



Aktualizacja w maju 2021

Czym jest Medicare?

Medicare to ubezpieczenie zdrowotne dla:

- Osób w wieku 65 lat i starszych
- Osób poniżej 65 roku życia z niektórymi zaburzeniami
- Osób w każdym wieku ze schyłkową niewydolnością nerek (End-Stage Renal Disease - ESRD) (trwałą niewydolnością nerek wymagającą dializy lub przeszczepu nerki)

Z jakich części składa się Medicare?

Oryginalne ubezpieczenie Medicare to płatny program zdrowotny, który składa się z dwóch części: Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i część B (Ubezpieczenie medyczne).

Część A pomaga pokryć:

- Pobyt w szpitalu
- Wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- Opiekę w hospicjum
- Domową opiekę zdrowotną

Zazwyczaj nie płacisz miesięcznej składki za ubezpieczenie Części A, jeśli Ty lub Twój współmałżonek/ka płaciłeś/łaś podatek Medicare podczas pracy przez określony czas. Jest to czasami nazywane bezskładkową Częścią A. Jeśli nie kwalifikujesz się do bezskładkowej Części A, możesz mieć możliwość kupienia Części A.

Część B pomaga pokryć:

- Usługi lekarzy i innych pracowników służby zdrowia
- Przychodnia opieki zdrowotnej
- Domową opiekę zdrowotną
- Trwałe sprzęty medyczne (DME) (np. wózki inwalidzkie, chodziki, łóżka szpitalne i inne)
- Wiele usług prewencyjnych (np. badania przesiewowe, szczepienia, i coroczne wizyty “Wellness”)

Większość osób płaci standardowe miesięczne składki Części B

Uwaga: Oryginalne ubezpieczenie Medicare płaci za większość, ale nie za wszystkie koszty usług i produktów medycznych. Polisy Medicare Supplement Insurance (Medigap) są sprzedawane przez prywatne firmy i mogą pomóc w pokryciu niektórych pozostałych kosztów opieki zdrowotnej, takich jak współpłaty, współubezpieczenie i odliczenia.

Z jakich części składa się Medicare? (ciąg dalszy)

Medicare Advantage (Część C):

- Jest ono całościową alternatywą dla oryginalnego Medicare. Te „powiązane” plany zawierają Część A, Część B i zwykle Część D.
- Plany mogą mieć niższe koszty bezpośrednie niż oryginalne ubezpieczenie Medicare.
- Plany mogą oferować dodatkowe korzyści, których oryginalne ubezpieczenie Medicare nie obejmuje, np. dotyczące leczenia wzroku, słuchu, dentystryczne itd.

Zakres ubezpieczenia leków Medicare (Część D):

- Pomaga pokryć koszty leków na receptę (w tym wielu zalecanych zastrzyków lub szczepionek).
- Jest prowadzona przez plany leków, zatwierdzone przez Medicare, które są zgodne z zasadami ustalonymi przez Medicare.
- Może pomóc obniżyć koszty leków wydawanych na receptę i pomóc ochronić przed większymi kosztami w przyszłości.

Uwaga: Jeśli masz ograniczone dochody i zasoby, możesz kwalifikować się do pomocy w opłaceniu niektórych kosztów opieki zdrowotnej i kosztów leków. Wejdź na stronę [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać więcej informacji na temat programów, które mogą być pomocne w pokryciu kosztów. Użytkownicy TTY (niedosłyszący) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Czym jest Medicaid?

Medicaid to wspólny program federalny i stanowy, który pomaga pokryć koszty leczenia, jeśli masz ograniczony dochód i / lub zasoby i spełniasz inne wymagania. Osoby z Medicaid mogą uzyskać ubezpieczenie za usługi, których ubezpieczenie Medicare może nie pokrywać lub które może pokrywać tylko częściowo, takie jak pielęgnarska opieka domowa, opieka osobista, transport do usług medycznych, usługi domowe i środowiskowe oraz usługi dentystyczne, wzroku i słuchu.

Aby zakwalifikować się do programu Medicaid w danym stanie, musisz być rezydentem tego stanu i obywatelem USA (lub mieć kwalifikowany status imigracyjny). Każdy stan ma inne zasady dotyczące uprawnień i ubiegania się o Medicaid. Jeśli kwalifikujesz się do Medicaid w swoim stanie, automatycznie kwalifikujesz się do Dodatkowej Pomocy w opłacaniu twojego ubezpieczenia leków na receptę (Część D).

Możesz kwalifikować się do Medicaid jeśli masz ograniczone dochody i spełniasz jakiegokolwiek z poniższych kryteriów:

- osobą mającą 65 lat lub starszą
- dzieckiem w wieku do 19 lat
- w ciąży
- niepełnosprawną
- rodzicem lub osobą dorosłą opiekującą się dzieckiem.
- osobą dorosłą bez dzieci na utrzymaniu (w niektórych stanach)

W wielu stanach więcej rodziców i innych osób dorosłych może teraz uzyskać ubezpieczenie. Jeśli odmówiono Ci ubezpieczenia Medicaid poprzednio, możesz spróbować ponownie, aby sprawdzić, czy się kwalifikujesz.

Po zarejestrowaniu się, możesz uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej, takie jak:

- wizyty u lekarza
- hospitalizacja
- usługi i wsparcie długoterminowe
- opieka profilaktyczna, w tym szczepienia, mammogramy, kolonoskopie i inne potrzebne usługi
- opieka prenatalna i położnicza
- opieka zdrowia psychicznego
- niezbędne leki
- opieka okulistyczna i dentystyczna (dla dzieci)

Powinieneś złożyć wniosek o Medicaid, jeśli Ty lub ktoś z Twojej rodziny potrzebuje opieki zdrowotnej. Jeśli nie masz pewności, czy kwalifikujesz się, wykwalifikowany pracownik opieki społecznej w twoim stanie może ocenić Twoją sytuację. Skontaktuj się ze swoim lokalnym lub stanowym biurem Medicaid, aby sprawdzić, czy kwalifikujesz się oraz zarejestrować się.

Podwójne uprawnienie

Osoby kwalifikujące się do Medicare oraz Medicaid są tak zwanymi „**dual eligibles**” (podwójnie kwalifikowani). Jeśli posiadasz Medicare oraz pełny zakres świadczeń z tytułu Medicaid, większość Twoich kosztów będzie pokrytych.

Możesz uzyskać pokrycie Medicare przez oryginalne ubezpieczenie Medicare lub Medicare Advantage Plan. Jeśli masz ubezpieczenie Medicare i/lub pełne ubezpieczenie Medicaid, część D pokrywa Twoje leki na receptę. Medicaid może nadal pokrywać koszty niektórych leków i inne formy opieki, których nie pokrywa Medicare.

Podwójne uprawnienie

- Wejdź na stronę [HealthCare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/), aby dowiedzieć się więcej o Medicaid.
- Wejdź na stronę [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE, aby uzyskać numer telefonu do swojego biura pomocy medycznej (Medicaid).
- Odwiedź stronę [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać najbardziej aktualne informacje.

Masz prawo uzyskać informacje z Medicare w dostępnym formacie, takim jak duży druk, brajl lub audio. Przysługuje Ci również prawo złożenia skargi, jeśli uważasz, że byłeś dyskryminowany. Wejdź na stronę [Medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html](https://www.medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html), lub zadzwoń na 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) aby uzyskać więcej informacji. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą zadzwonić na numer 1-877-486-2048.

Broszura została wyprodukowana na koszt amerykańskiego podatnika.

