

Modifications importantes du programme Medicaid

Ce qui suit vous informe sur les changements importants du programme Medicaid qui ne sont pas encore inclus dans les Livres 1 et 2. Vous devriez lire ces informations attentivement.

Livre 1 (LDSS-4148A-FR) : Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités (lorsque vous demandez ou recevez des allocations)

Page 3 Droits liés aux demandes

- Vous n'avez pas besoin d'un entretien pour demander Medicaid. Vous pouvez envoyer votre demande Medicaid dûment remplie à vos services sociaux locaux ou vous pouvez contacter un assistant à l'inscription pour obtenir de l'aide. Si vous remplissez la demande LDSS-2921 pour l'assistance temporaire et que vous demandez également Medicaid, assurez-vous de cocher la case pour l'assistance temporaire et Medicaid à la première page de la demande.

Page 17

Responsabilité de fournir des preuves

Si vous avez 65 ans dans les 3 prochains mois ou si vous avez 65 ans ou plus, vous pourriez avoir droit à des prestations médicales supplémentaires par le biais du programme Medicare. Vous devez faire une demande Medicare comme condition d'admissibilité à Medicaid.

Medicare est un programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes de plus de 65 ans et pour certaines personnes handicapées, quel que soit leur revenu. Lorsqu'une personne bénéficie de Medicare et Medicaid, Medicare paie en premier et Medicaid en second.

Vous devez faire une demande Medicare si :

- Vous souffrez d'insuffisance rénale chronique ou de sclérose latérale amyotrophique (ALS) ; **OU**
- Vous atteignez l'âge de 65 ans dans les 3 prochains mois ou vous avez déjà 65 ans ou plus **ET** que votre revenu est égal ou inférieur à 120 % du niveau de pauvreté fédéral (selon la taille du ménage pour une personne seule ou un couple marié), ou est conforme à la norme Medicaid. Si c'est le cas, le programme Medicaid peut payer ou rembourser vos primes Medicare. Si le programme Medicaid peut payer vos primes, vous devrez demander Medicare comme condition d'admissibilité à Medicaid.

Page 21

Responsabilité de fournir des preuves (version du 02/07)

- Si vous n'avez pas 65 ans ou plus, si vous n'êtes pas certifié aveugle ou handicapé, vous n'avez pas besoin de nous indiquer vos ressources.

Modifications importantes du programme Medicaid

Responsabilité de s'inscrire au système automatisé d'imagerie d'empreintes digitales (AFIS)

- Il n'est plus nécessaire pour Medicaid de réaliser une imagerie digitale ou de venir au bureau local des services sociaux spécifiquement pour se faire prendre en photo pour une pièce d'identité.

Page 30 (version du 02/07)

Violation de la pension alimentaire pour enfants - Medicaid

- La première tranche de 100 \$ de la pension alimentaire mensuelle pour enfants n'est pas comptée lors de la détermination de votre admissibilité à Medicaid et celle de votre enfant. Lorsqu'un enfant est certifié aveugle ou certifié souffrant d'invalidité, le tiers de toute pension alimentaire que ledit enfant reçoit d'un parent absent n'est pas compté pour déterminer l'admissibilité de l'enfant à Medicaid.

Responsabilité de prendre part au dépistage d'alcoolisme et de toxicomanie pour Medicaid

- Les demandeurs et les bénéficiaires de Medicaid ne sont plus invités à subir un dépistage et une évaluation de l'alcoolisme et la toxicomanie ou à être mandatés pour un traitement.

Page 31

Responsabilités concernant le recours aux prestataires de Medicaid

Lorsque vous êtes approuvé pour Medicaid, vous pouvez rejoindre un régime de soins gérés par Medicaid. Dans certains comtés, vous devrez peut-être adhérer à un régime. Si vous avez besoin d'informations sur les régimes disponibles dans votre comté, les régimes auxquels votre médecin est inscrit et si vous devez adhérer à un régime de soins gérés, veuillez appeler le service Choix Medicaid de New York au 1-800-505-5678. Vous pouvez également appeler les services sociaux locaux ou vous y rendre. Si vous avez un médecin que vous voulez continuer à consulter, vous devez vérifier s'il ou elle est inscrit dans le régime de soins gérés par Medicaid que vous choisissez. Lorsque vous rejoignez un régime de soins gérés par Medicaid, vous recevrez une carte d'assurance maladie distincte de votre régime.

- Vous utiliserez votre carte de régime de soins gérés par Medicaid pour accéder à la plupart des services couverts par Medicaid. Certains services restent couverts par le programme Medicaid habituel. Contactez votre régime d'assurance maladie si vous avez des questions sur les services couverts.

Livre 2, LDSS-4148B-FR : Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux : questions-réponses

Modifications importantes du programme Medicaid

Page 9

Section B

Si vous avez 65 ans dans les 3 prochains mois ou si vous avez 65 ans ou plus, vous pourriez avoir droit à des prestations médicales supplémentaires par le biais du programme Medicare. Vous devez faire une demande Medicare comme condition d'admissibilité à Medicaid.

Medicare est un programme fédéral d'assurance maladie pour les personnes de plus de 65 ans et pour certaines personnes handicapées, quel que soit leur revenu. Lorsqu'une personne bénéficie de Medicare et Medicaid, Medicare paie en premier et Medicaid en second.

Vous devez faire une demande Medicare si :

- Vous souffrez d'insuffisance rénale chronique ou de sclérose latérale amyotrophique (ALS) ; **OU**
- Vous atteignez l'âge de 65 ans dans les 3 prochains mois ou vous avez déjà 65 ans ou plus **ET** que votre revenu est égal ou inférieur à 120 % du niveau de pauvreté fédéral (selon la taille du ménage pour une personne seule ou un couple marié), ou est conforme à la norme Medicaid. Si c'est le cas, le programme Medicaid peut payer ou rembourser vos primes Medicare. Si le programme Medicaid peut payer vos primes, vous devrez demander Medicare comme condition d'admissibilité à Medicaid.

Page 10

Programme d'assistance aux soins prénataux (PCAP)

- L'expression « Programme d'assistance aux soins prénataux » (Prenatal Care Assistance Program, PCAP) n'est plus utilisée. Les références à PCAP devraient être remplacées par « Medicaid pour les femmes enceintes ».

Page 12

Bénéficiaires exemptés de quotes-parts

- Les bénéficiaires de Medicaid et les personnes participant au programme de prestations de planification familiale (Family Planning Benefit Program, FPBP) n'ont pas à payer de quotes-parts pour les services, traitements ou fournitures de planification familiale couverts, y compris les ordonnances.

Page 13

Pourquoi intégrer un régime de soins gérés par Medicaid ?

- La plupart des régimes de soins gérés par Medicaid offrent un plus grand choix de prestataires que Medicaid ordinaire (frais de service). Vous pouvez choisir votre propre prestataire de soins primaires (PCP), ce qui signifie que vous n'avez pas besoin d'aller aux urgences pour des soins médicaux qui ne mettent pas votre vie en danger. Votre prestataire de soins primaires vous orientera vers un spécialiste si vous devez en consulter un. Vous pouvez appeler votre prestataire de soins primaires ou un numéro de téléphone du régime d'assurance maladie 24 heures sur 24 si vous pensez avoir besoin de soins médicaux.

Modifications importantes du programme Medicaid

- De plus amples informations sont disponibles sur le site Web du département de la santé de l'État de New York (New York State Department of Health) à l'adresse <http://www.health.ny.gov>

Page 14

Dois-je résilier toute autre assurance maladie que je possède déjà ?

- Non. Si vous payez des primes d'assurance maladie, Medicaid peut vous aider à les régler.

Page 18

Si vous avez des questions

- New York Health Options est un centre d'appels pour les programmes Medicaid et Child Health Plus (CHP) de New York, veuillez appeler le 1-800-541-2831. Si vous avez besoin d'informations sur les régimes disponibles dans votre comté, les régimes auxquels votre médecin est inscrit et si vous devez adhérer, veuillez appeler le service Choix Medicaid de New York au 1-800-505-5678.

Page 25 – Section E

Q. Que se passe-t-il si mon dossier Medicaid est clôturé ?

- L'assistance médicale temporaire (Transitional Medical Assistance, TMA) est disponible pendant 12 mois consécutifs si vous avez reçu Medicaid pour les familles à faible revenu au cours d'un des six derniers mois.