

Zrozumienie planów Medicare Advantage



Niniejsza oficjalna broszura rządowa wyjaśnia:

- W jaki sposób plany Medicare Advantage różnią się od planu Original Medicare
- Jak działa plan Medicare Advantage
- W jaki sposób można przystąpić do planu Medicare Advantage



„Zrozumienie planów Medicare Advantage” nie jest dokumentem prawnym. Oficjalne informacje prawne na temat programu Medicare są zawarte w odpowiednich ustawach, rozporządzeniach i orzeczeniach.

Informacje zawarte w niniejszej broszurze opisują Program Medicare według stanu w czasie drukowania tej broszury. Po jej wydrukowaniu mogły nastąpić zmiany. Odwiedź stronę [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać najbardziej aktualne informacje. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Zawartość



Wprowadzenie	4
Jakie są różnice między ubezpieczeniami Original Medicare a Medicare Advantage?.	5
Czym są plany Medicare Advantage?	9
Jak działają plany Medicare Advantage?	9
Co pokrywają plany Medicare Advantage?	9
Jakie są moje koszty?	10
Jakie są moje koszty? (ciąg dalszy).	12
Kto może przystąpić do planu Medicare Advantage?	12
Jak mogę przystąpić do planu Medicare Advantage?	14
Types of Medicare Advantage Plans.	15
Porównaj bezpośrednio plany Medicare Advantage	24
Co jeśli mam polisę Medicare Supplement Insurance (Medigap)?	25
Gdzie mogę uzyskać więcej informacji?	26

Wprowadzenie



Kiedy po raz pierwszy zapiszesz się do Medicare, w określonych porach roku możesz wybrać, w jaki sposób otrzymasz ubezpieczenie Medicare.

Istnieją 2 główne sposoby uzyskania ubezpieczenia Medicare:

- Ubezpieczenie **Original Medicare** zawiera Medicare Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne) Jeśli chcesz ubezpieczenie na leki, możesz dołączyć do oddzielnego Planu ubezpieczenia leków Medicare (Część D).
- **Ubezpieczenie Medicare Advantage (znane też jako „Część C”)** jest całościową alternatywą dla ubezpieczenia Original Medicare. Te „powiązane” plany zawierają Część A, Część B i zazwyczaj Część D. Większość planów oferuje również dodatkowe korzyści, których Original Medicare nie obejmuje – takie jak leczenie wzroku, słuchu, zębów itp.

Twoje decyzje dotyczące planu opieki zdrowotnej Medicare mają wpływ na to, ile płacisz za ubezpieczenie, jakie usługi uzyskujesz, z jakich lekarzy możesz korzystać i jaka jest jakość opieki zdrowotnej.

W zrozumieniu wszystkich dostępnych możliwości pomoże Ci wiedza na temat opcji ubezpieczenia Medicare, pomoc od osób, którym ufasz, oraz porównanie różnych planów.

Jakie są różnice między ubezpieczeniami Original Medicare a Medicare Advantage?

Original Medicare

- Ubezpieczenie Original Medicare zawiera Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne).
- Jeśli chcesz ubezpieczenie na lekarstwa, możesz dołączyć do oddzielnego Planu ubezpieczenia leków Medicare (Część D).
- Aby móc łatwiej spłacić koszty ubezpieczenia Original Medicare pokrywane z własnej kieszeni (np. 20% kosztów współubezpieczenia), możesz również kupić dodatkowe ubezpieczenie.
- W każdym miejscu w Stanach Zjednoczonych możesz korzystać z usług dowolnego lekarza lub szpitala, który przyjmuje pacjentów Medicare.



Część A



Część B



Możesz dodać:



Część D



Możesz również dodać:



Ubezpieczenie dodatkowe



W skład, którego wchodzi ubezpieczenie dodatkowe Medicare (Medigap). Możesz też skorzystać z ubezpieczenia od byłego pracodawcy, związku lub Medicaid.

Ubezpieczenie Medicare Advantage (znane również jako część C)

- Medicare Advantage jest całościową alternatywą dla ubezpieczenia Original Medicare. Te „powiązane” plany zawierają Część A, Część B i zwykle Część D.
- Plany mogą mieć niższe koszty płacone z własnej kieszeni niż ubezpieczenie Original Medicare.
- W wielu przypadkach musisz korzystać z usług lekarzy, którzy znajdują się w sieci tego planu.
- Większość planów oferuje dodatkowe korzyści, których ubezpieczenie Original Medicare nie obejmuje, np. dotyczące leczenia wzroku, słuchu, zębów itd.



Część A



Część B



Większość planów obejmuje:



Część D



Dodatkowe korzyści

Niektóre plany również obejmują:



Niższe koszty płacone z własnej kieszeni

Original Medicare a Medicare Advantage

Wybór lekarza i szpitala

Original Medicare	Medicare Advantage
W każdym miejscu Stanów Zjednoczonych możesz iść do dowolnego lekarza lub szpitala, który przyjmuje pacjentów Medicare	W wielu przypadkach w celu zapewnienia najniższych kosztów będziesz musiał(a) skorzystać z usług lekarzy i innych usługodawców znajdujących się w sieci planu i w rejonie świadczenia usług dla danego planu. Niektóre plany nie pokryją usług świadczonych przez podmioty spoza sieci i rejonu usług.
W większości przypadków nie jest potrzebne skierowanie do specjalisty.	Możesz potrzebować skierowania do specjalisty.

Koszt

Original Medicare	Medicare Advantage
W przypadku usług pokrywanych w ramach Części B zwykle płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare , po osiągnięciu kwoty udziału własnego. Nazywa się to współubezpieczeniem.	Koszty pokrywane z własnej kieszeni różnią się – w przypadku niektórych usług plany mogą mieć niższe koszty pokrywane z własnej kieszeni.
Płacisz składkę (comiesięczną opłatę) za Część B. Jeśli zdecydujesz się polisę Medicare w zakresie refundacji leków (Część D), będziesz płacić tę składkę osobno.	Możesz opłacać składkę na plan dodatkowo oprócz składki na Część B. (Większość planów obejmuje ubezpieczenie leków (Część D).) Plany mogą mieć zerową składkę lub mogą pomagać w płaceniu całości albo części Twoich składek na Część B.
Nie ma rocznego limitu kwoty, jaką płacisz z własnej kieszeni, chyba że masz dodatkowe ubezpieczenie – na przykład Medicare Supplement Insurance (Medigap).	Plany mają roczny limit kwoty, jaką płacisz z własnej kieszeni za usługi objęte ubezpieczeniem Medicare Część A i Część B. Kiedy osiągniesz limit dla swojego planu, przez pozostałą część roku nie zapłacisz nic za świadczenia objęte ubezpieczeniem Medicare Część A i Część B.
Możesz uzyskać Medigap, które pomoże Ci zapłacić pozostałe koszty pokrywane z własnej kieszeni (na przykład dwudziestoprocentową koasekurację). Możesz też skorzystać z ubezpieczenia od byłego pracodawcy, związku lub Medicaid.	Nie możesz kupić ani nie potrzebujesz Medigap.

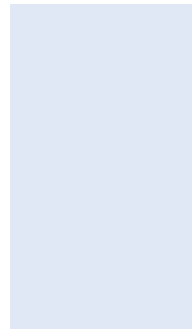
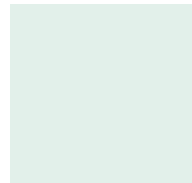
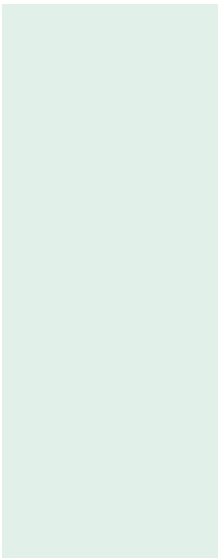
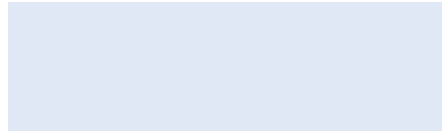
Original Medicare a Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Zakres

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare obejmuje większość niezbędnych pod względem medycznym usług i materiałów w szpitalach, gabinetach lekarskich i innych placówkach opieki zdrowotnej. Plan Original Medicare nie obejmuje niektórych świadczeń, takich jak badania wzroku, większość zabiegów stomatologicznych oraz rutynowe badania.	Plany muszą obejmować wszystkie usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia, które pokrywa Original Medicare. Większość planów oferuje dodatkowe korzyści, których ubezpieczenie Original Medicare nie obejmuje , takie jak niektóre badania wzroku, słuchu, zębów itd. Obecnie plany mogą obejmować więcej takich korzyści.
Możesz dołączyć do oddzielnego Planu refundacji leków Medicare (Część D) , aby uzyskać ubezpieczenie leków.	Planu refundacji leków (Część D) jest ujęty w większości planów. Przy większości rodzajów planów Medicare Advantage nie musisz przystępować oddzielnie do Planu refundacji leków Medicare.
In most cases, you don't have to get a service or supply approved ahead of time for it to be covered.	In some cases, you have to get a service or supply approved ahead of time for it to be covered by the plan.

Podróże

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare generalnie nie obejmuje opieki poza Stanami Zjednoczonymi. Można kupić polisę Medicare Supplement Insurance (Medigap), która obejmuje opiekę poza Stanami Zjednoczonymi.	Plany zasadniczo nie obejmują opieki poza Stanami Zjednoczonymi.



Plany Medicare Advantage

Czym są plany Medicare Advantage?

Plan Medicare Advantage to kolejny sposób na uzyskanie ubezpieczenia Medicare – Część A i Część B. Plany Medicare Advantage, nazywane też czasem „Częścią C” są oferowane za pośrednictwem zatwierdzonych przez Medicare firm prywatnych, które muszą przestrzegać zasad ustalonych przez Medicare. Większość planów Medicare Advantage obejmuje ubezpieczenie leków (Część D). Istnieje kilka różnych rodzajów planów Medicare Advantage (patrz: str. 15). Każdy z tych rodzajów planów Medicare Advantage ma swoje własne zasady dotyczące tego, w jaki sposób możesz skorzystać z usług objętych ubezpieczeniem z Części A i Części B Medicare oraz z dodatkowych świadczeń wynikających z planu.

Jeśli przystąpisz do planu Medicare Advantage, nadal będziesz mieć ubezpieczenie Medicare, ale większość Twoich ubezpieczeń z Części A (ubezpieczenie szpitalne) i Części B (ubezpieczenie medyczne) będzie pokrywana w ramach planu Medicare Advantage, a nie przez Original Medicare.

Aby móc skorzystać z usług objętych ubezpieczeniem Medicare, musisz użyć z karty z planu Medicare Advantage. Przechowuj swoją czerwono-biało-niebieską kartę Medicare w bezpiecznym miejscu, ponieważ będziesz jej potrzebować, jeśli kiedyś wrócisz do Original Medicare.

Jak działają plany Medicare Advantage?

Po przystąpieniu do planu Medicare Advantage, Medicare co miesiąc płaci firmie oferującej ten plan stałą kwotę na pokrycie Twojego ubezpieczenia Medicare Advantage. Firmy oferujące plany Medicare Advantage są zobowiązane przestrzegać zasad określonych przez Medicare. Niemniej jednak każdy plan Medicare Advantage może naliczać różne koszty bieżące i mieć różne zasady dotyczące sposobu korzystania z usług (na przykład określają, czy potrzebujesz skierowania, aby udać się na wizytę do specjalisty, albo czy w sytuacji, która nie jest nagła bądź pilna, musisz skorzystać z usług świadczonych przez lekarzy, placówki lub dostawców należących do sieci planu). Zasady te mogą rokrocznie ulegać zmianie. Przed rozpoczęciem kolejnego roku uczestnictwa plan musi Cię powiadomić o wszelkich zmianach.

Jeśli przystąpisz do planu Medicare Advantage, będziesz mieć takie same prawa i zabezpieczenia, jak w przypadku Original Medicare.

Co pokrywają plany Medicare Advantage?

Plany Medicare Advantage obejmują prawie wszystkie usługi Części A i Części B. Jeśli jednak jesteś w planie Medicare Advantage, plan Original Medicare nadal będzie pokrywał koszt opieki hospicyjnej, niektóre nowe świadczenia Medicare, a także niektóre koszty związane z badaniami klinicznymi. We wszystkich typach planów Medicare Advantage zawsze masz ubezpieczenie opieki w sytuacjach nagłych i pilnych.

Co pokrywają plany Medicare Advantage? (ciąg dalszy)

Większość planów Medicare Advantage oferuje ubezpieczenie pewnych świadczeń, których nie obejmuje Original Medicare, takich jak niektóre programy leczenia wzroku, słuchu, uzębienia oraz programy fitness (np. członkostwo na siłowni lub zniżkę). Plany mają również roczny limit kwoty, jaką płacisz z własnej kieszeni za usługi medyczne Części A i Części B. Kiedy osiągniesz limit dla swojego planu, nie zapłacisz nic za świadczenia objęte ubezpieczeniem w Części A i Części B.

Zakres ubezpieczenia leków Medicare (Część D)

Większość planów Medicare Advantage zawiera ubezpieczenie leków (Część D). W niektórych typach planów, które nie obejmują ubezpieczenia leków w ramach Medicare (np. niektóre plany Medical Savings Account oraz niektóre plany Private-Fee-for-Service), możesz przystąpić do oddzielnego Planu refundacji leków w ramach Medicare.

Jeśli jednak przystąpisz do planu Health Maintenance Organization (HMO) lub Preferred Provider Organization (PPO), który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz przystąpić do oddzielnego planu refundacji leków Medicare. Więcej informacji można znaleźć na stronach 15–24

Uwaga: Jeśli uczestniczysz w planie, który nie oferuje ubezpieczenia leków, i nie masz Planu refundacji leków Medicare, być może będziesz musiał(-a) zapłacić karę za rejestrację z opóźnieniem, jeśli zdecydujesz się przystąpić do Planu refundacji leków Medicare. Aby dowiedzieć się więcej o karze za przystąpienie z opóźnieniem do Części D, odwiedź stronę internetową [Medicare.gov/drug](https://www.Medicare.gov/drug).

Jakie są moje koszty?

Każdego roku plany określają kwoty pobierane za składki ubezpieczenia, udział własny oraz usługi. To plan (a nie Medicare) decyduje o tym, ile płacisz za uzyskane usługi objęte ubezpieczeniem. Stawki opłat dla planu mogą się zmienić tylko raz w roku, w dniu 1 stycznia.

Masz zapłacić składkę za Część B. W roku 2020 składka standardowa w Części B wynosi 144,60 USD (lub więcej, w zależności od Twoich dochodów). Niektóre osoby otrzymujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego płacą mniej (średnio 130 dolarów).

Obliczając koszty pokrywane z własnej kieszeni w planie Medicare Advantage, oprócz Twojej składki, udziału własnego, kwoty współpłacenia i współubezpieczenia musisz również uwzględnić następujące kwestie:

- Rodzaj potrzebnych Ci usług opieki zdrowotnej i jak często z nich korzystasz.
- Czy chodzisz do lekarza lub dostawcy usług medycznych, który akceptuje zlecenie. Zlecenie oznacza, że Twój lekarz, usługodawca lub dostawca zgadza się (lub jest zobowiązany przez prawo) zaakceptować kwotę zatwierdzoną przez Medicare jako całkowite wynagrodzenie za dostarczone usługi.
- Czy plan oferuje dodatkowe świadczenia (oprócz świadczeń w ramach Original Medicare) i czy musisz dodatkowo zapłacić, aby je otrzymać.
- Czy masz Medicaid, czy też otrzymujesz pomoc od swojego stanu w ramach programu Medicare Savings na pokrycie kosztów Medicare.

Jakie są moje koszty? (ciąg dalszy)

Jaka jest różnica między udziałem własnym, współubezpieczeniem (koasekuracją) i współpłaceniem?

Udział własny – kwota, którą musisz zapłacić za opiekę zdrowotną lub leki na receptę zanim zaczniesz płacić ubezpieczenie Original Medicare, Twój plan refundacji leków na receptę lub inne ubezpieczenie.

Współubezpieczenie (koasekuracja) – kwota, którą możesz być zobowiązany(-a) zapłacić jako swój udział w kosztach usług po tym, jak zapłacisz ewentualny udział własny. Współubezpieczenie to zazwyczaj wartość procentowa (na przykład 20%).

Współpłacenie – kwota, którą możesz być zobowiązany(-a) zapłacić jako swój udział w kosztach usługi medycznej lub produktu, na przykład wizyty lekarskiej, wizyty w poradni przyszpitalnej albo leku na receptę. Współfinansowanie to zazwyczaj określona kwota, a nie wartość procentowa. Na przykład możesz zapłacić 10 lub 20 dolarów za wizytę u lekarza lub za lek na receptę.

Więcej szczegółów na temat kosztów przekazuje dany plan

Jeśli przystąpisz do planu Medicare Advantage, przejrzyj powiadomienia, które w każdym roku dostajesz od swojego planu:

- **Doroczne zawiadomienie o zmianie (Annual Notice of Change, ANOC):** Obejmuje wszelkie zmiany zakresu, kosztów, obszaru usług i inne, które będą obowiązywać od stycznia. Przed 30 września Twój plan przyśle Ci wydruk.
- **Świadcstwo ubezpieczenia:** Zawiera szczegółowe informacje na temat oferowanego przez plan zakresu ubezpieczenia, kosztów itd. Przed dniem 15 października Twój plan wyśle Ci powiadomienie (lub wydruk) z informacją o tym, jak uzyskać dostęp do Świadcstwa ubezpieczenia drogą elektroniczną lub jak poprosić o wydrukowany egzemplarz.

Wyznaczenie przez organizację

Możesz z wyprzedzeniem otrzymać decyzję ze Twojego planu i zobaczyć, czy dane usługi, leki lub towary są objęte ubezpieczeniem. Możesz także dowiedzieć się, ile będziesz musiał(-a) zapłacić. Określa się to jako „wyznaczenie przez organizację”. Czasami trzeba to zrobić w charakterze uprzedniej upoważnienia, jako Twój plan obejmował ubezpieczenie usług, leków lub dostawy.

Ty, Twój przedstawiciel lub Twój lekarz możecie poprosić o wyznaczenie przez organizację. Przedstawiciel to osoba, którą możesz do pomocy. Twój przedstawiciel może być członkiem rodziny, przyjacielem, rzecznikiem, prawnikiem, doradcą finansowym, lekarzem lub inną osobą, która będzie występować w Twoim imieniu. W zależności od Twoich potrzeb zdrowotnych, Ty, Twój przedstawiciel lub Twój lekarz możecie poprosić o szybką decyzję w sprawie wyznaczenia przez organizację. Jeśli Twój plan odmawia pokrycia kosztów, musi poinformować Cię o tym na piśmie, a Ty masz prawo do wniesienia odwołania.

Jakie są moje koszty? (ciąg dalszy)

Jeśli dostawca planu odsyła cię do usługi lub usługodawcy poza siecią, ale nie dokonuje z góry wyznaczenia przez organizację, **określa się to jako „opieka wyznaczona przez plan”**. W większości przypadków nie zapłacisz więcej niż wynosi zwykły podział kosztów dla danego planu. Uzyskaj w swoim planie więcej informacji na temat tej ochrony.

Kto może przystąpić do planu Medicare Advantage?

Aby przystąpić do planu Medicare Advantage, musisz:

- Mieć Część A i Część B.
- Mieszkać w rejonie świadczenia usług dla danego planu.

Co w przypadku, jeśli mam wcześniej istniejącą chorobę?

Do planu Medicare Advantage możesz przystąpić, nawet jeśli masz już wcześniej istniejące schorzenie.

Co, jeśli choruję na schyłkową niewydolność nerek (ESRD)?

Jeśli cierpisz na schyłkową niewydolność nerek (ESRD), możesz przystąpić do planu Medicare Advantage w okresie otwartej rejestracji (od 15 października do 7 grudnia 2020 r.) w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej od dnia 1 stycznia 2021 roku. W przypadku wielu planów Medicare Advantage musisz korzystać z usług usługodawców w zakresie opieki zdrowotnej, którzy

są ujęci w sieci planu i świadczą usługi w danym rejonie. Zanim się zarejestrujesz, możesz sprawdzić swoich usługodawców w zakresie opieki zdrowotnej oraz plan, przystąpienie do którego rozważasz, aby upewnić się, czy podmioty, z usług których obecnie korzystasz (np. punkt dializ lub lekarz nefrolog), bądź też planujesz korzystać w przyszłości (np. specjalista w dziedzinie transplantacji) znajdują się w sieci planu. Jeśli korzystasz już z planu Medicare Advantage, sprawdź i upewnij się, czy Twoi usługodawcy w zakresie opieki zdrowotnej będą nadal uczestnikami sieci planu w 2021 roku. Aby uzyskać więcej informacji, przeczytaj materiały dotyczące planu lub skontaktuj się z planem.

Co, jeśli mam inne ubezpieczenie?

Przed przystąpieniem do planu Medicare Advantage porozmawiaj ze swoim pracodawcą, związkiem lub innym administratorem świadczeń na temat jego zasad. W niektórych przypadkach przystąpienie do planu Medicare Advantage może doprowadzić do utraty ubezpieczenia, które Twój pracodawca lub związek zapewnia Tobie, Twojemu współmałżonkowi i osobom na Twoim utrzymaniu, a Ty nie będziesz już mógł go odzyskać. W innych przypadkach w razie przystąpienia do planu Medicare Advantage nadal możesz korzystać z ubezpieczenia zapewnianego przez pracodawcę lub związek, równoległe z planem Medicare Advantage, do którego przystępujesz. Twój pracodawca lub związek zawodowy również mogą zaoferować sponsorowany przez siebie plan opieki zdrowotnej dla emerytów Medicare Advantage.

Uwaga: W pewnych sytuacjach (np. w razie przeprowadzki) możesz w innych terminach przystąpić do planu, zmienić go lub zrezygnować z niego

Kiedy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, zmienić go lub zrezygnować z niego?

Możesz przystąpić do planu Medicare Advantage, zmienić go lub zrezygnować z niego tylko podczas poniższych okresów rejestracji:

- Początkowy okres rejestracji – gdy po raz pierwszy uzyskasz prawo do Medicare, możesz zarejestrować się w Początkowym okresie rejestracji. W wielu przypadkach jest to 7-miesięczny okres, który rozpoczyna się 3 miesiące przed miesiącem, w którym kończysz 65 lat, obejmuje miesiąc, w którym kończysz 65 lat, a kończy się 3 miesiące po miesiącu, w którym kończysz 65 lat. Jeśli masz mniej niż 65 lat i jesteś osobą niepełnosprawną, po uzyskaniu renty z Ubezpieczenia Społecznego lub pewnych świadczeń z tytułu niepełnosprawności z Railroad Retirement Board na okres 24 miesiące automatycznie otrzymasz część A i część B.

Jeśli zarejestrujesz się w ciągu pierwszych 3 miesięcy Początkowego okresu rejestracji, w większości przypadków Twoje ubezpieczenie rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca, w którym masz urodziny. Jednak jeśli Twoje urodziny przypadają w pierwszym dniu miesiąca, to Twoje ubezpieczenie rozpoczyna się w pierwszym dniu poprzedniego miesiąca.

Jeśli zarejestrujesz się w miesiącu, w którym kończysz 65 lat, lub w ciągu ostatnich 3 miesięcy Początkowego okresu rejestracji, data rozpoczęcia ubezpieczenia będzie opóźniona.

- Okres ogólnej rejestracji – jeśli masz ubezpieczenie Część A i w tym okresie (między 1 stycznia a 31 marca każdego roku) uzyskasz po raz pierwszy ubezpieczenie Część B, wówczas możesz również w tym czasie przystąpić do planu Medicare Advantage. Twoje ubezpieczenie może nie rozpocząć się aż do 1 lipca.
- Okres otwartej rejestracji – w okresie od 15 października do 7 grudnia każdy może przystąpić do ubezpieczenia Medicare, zmienić je lub zrezygnować z planu Medicare Advantage. Twoje ubezpieczenia rozpocznie się w dniu 1 stycznia (o ile plan otrzyma Twój wniosek przed 7 grudnia).

Czy mogę zmienić swoje ubezpieczenie po 7 grudnia?

Od 1 stycznia do 31 marca każdego roku możesz dokonać tych zmian w trakcie **Okresu otwartej rejestracji do Medicare Advantage**:

- Jeśli jesteś w planie Medicare Advantage (z ubezpieczeniem kosztu lekarstw lub bez), możesz przejść do innego planu Medicare Advantage (z ubezpieczeniem kosztu lekarstw lub bez).
- Możesz zrezygnować z planu Medicare Advantage i powrócić do ubezpieczenia Original Medicare. Będziesz też mieć możliwość przystąpienia do planu Planu ubezpieczenia leków Medicare.

W tym okresie **nie możesz**:

- Przejść z planu Original Medicare do Medicare Advantage.
- Przystąpić do Planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare, jeśli uczestniczysz w planie Original Medicare.
- Przejść z jednego Planu ubezpieczenia leków Medicare do innego, jeśli jesteś w planie Original Medicare

Kiedy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, zmienić go lub zrezygnować z niego? (ciąg dalszy)

Można w tym okresie dokonać tylko jednej zmiany, a wszelkie dokonywane przez Ciebie zmiany wejdą w życie w pierwszym dniu miesiąca, w którym plan otrzyma Twój wniosek. Jeśli powracasz do planu Original Medicare i przystępujesz do Planu ubezpieczenia leków, w celu wypisania się nie musisz kontaktować się ze swoim planem Medicare Advantage. Wypisanie się nastąpi automatycznie, kiedy przystąpisz do planu ubezpieczenia leków.

Uwaga: Jeśli zarejestrujesz się w planie Medicare Advantage w pierwszym okresie rejestracji, w ciągu pierwszych 3 miesięcy ubezpieczenia Medicare możesz zmienić je na inny plan Medicare Advantage (z ubezpieczeniem kosztu lekarstw lub bez) lub powrócić do planu Original Medicare (z planem z ubezpieczeniem kosztu lekarstw lub bez).

Jak mogę przystąpić do planu Medicare Advantage?

Nie wszystkie plany Medicare Advantage działają w taki sam sposób. Przed przystąpieniem możesz wyszukać i porównać plany zdrowotne Medicare w Twoim rejonie, odwiedzając stronę [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Po zapoznaniu się z zasadami i kosztami planu, w celu przystąpienia do niego użyj jednego z poniższych sposobów:

- Odwiedź stronę [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) i wyszukaj plan według kodu pocztowego. Możesz także zalogować się i uzyskać spersonalizowane wyniki. Jeśli masz pytania na temat konkretnego planu, zaznacz „Szczegóły planu” („Plan Details”), aby uzyskać informacje kontaktowe do tego planu.
- Aby sprawdzić, czy możesz przystąpić do ubezpieczenia on-line, odwiedź stronę internetową planu.
- Wypełnij papierowy formularz zgłoszenia. Skontaktuj się z planem, aby otrzymać formularz rejestracyjny, wypełnij go i odeślij do planu. Wszystkie plany muszą oferować tę opcję.
- Jeśli chcesz przystąpić, zadzwoń do planu. Aby uzyskać dane do kontaktu z Twoim planem, odwiedź stronę internetową [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).
- Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Przystępując do planu Medicare Advantage musisz podać te informacje z Twojej karty Medicare:

- Twój numer Medicare
- Dzień rozpoczęcia ubezpieczenia w Części A i/lub Części B.

Pamiętaj, że kiedy zapiszesz się do planu Medicare Advantage, w większości przypadków **musisz użyć karty z twojej planu Medicare Advantage**, aby uzyskać usługi pokrywane przez Twój plan Medicare. W przypadku niektórych usług możesz zostać poproszony(-a) o pokazanie swojej czerwonej, białej i niebieskiej karty Medicare.

Uwaga:

Począwszy od roku 2021 osoby ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD) będą mogły przystępować do planów Medicare Advantage bez tych ograniczeń.

Rodzaje planów Medicare Advantage

Istnieją różne rodzaje planów Medicare Advantage:

- Plany Health Maintenance Organization (HMO): Patrz: strony 15-16.
- Plany Preferred Provider Organization (PPO): Patrz: strona 17.
- Plany Private Fee-for-Service (PFFS): Patrz: strony 18-19.
- Plany Special Needs Plan (SNP): Patrz: strony 20-21.
- Plany Medical Savings Account (MSA): Patrz: strony 22-23.

W rejonie, w którym mieszkasz, mogą być dostępne wszystkie lub niektóre z tych typów, a może nie być dostępny żaden z nich. Ponadto w Twoim rejonie może być dostępnych wiele planów tego samego typu, jeśli oferują je firmy prywatne. Aby zobaczyć, jakie rodzaje planów Medicare Advantage są dostępne dla Ciebie, odwiedź stronę [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Plany Health Maintenance Organization (HMO)

Plan Health Maintenance Organization (HMO) to rodzaj planu Medicare Advantage, który zazwyczaj zapewnia świadczenia medyczne udzielane przez lekarzy, specjalistów lub szpitale z sieci tego planu (z wyjątkiem sytuacji nagłych, wymagających pilnej opieki poza rejonem

świadczenia usług dla danego planu lub dializy poza rejonem świadczenia usług). Sieć to grupa lekarzy, szpitali i placówek medycznych, które mają z planem umowę na świadczenie usług. Większość planów HMO wymaga również, aby skierowania do lekarzy specjalistów wystawiał Twój lekarz pierwszego kontaktu, tak aby opieka nad Tobą była skoordynowana.

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala?

Nie. Generalnie musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy, innych pracowników opieki zdrowotnej i szpitali z sieci tego planu (z wyjątkiem sytuacji nagłych, pilnej opieki poza rejonem poza rejonem

świadczenia usług i dializy poza rejonem świadczenia usług dla danego planu, niezależnie od tego, czy usługa jest świadczona w sieci planu czy poza nią). Niemniej jednak niektóre plany HMO, znane również jako plany HMO Point-of-Service (HMOPOS), oferują świadczenia spoza sieci.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Health Maintenance Organization (HMO) (ciąg dalszy)

Jeżeli będziesz korzystać z opieki zdrowotnej poza siecią Twojego planu, możesz zapłacić pełne koszty. Ważne jest, aby postępować zgodnie z zasadami planu, na przykład uzyskać uprzednią zgodę na jakąś potrzebną usługę. W większości przypadków musisz wybrać lekarza pierwszego kontaktu. Na niektóre usługi, np. na coroczne przesiewowe badania mammograficzne, nie są wymagane skierowania. Jeśli twój lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej przestanie należeć do sieci planu, Twój plan Cię o tym powiadomi. Możesz wybrać innego lekarza z sieci planu.

Plany HMO Point-of-Service (HMOPOS) to plany HMO, które **mogą Ci zezwolić na otrzymywanie pewnych usług poza siecią, przy wyższym współfinansowaniu lub współubezpieczeniu**. Ważne jest, aby postępować zgodnie z zasadami planu, na przykład uzyskać uprzednią zgodę na jakąś potrzebną usługę.

Czy te plany obejmują leki na receptę?

W większości przypadków – tak. Jeśli chcesz uzyskać ubezpieczenie leków Medicare, musisz przystąpić do planu HMO. Jeśli przystąpisz do planu HMO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz uzyskać oddzielnego Planu refundacji leków Medicare (Część D).

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Preferred Provider Organization (PPO)

Plan Preferred Provider Organization (PPO) to plan Medicare Advantage, który obejmuje sieć lekarzy, specjalistów, szpitali i innych pracowników opieki zdrowotnej, z usług których możesz korzystać, ale możesz również korzystać z usług usługodawców spoza sieci w przypadku usług objętych wyższym kosztem. Możesz również iść do dowolnego lekarza, lekarza specjalisty lub szpitala, którego nie ma na liście planu (spoza sieci), ale zazwyczaj będzie to kosztowało więcej. Ponieważ niektórzy usługodawcy są „preferowani” (jak sugeruje nazwa planu), korzystając z ich usług możesz zaoszczędzić pieniądze.

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala?

Tak. Plany PPO mają sieć lekarzy, specjalistów, szpitali i innych pracowników opieki zdrowotnej, z usług których możesz korzystać, ale możesz również korzystać z usług usługodawców spoza sieci w przypadku usług objętych zazwyczaj wyższym kosztem. Zawsze masz ubezpieczenie w sytuacjach nagłych i pilnych.

Jeśli zdecydujesz się skorzystać z usług usługodawcy spoza sieci, możesz poprosić o wcześniejsze określenie zakresu ubezpieczenia z planu PPO, aby zyskać pewność, że usługi te są niezbędne z medycznego punktu widzenia i że Twój plan je obejmuje.

Czy te plany obejmują leki na receptę?

W większości przypadków – tak. Jeśli chcesz planu ubezpieczenia leków Medicare, musisz przystąpić do planu PPO. Jeśli przystąpisz do planu PPO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz uzyskać oddzielnego Planu ubezpieczenia leków Medicare.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Private Fee-for-Service (PFFS)

Plan Private Fee-for-Service (PFFS) jest innym rodzajem planu Medicare Advantage, oferowanym przez prywatną firmę ubezpieczeń zdrowotnych. Plan PFFS nie jest taki sam, jak Original Medicare lub Medicare Supplement (Medigap).

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala?

Możesz iść do dowolnego zatwierdzonego przez Medicare lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala, który akceptuje warunki płatności planu i wyrazi zgodę na Twoje leczenie. Jeśli przystąpisz do planu PFFS, który ma sieć, możesz także iść do któregośkolwiek z usługodawców tej sieci, którzy zgodzili się zawsze leczyć uczestników planu. Możesz także wybrać nienależącego do sieci lekarza, szpital lub innego usługodawcę, który akceptuje plan, ale możesz wówczas zapłacić więcej.

Zanim uzyskasz jakiegokolwiek świadczenia, poproś swojego lekarza lub szpital, żeby skontaktował się z planem w sprawie zasad płatności i zaakceptował warunki płatności planu. Jeśli potrzebujesz opieki w sytuacji nagłej, to jest ona objęta ubezpieczeniem bez względu na to, czy usługodawca akceptuje warunki płatności planu czy nie.

Jeśli Twój usługodawca godzi się na określone przez plan zasady i warunki płatności

Usługodawca musi przestrzegać określonych przez plan zasad i warunków płatności oraz musi obciążyć plan rachunkiem za udzielone Ci usługi. Usługodawca może jednak podczas każdej wizyty decydować, czy zaakceptować plan i zgodzić się, aby Cię leczyć.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Private Fee-for-Service (PFFS) (ciąg dalszy)

Jeśli usługodawca nie zgadza się na określone przez plan zasady i warunki płatności

Usługodawca nie powinien świadczyć Ci usług, z wyjątkiem sytuacji nagłych, a Ty musisz poszukać innego usługodawcy, który zaakceptuje plan PFFS.

Jeśli jednak usługodawca zdecyduje się leczyć Cię, wówczas może wystawić rachunek tylko za podział kosztów dozwolony dla danego planu. Usługodawcy muszą obciążyć plan rachunkiem za udzielone Ci usługi medyczne. Musisz jedynie zapłacić w czasie usługi określone przez plan współfinansowanie lub współubezpieczenie, zaakceptowane przez plan. Być może będziesz musiał(-a) zapłacić dodatkową kwotę (nawet o 15% więcej), jeśli plan zezwala usługodawcom na „bilansowanie rachunku” (kiedy to usługodawca obciąża Cię rachunkiem za różnicę między kwotą żadaną przez usługodawcę a kwotą dozwoloną).

Czy te plany obejmują leki na receptę?

Czasami. Jeśli chcesz ubezpieczenia leków na receptę Medicare i jest ono oferowane przez plan, musisz uzyskać ubezpieczenie leków Medicare z tego planu.

Jeśli Twój plan PFFS nie oferuje ubezpieczenia leków, możesz przystąpić do oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Special Needs Plans (SNP)

Plan Special Needs (SNP) zapewnia korzyści i usługi osobom z określonymi chorobami, z określonymi potrzebami w zakresie opieki zdrowotnej lub z ograniczonymi dochodami. Plany SNP dopasowują oferowane korzyści, wybór usługodawców oraz listę leków objętych ubezpieczeniem (tzw. „formularz”), aby jak najlepiej zaspokajać określone potrzeby grup, którym służą.

Plany SNP to plany typu HMO lub PPO i obejmują te same świadczenia Medicare w Części A i Części B, które obejmują wszystkie plany Medicare Advantage. Niemniej jednak plany SNP mogą obejmować również dodatkowe usługi dostosowane do szczególnych grup, którym te plany służą. Jeśli masz na przykład poważną lub przewlekłą chorobę, jak nowotwór lub przewlekła niewydolność serca, a konieczny jest pobyt w szpitalu, to SNP może objąć ubezpieczeniem dodatkowe dni pobytu w szpitalu.

Możesz zakwalifikować się do planu SNP, jeśli mieszkasz w rejonie świadczenia usług dla danego planu oraz spełniasz jeden z następujących warunków:

- Masz przewlekłą chorobę, na przykład co najmniej jedno z poniższych schorzeń (określanych również jako **przewlekła choroba SNP lub C-SNP – Chronic condition SNP**):
 - Długotrwały alkoholizm i inne uzależnienia
 - Choroby autoimmunologiczne
 - Nowotwór (z wyłączeniem stanów przednowotworowych)
 - Choroby układu krążenia
 - Przewlekła niewydolność serca
 - Demencja
 - Cukrzyca
 - Schyłkowa niewydolność wątroby
 - Schyłkowa niewydolność nerek (ESRD) wymagająca dializy (dowolna metoda dializy)
 - Poważne zaburzenia hematologiczne
 - HIV / AIDS
 - Przewlekłe choroby płuc
 - Przewlekłe i upośledzające choroby psychiczne
 - Zaburzenia neurologiczne
 - Udar

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

SPlany Special Needs (SNP) (ciąg dalszy)

- Mieszkasz w placówce (np. w domu opieki), albo potrzebujesz opieki pielęgniarstwa w domu (**określa się to również jako Instytucjonalny SNP lub i-SNP**).
- Kwalifikujesz się zarówno do Medicare, jak i Medicaid (określa się to również jako **SNP z dwoma uprawnieniami lub D-SNP – Dual Eligible SNP**).

Każdy plan SNP ogranicza możliwość uczestnictwa w nim do osób z jednej z tych grup albo podzbioru jednej z tych grup. Możesz zachować uczestnictwo w SNP wówczas, gdy cały czas spełniasz specjalne warunki, jaki ten plan stawia.

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala?

Generalnie musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy, innych pracowników opieki zdrowotnej i szpitali z sieci tego planu (z wyjątkiem sytuacji nagłych, pilnej opieki poza rejonem i dializy poza rejonem). Jeśli jednak Twój plan Special Needs to plan PPO, wówczas możesz otrzymać usługi świadczone przez dowolnego kwalifikowanego usługodawcę lub szpitala, ale zazwyczaj po kosztach wyższych niż usługi oferowane przez usługodawcę z sieci.

W większości przypadków plany SNP mogą wymagać, abyś miał lekarza pierwszego kontaktu albo koordynatora opieki, który będzie Ci pomagać w uzyskaniu opieki medycznej. Koordynator opieki jest osobą zapewniającą, aby ludzie otrzymywali właściwą opiekę i informację. Na przykład SNP dla osób z cukrzycą może korzystać koordynatora opieki, aby pomagał członkom planu monitorować poziom cukru we krwi i przestrzegać diety.

Plany SNP mają zazwyczaj specjalistów od tych chorób, na które chorują członkowie planu. Generalnie musisz korzystać z opieki i usług lekarzy i szpitali z sieci planu, z wyjątkiem następujących sytuacji:

- Jeśli potrzebujesz opieki w sytuacji nagłej lub pilnej, na przykład opieki w razie nagłej choroby lub urazu, kiedy konieczna jest natychmiastowa opieka medyczna
- Jeśli masz schyłkową niewydolność nerek (ESRD) i potrzebujesz dializy poza rejonem

Czy te plany obejmują leki na receptę?

Wszystkie plany SNP muszą zapewniać ubezpieczenie leków Medicare.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany Medical Savings Account

Plany Medical Savings Account (MSA, Medyczne konta oszczędnościowe) są połączeniem planu ubezpieczeniowego o wysokiej kwocie udziału własnego z medycznym rachunkiem oszczędnościowym, który możesz wykorzystać do opłacania kosztów swojej opieki zdrowotnej.

1. **Plan zdrowotny z wysoką kwotą udziału własnego:** Pierwsza część planu MSA to specjalny rodzaj planu Medicare Advantage o dużej kwocie udziału własnego. Plan ten rozpocznie pokrywanie Twoich kosztów dopiero wtedy, gdy osiągniesz wysoką roczną kwotę udziału własnego, która jest różna w zależności od planu.
2. **Plany Medical Savings Account (MSA)** Druga część planu MSA to specjalny rodzaj konta oszczędnościowego. Plan MSA wpłaca pieniądze na Twoje konto.

Kiedy zdecydujesz, który plan MSA chcesz wybrać, musisz skontaktować się z planem prosząc o informacje o rejestracji, a następnie przystąpić do planu. Kiedy się zarejestrujesz, plan poinformuje Cię, jak skonfigurować konto w wybranym przez plan banku. Musisz skonfigurować to konto, zanim plan będzie mógł przetworzyć Twoje zgłoszenie. Następnie otrzymasz od planu list z informacją, kiedy zaczyna się Twoje ubezpieczenie:

1. Medicare co roku przekazuje planowi pewną sumę pieniędzy na Twoją opiekę zdrowotną.
2. Plan wpłaca te pieniądze w twoim imieniu na Twoje konto. Nie możesz wpłacać swoich własnych pieniędzy.
3. Możesz wykorzystać te pieniądze z Twojego konta na opłacenie kosztów opieki zdrowotnej, w tym kosztów opieki zdrowotnej, które nie są objęte planem Medicare. Kiedy wykorzystujesz pieniądze z konta na pokrywane przez Medicare usługi Części A i Części B, zalicza się to do obowiązującej w twoim planie kwoty udziału własnego.
4. Jeśli wykorzystasz wszystkie pieniądze ze swojego konta i będziesz mieć dodatkowe koszty opieki zdrowotnej, będziesz musiał(-a) płacić z własnej kieszeni za świadczenia objęte przez Medicare do czasu, aż osiągniesz kwotę udziału własnego określoną w Twoim planie.
5. W tym czasie płacisz za usługi z własnej kieszeni do chwili osiągnięcia kwoty udziału własnego, a lekarze i inni usługodawcy nie mogą Cię obciążać powyżej kwoty zatwierdzonej przez Medicare.
6. Po osiągnięcia kwoty udziału własnego Twój plan będzie pokrywał Twoje usługi objęte ubezpieczeniem Medicare.
7. Pieniądze pozostające na koniec roku na Twoim koncie zostaną na tym koncie i w kolejnych latach można je wykorzystać na pokrywanie kosztów opieki zdrowotnej. Jeśli w następnym roku będziesz nadal w tym samym planie MSA, to do pozostawionej kwoty zostanie dodana nowa suma.

Rodzaje planów Medicare Advantage (ciąg dalszy)

Plany MSA i Twoje podatki

Jeśli użyjesz środków ze swojego konta, to przy rozliczaniu podatku musisz dołączyć formularz IRS 8853 z informacjami o tym, jak wykorzystałeś(-aś) pieniądze z konta.

Każdego roku musisz uzyskać z banku formularz 1099-SA, który zawiera wszystkie wypłaty z konta. Musisz wykazać, że miałeś(-aś) kwalifikujące się wydatki medyczne co najmniej w tej wysokości, bo w przeciwnym wypadku będziesz płacić podatki i dodatkowe kary.

Lista usług i produktów, które zaliczają się do kwalifikujących się wydatków medycznych, jak również inne informacje podatkowe znajdują się na stronie irs.gov/forms-pubs/about-publication-969, z której możesz pobrać darmowy egzemplarz publikacji #969 na rok, za który będziesz składać zeznanie podatkowe. Zawiera on informacje na temat formularza podatkowego 8853.

Skontaktuj się z Twoim osobistym doradcą finansowym (jeśli masz takiego) i poproś o poradę, w jaki sposób wybór planu MSA może wpłynąć na Twoją sytuację finansową.

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala?

Plany MSA zazwyczaj nie mają sieci usługodawców w zakresie opieki zdrowotnej. Możesz jednak uzyskać usługi Medicare z Części A i Części B od dowolnego uprawnionego usługodawcy Medicare w Stanach Zjednoczonych lub na terenie terytoriów zorganizowanych USA.

Czy te plany obejmują leki na receptę?

Nie. Jeśli przystąpisz do planu Medicare MSA i potrzebujesz ubezpieczenia leków, musisz uzyskać oddzielny Plan ubezpieczenia leków Medicare.

Jeśli jednak przystąpisz do planu MSA, a masz już polisę Medigap z ubezpieczeniem leków (niektóre polisy sprzedane przed 1 stycznia 2006 r. miały ubezpieczenie leków), możesz nadal używać tego ubezpieczenia na opłacenie niektórych swoich leków

Porównaj bezpośrednio plany Medicare Advantage

Poniższe zestawienie przedstawia podstawowe informacje na temat wszystkich rodzajów planów Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Składka Czy muszę płacić comiesięczną składkę?	Tak Może naliczać składkę oprócz składki za Część B.	Tak Może naliczać składkę oprócz składki za Część B.	Tak Może naliczać składkę oprócz składki za Część B.	Tak Może naliczać składkę oprócz składki za Część B.	Nie Nie musisz płacić miesięcznej składki, ale nadal musisz płacić comiesięczną składkę za Część B.
Leki Czy plan oferuje ubezpieczenie leków na receptę Medicare?	Zazwyczaj Jeśli przystąpisz do planu HMO, który nie oferuje ubezpieczenia leków, nie możesz otrzymać oddzielnego Planu ubezpieczenia leków Medicare.	Zazwyczaj Jeśli przystąpisz do planu PPO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz uzyskać oddzielnego Planu ubezpieczenia leków Medicare.	Zazwyczaj Jeśli przystąpisz do planu PFFS, który nie oferuje ubezpieczenia leków, możesz uzyskać Plan ubezpieczenia leków Medicare.	Tak Wszystkie plany SNP muszą zapewniać ubezpieczenie leków na receptę Medicare.	Nie Będziesz musiał(-a) przystąpić do Planu ubezpieczenia leków Medicare. Jeśli masz już polisę Medigap z ubezpieczeniem leków, możesz nadal korzystać z tego ubezpieczenia do zapłacenia za niektóre swoje leki.
Dostawcy Czy mogę użyć dowolnego lekarza lub szpitala, który akceptuje Medicare w przypadku określonych usług?	Czasami Generalnie musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy, innych pracowników opieki zdrowotnej i szpitali z sieci tego planu (z wyjątkiem opieki w sytuacjach nagłych i dializ poza rejonem). W HMOPOS możesz uzyskać niektóre usługi spoza sieci w zamian za wyższe współfinansowanie lub współubezpieczenie.	Tak Każdy plan ma sieć lekarzy, szpitali i innych dostawców, do których możesz pójść. Możesz skorzystać również z usługodawców spoza sieci planu, ale Twoje koszty mogą być wówczas wyższe.	Tak Możesz iść do dowolnego zatwierdzonego przez Medicare lekarza, innego pracownika opieki zdrowotnej lub szpitala, który akceptuje warunki płatności planu i wyrazi zgodę na Twoje leczenie. Jeśli plan ma sieć, możesz skorzystać z dowolnego usługodawcy z tej sieci (jeśli pójdziesz do usługodawcy spoza sieci planu, akceptującego warunki planu, wówczas możesz zapłacić więcej).	Nie Ogólni rzecz biorąc, musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy i ze szpitali z sieci tego planu SNP (z wyjątkiem sytuacji nagłych i konieczności pilnej opieki lub jeśli masz schyłkową niewydolność nerek i potrzebujesz dializy poza rejonem). Jeśli jednak Twój plan SNP to PPO, wówczas uzyskasz usługi objęte ubezpieczeniem Medicare poza siecią.	Tak Plany MSA zazwyczaj nie mają usługodawców sieciowych. Możesz udać się do dowolnego zatwierdzonego przez Medicare usługodawcy w celu skorzystania z usług objętych planem Original Medicare.
Skierowanie: Czy muszę mieć skierowanie od mojego lekarza, aby iść do specjalisty?	Tak	Nie	Być może Plany mogą się różnić.	Być może	Nie

Co jeśli mam polisę Medicare Supplement Insurance (Medigap)?

Jeśli masz polisę Medigap i przystąpisz do planu Medicare Advantage, możesz rozważyć rezygnację z polisy Medigap. Nie możesz wykorzystać Medigap do opłacania swoich współpłatności w ramach planu Medicare Advantage, udziału własnego i składek, ponieważ plany Medicare Advantage zapewniają inne zabezpieczenia, których nie zapewnia Medigap.

Jeśli chcesz anulować polisę Medigap, skontaktuj się z firmą ubezpieczeniową. **Jeśli zrezygnujesz z polisy Medigap, możesz nie uzyskać ponownie takiej samej, a w niektórych przypadkach jakiegokolwiek polisy Medigap.** Jeśli masz już plan Medicare Advantage, nikt nie ma prawa sprzedać Ci polisy Medigap, chyba że powrócisz do ubezpieczenia Original Medicare. Jeśli nie planujesz rezygnacji z planu Medicare Advantage, a ktoś usiłuje sprzedać Ci polisę Medigap, zgłoś to do Departamentu Ubezpieczeń Stanowych (State Insurance Department).

Jeśli przystępujesz do planu Medicare Advantage po raz pierwszy i nie jesteś z niego zadowolony(-a), będziesz mieć specjalne prawa na mocy prawa federalnego do wykupienia polisy Medigap oraz planu refundacji leków Medicare, jeśli powrócisz do planu Original Medicare w ciągu 12 miesięcy od przystąpienia do planu Medicare Advantage.

- Jeśli przed przystąpieniem do planu miałeś(-aś) polisę Medigap, możesz uzyskać ponownie tę samą polisę, jeśli dana firma nadal ją sprzedaje. Jeśli taka polisa nie jest dostępna, możesz wykupić inną.
- Jeśli przystąpiłeś(-aś) do planu Medicare Advantage, kiedy po raz pierwszy kwalifikowałeś(-aś) się do Medicare (i nie jesteś z niego zadowolony), w ciągu pierwszego roku od przystąpienia do planu możesz wybrać dowolną polisę Medigap.

Plany Medigap sprzedawane osobom, które zakwalifikowały się do Medicare niedawno, nie mogą obejmować Części B – udziału własnego. W związku z tym plany C i F nie są dostępne dla osób, które zakwalifikowały do Medicare niedawno, tj. od dnia 1 stycznia 2020 roku włącznie. Jeśli jesteś już lub przed 1 stycznia 2020 r. byłeś(-aś) objęty(-a) planem C lub F (lub wersją planu F z wysokim wkładem własnym), możesz zachować swój plan. Jeśli przed 1 stycznia 2020 roku byłeś(-aś) uprawniony(-a) do ubezpieczenia Medicare, ale jeszcze się nie zarejestrowałeś(-aś), możesz kupić jeden z tych planów z ubezpieczeniem Część B – udział własny.

Gdzie mogę uzyskać więcej informacji?

- **Medicare Plan Finder (wyszukiwarka planów Medicare)**

Porównaj plany ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia leków, aby znaleźć taki, który najbardziej Ci odpowiada. Możesz również wprowadzić nazwy swoich leków, aby uzyskać dokładniejsze informacje na temat kosztów planów w swoim rejonie. Aby kupić i porównać plany, które spełniają Twoje potrzeby, odwiedź stronę [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

- **1-800-MEDICARE**

Infolinia Medicare Call Center może Ci odpowiedzieć na konkretne pytania dotyczące rozliczeń, roszczeń, dokumentacji medycznej, kosztów itd. Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

- **Programy SHIP (State Health Insurance Assistance Programs)**

Są to programy, które uzyskują pieniądze od rządu federalnego z przeznaczeniem na bezpłatne lokalne poradnictwo zdrowotne dla osób z ubezpieczeniem Medicare. Programy SHIP nie są powiązane z żadną firmą ubezpieczeniową ani planem opieki zdrowotnej. Wolontariusze SHIP pomogą Ci w razie następujących pytań i wątpliwości dotyczących Medicare:

- Twoje prawa związane z Medicare
- Problemy z rozliczeniami
- Skargi w sprawie Twojej opieki medycznej lub leczenia
- Wybór planów
- Jak Medicare współpracuje z innymi ubezpieczycielami
- Znalezienie pomocy w opłaceniu kosztów opieki zdrowotnej

Aby znaleźć numer telefonu do programu SHIP dla swojego stanu, wejdź na stronę [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE.

- **Plany Medicare Advantage**

Skontaktuj się z interesującymi Cię planami i poproś o szczegółowe informacje na temat kosztów i zakresu ubezpieczenia.

Komunikacja CMS w formatach z ułatwieniami dostępu

Aby mieć pewność, że osoby niepełnosprawne mają równe szanse korzystania z naszych usług, działań, programów i innych świadczeń, zapewniamy komunikację w formatach z ułatwieniami dostępu. Ośrodki usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) zapewniają dodatkowe pomoce i usługi, w tym informacje w formatach z ułatwieniami dostępu, np. pisane w alfabecie Braille'a lub dużym drukiem, pliki z danymi/nagrania audio, usługi dla osób głuchoniemych i niedosłyszących oraz komunikacja TTY. Jeśli poprosisz CMS o informacje w formacie z ułatwieniami dostępu, nie będziesz pokrzywdzony(-a) z powodu ewentualnego dodatkowego czasu niezbędnego do ich dostarczenia. Oznacza to, że w razie opóźnienia w spełnieniu Twojej prośby otrzymasz dodatkowy czas na podjęcie działań.

Aby poprosić o informacje na temat Medicare lub Marketplace w formacie z ułatwieniami dostępu, możesz:

1. Zadzwoń do nas:

W sprawie Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. Wyślij nam wiadomość e-mail: na altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. Wyśłać nam faks: 1-844-530-3676

4. Wyśłać nam list:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI, Biura Wysłuchań i Zapytań)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

C/O Customer Accessibility Resource Staff (Dział ułatwień dostępu dla klientów)

Twoje zgłoszenie powinno zawierać Twoje imię i nazwisko, numer telefonu, rodzaj potrzebnych informacji (jeśli jest znany) oraz adres korespondencyjny, na który powinniśmy wysłać materiały. Możemy skontaktować się z Tobą w celu uzyskania dodatkowych informacji.

Uwaga: Jeśli jesteś zarejestrowany(-a) w planie Medicare Advantage lub w Planie refundacji leków Medicare, skontaktuj się ze swoim planem i poproś o informacje w formacie z ułatwieniami dostępu. W sprawie Medicaid skontaktuj się ze stanowym lub lokalnym biurem Medicaid.

Informacja o niedyskryminowaniu

Ośrodki Usług Medicare i Medicaid (CMS) nie wykluczają żadnej osoby, nie odmawiają jej świadczeń ani w żaden inny sposób nie dyskryminują nikogo ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, niepełnosprawność, płeć lub wiek, podczas przyjmowania, uczestnictwa lub otrzymywania usług i świadczeń w ramach któregokolwiek z programów i działań CMS, niezależnie od tego, czy są one przeprowadzane bezpośrednio przez CMS, przez kontrahenta lub przez jakikolwiek inny podmiot, który CMS angażuje do swoich programów i działań.

Jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące uzyskania informacji w dostępnym dla Ciebie formacie, możesz skontaktować się z CMS w którykolwiek ze sposobów podanych w niniejszej informacji.

Możesz również złożyć skargę, jeśli sądzisz, że podczas programu lub działalności CMS spotkała Cię dyskryminacja, w tym polegająca na problemach z otrzymaniem informacji w formacie z ułatwieniami dostępu, ze strony któregoś z planów Medicare Advantage, Planu refundacji leków na receptę Medicare, stanowego lub lokalnego biura Medicaid lub kwalifikowanych planów zdrowotnych Marketplace. Istnieją trzy sposoby złożenia skargi w Departamencie USA ds. Zdrowia i Opieki Społecznej – Biuro ds. Praw Obywatelskich [U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights]:

1. Online pod adresem:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Telefonicznie: Zadzwoń pod numer 1-800-368-1019. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-800-537-7697.

3. Na piśmie: Wyślij informacje o swojej skardze na adres:

Office For Civil Rights (Biuro ds. Praw Obywatelskich)
Department of Health & Human Services (Departament Zdrowia i Opieki Społecznej)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Do użytku służbowego
Kara za stosowanie w celach prywatnych: 300 USD

CMS Product No. 12026-Polish
November 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

