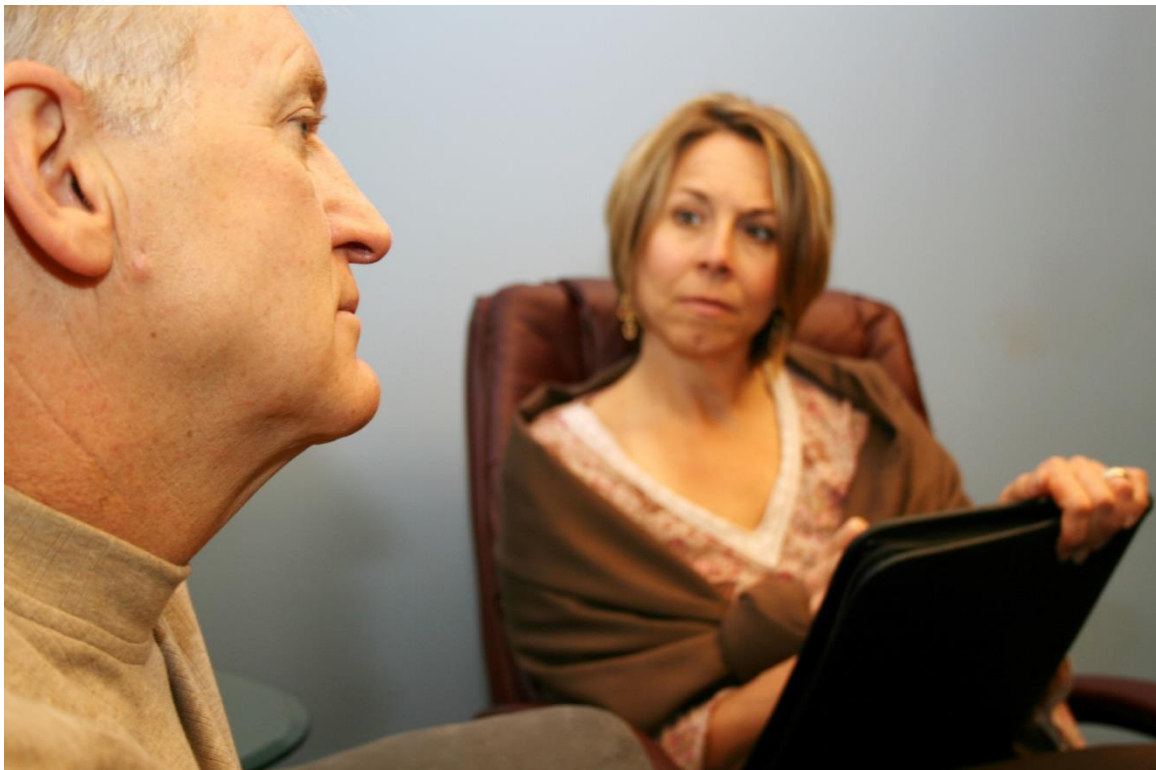




Medicare e Medicaid

Milioni di persone affette da paralisi hanno diritto all'assicurazione sanitaria attraverso i programmi Medicare e Medicaid, finanziati a livello federale e statale.



D: Che cos'è Medicare?

Medicare è un piano di assicurazione sanitaria finanziato a livello federale per le persone di età superiore ai 65 anni, per le persone di qualsiasi età che vivono con una disabilità e che hanno ricevuto prestazioni di invalidità dalla Previdenza Sociale per 24 mesi e per le persone affette da una malattia renale allo stadio terminale (ESRD) o dalla SLA.

Le persone affette da ESRD possono accedere a Medicare tre mesi dopo l'inizio di un ciclo

di dialisi regolare o dopo un trapianto del rene; le persone affette dalla SLA possono accedere a Medicare immediatamente dopo aver ricevuto le prestazioni di invalidità della Previdenza Sociale.

D: Quali sono le parti principali di Medicare?

Medicare Parte A e Parte B - chiamate anche "Original Medicare" - comprendono le principali tipologie di copertura.

La Parte A copre le cure ospedaliere in regime di ricovero e le strutture infermieristiche specializzate, l'assistenza in hospice e alcune cure sanitarie a domicilio.

La Parte B copre i servizi e le forniture ritenuti necessari dal punto di vista medico, come le cure ospedaliere ambulatoriali, i fisioterapisti e gli ergoterapisti, le attrezzature mediche durevoli, i servizi di trasporto in ambulanza e le cure preventive, tra cui gli screening colorettrali e le mammografie annuali.

D: Che cos'è Medicare Advantage?

Medicare Advantage è un'alternativa al programma Original Medicare che offre prestazioni attraverso piani privati di assicurazione sanitaria. Questi piani possono offrire premi ridotti, franchigie e pagamenti in co-assicurazione e includono la copertura dei farmaci da prescrizione della Parte D, ma in genere richiedono che i pazienti si rivolgano a determinati fornitori.

D: Che cos'è Medicare Parte D?

Medicare Parte D è un programma opzionale autonomo di prescrizione di farmaci che offre ai beneficiari di Medicare una scelta di piani di copertura approvati dal governo e gestiti da compagnie assicurative private.

L'iscrizione alla Parte D è facoltativa, ma se si sceglie di non aderire a questo piano quando si ha diritto a Medicare per la prima volta e se si è in ritardo di oltre 63 giorni senza una copertura analoga da parte del precedente datore di lavoro o del sindacato, verrà addebitata una tassa di mora dell'1% per ogni mese di attesa.

Per informazioni più dettagliate su Medicare Parte D, visitare il sito web del Centro Nazionale Risorse per la Paralisi (National Paralysis Resource Center) all'indirizzo <https://www.christopherreeve.org/wp-content/uploads/2024/01/Medicare-Part-D-QA-1-24-A.pdf>

D: Quanto si paga per Medicare?

Le tariffe per il pagamento della Parte B di Medicare cambiano ogni anno. Nel 2025, il premio mensile standard per Medicare Parte B è di 185,00 dollari, con un aumento di 10,30 dollari rispetto ai 174,70 dollari del 2024. La franchigia annuale per tutti i

beneficiari di Medicare Parte B è di 257 dollari, con un aumento di 17 dollari rispetto alla franchigia annuale di 240 dollari del 2024.

D: Come ci si iscrive a Medicare?

Le persone con una disabilità che hanno ricevuto prestazioni di previdenza sociale per 24 mesi vengono iscritte automaticamente a Medicare Parte A e B e ricevono una tessera per posta; tuttavia, se la tessera non arriva entro tale termine, è necessario contattare l'ufficio locale della Previdenza Sociale o chiamare il numero 800-772-1213. Per fissare un appuntamento per una visita in ufficio, si può cercare l'ufficio locale sul sito web dell'SSA all'indirizzo <https://secure.ssa.gov/ICON/main.jsp>.

D: Che cos'è Medicaid?

Medicaid è un piano di assicurazione sanitaria che fornisce copertura ad adulti, bambini e persone con disabilità a basso reddito. È finanziato congiuntamente dal governo federale e da quello statale, ma è amministrato dagli Stati; per questo motivo, i requisiti di idoneità, l'estensione della copertura e i costi variano da Stato a Stato.

D: Che cosa viene generalmente incluso nella copertura Medicaid?

La copertura di Medicaid, obbligatoria per ogni Stato, include l'assistenza medica, i servizi ospedalieri in regime di ricovero e ambulatoriali, i servizi di laboratorio e di radiografia e i servizi sanitari a domicilio. A seconda dei singoli piani statali, possono essere inclusi anche i farmaci con obbligo di prescrizione, la fisioterapia e l'ergoterapia, i servizi odontoiatrici e le attrezzature mediche.

D: Posso essere iscritto sia a Medicaid che a Medicare?

Sì. Molte persone con disabilità sono iscritte a Medicare e Medicaid. Medicaid può coprire servizi che Medicare non copre, come l'assistenza a lungo termine, i servizi odontoiatrici, i servizi oculistici e audiologici.

D: Che cosa posso fare se la copertura Medicare mi viene negata?

La concessione di Medicare non dovrebbe essere rifiutata in base a una diagnosi specifica (compresa la paralisi) o in relazione alla capacità di migliorare una condizione. In altre parole, la decisione deve prendere in considerazione solo se l'individuo ha bisogno di assistenza infermieristica qualificata o di terapie fornite da un professionista o sotto la sua supervisione; se la risposta è affermativa, non importa se esiste o meno la possibilità di un miglioramento o di un aumento delle funzioni.

Se non si è d'accordo con una decisione sulla copertura o sul pagamento, è possibile presentare un ricorso. Per ulteriori informazioni sulle modalità per presentare ricorso contro le decisioni relative a Original Medicare, Medicare Advantage e alla prescrizione di

farmaci, visitare il sito web di Medicare all'indirizzo <https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals>.

I programmi statali di assistenza per l'assicurazione sanitaria (SHIP), che ricevono fondi federali per fornire consulenza gratuita e personalizzata in materia di assicurazione sanitaria alle persone che usufruiscono di Medicare, possono aiutarla a presentare ricorso.

Se il ricorso è urgente (sta per perdere dei servizi o per essere dimesso da ospedali, strutture infermieristiche specializzate, agenzie sanitarie a domicilio, riabilitazione ambulatoriale o assistenza in hospice), ha diritto a un ricorso rapido. Il fornitore rilascerà un avviso che spiega come fare per richiedere un ricorso rapido; negli ospedali la lettera sarà intitolata “Un messaggio importante di Medicare sui propri diritti”, mentre in altri contesti verrà denominata “Avviso di mancata copertura Medicare”. Se non dovesse ricevere questa lettera, la richiedi. Per altre informazioni sui ricorsi rapidi, visiti il sito web di Medicare all'indirizzo <https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals>.

D: Che cos'è Medigap?

L'assicurazione integrativa di Medicare (Medigap) è un'assicurazione aggiuntiva che può essere acquistata da una compagnia di assicurazione sanitaria privata per contribuire a pagare le spese vive di Original Medicare. (Non è possibile acquistare Medigap se non si possiede già la Parte A e la Parte B).

I piani Medigap variano a seconda dello Stato. Alcuni Stati offrono un tipo di polizza Medigap chiamata Medicare SELECT; se si acquista questo piano, si ha il diritto di cambiare idea entro 12 mesi e passare a una polizza Medigap standardizzata.

D: Che cosa devo sapere quando acquisto Medigap?

Faccia attenzione alle tattiche illegali di alcune compagnie assicurative quando prende in considerazione Medigap. Le compagnie assicurative non possono:

- Esercitare pressioni su di lei per acquistare una polizza o mentire per convincerla a cambiare compagnia;
- Venderle una polizza quando sanno che ne ha già una, a meno che lei non precisi per iscritto che intende annullare la polizza esistente;
- Venderle un piano Medicare Advantage quando dichiara di voler mantenere Original Medicare e acquistare una polizza Medigap; se acquista Medicare Advantage, sarà cancellato da Original Medicare e non potrà acquistare Medigap.

Per altre informazioni sulle pratiche illegali, visiti il sito web di Medicare all'indirizzo <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/how/illegal->

[practices.](#)

D: Posso essere aiutato a sostenere i costi associati a Medicare?

Sì. Il Programma di Risparmio Medicare (Medicare Savings Program) ed "Extra Help" sono programmi statali concepiti per aiutare le persone con reddito e risorse limitate a gestire gli altri costi di Medicare.

D: Che cos'è il Programma di Risparmio Medicare?

Il Programma di Risparmio Medicare è una risorsa finanziata dallo Stato per aiutare i beneficiari con reddito e risorse limitate. L'idoneità per i seguenti quattro programmi si basa su dei limiti di reddito e risorse determinati annualmente:

- Il programma Qualified Medicare Beneficiary (QMB - Beneficiario Medicare Qualificato) paga i premi, le franchigie, la co-assicurazione e i co-pagamenti della Parte A e della Parte B.
- Il programma Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB - Beneficiario Medicare a Basso Reddito Specificato) contribuisce al pagamento dei premi della Parte B.
- Il programma Qualifying Individual (Individuo Qualificato) contribuisce al pagamento dei premi della Parte B.
- Il programma Qualified Disabled & Working Individual (Individuo Disabile e Lavoratore Qualificato) paga i premi della Parte A.

Per verificare la propria idoneità e presentare domanda, contattare l'agenzia Medicaid del proprio Stato all'indirizzo <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

D: Che cos'è "Extra Help"?

Extra Help è un programma che aiuta le persone con reddito e risorse limitate a pagare i premi di Medicare Parte D, le franchigie, la co-assicurazione e altri costi associati alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione.

Le persone che hanno diritto alla copertura Medicaid completa, che ricevono assistenza per il pagamento dei premi della Parte B grazie a un Programma di Risparmio Medicare o che ricevono versamenti del Supplemental Security Income (SSI - Reddito di Sicurezza Integrativo) dalla Previdenza Sociale sono automaticamente iscritte a Extra Help.

Per verificare la propria idoneità e presentare domanda, visitare <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

D: Cosa devo fare se ho altre domande su Medicare?

Chiami l'assistenza di Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) e parli con un operatore. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Inoltre, può trovare un collegamento per la chat dal vivo sul sito web all'indirizzo <https://www.medicare.gov/talk-to-someone>.

D: Cosa devo fare se ho altre domande su Medicaid?

Chiami l'agenzia Medicaid del suo Stato; per trovare l'ufficio locale, visiti il sito web di Medicaid all'indirizzo <https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip#statemenu>.

Fonti: Centri per i servizi di Medicare e Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), Centro per la Tutela di Medicare (Center for Medicare Advocacy), Amministrazione della Previdenza Sociale (Social Security Administration).

Ha bisogno di parlare con qualcuno?

I nostri consulenti specializzati (Information Specialist) sono a disposizione per rispondere alle sue domande. Chiami il numero verde 1-800-539-7309 dal lunedì al venerdì, dalle 7:00 alle 20:00 EST (Ora Standard Orientale USA) oppure ottenga un appuntamento telefonico o faccia una domanda online a questo indirizzo: <https://connect.paralysis.org/it/send-us-your-question>

Le informazioni contenute in questo documento sono state presentate ai fini di educarla e di informarla sulle paralisi e sui loro effetti. Nulla di quanto contenuto in questo documento dovrebbe essere interpretato per, né è inteso a, essere usato ai fini di una diagnosi o trattamento medico. Non dovrebbe essere usato in sostituzione del consiglio del suo medico o di un altro operatore sanitario qualificato. Se dovesse avere qualsiasi domanda concernente la salute, chiami o si rechi prontamente dal suo medico o da un altro operatore sanitario qualificato. Consulti sempre il suo medico o un altro operatore sanitario qualificato prima di iniziare un nuovo trattamento, dieta o programma di fitness. Non dovrebbe mai ignorare i consigli medici o ritardare la ricerca di tali pareri a causa di qualcosa che ha letto in questo documento.

Questa pubblicazione è supportata dall'Amministrazione per la Vita Comunitaria (ACL), Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (HHS) come parte di una sovvenzione finanziaria per un totale di \$10.000.000 erogati al 100% da ACL/HHS. I contenuti sono quelli dell'autore(i) e non rappresentano necessariamente le opinioni ufficiali, né un'approvazione, da parte di ACL/HHS o del governo degli Stati Uniti.