vue officiel de l'ACL/HHS ou du gouvernement des États-Unis, ni une approbation de leur part.