Überarbeitet Juni 2015

Was ist Medicare?

Medicare ist Krankenversicherung für:

- Personen, die 65 oder älter sind
- Personen unter 65 mit bestimmten Behinderungen
- Personen jeden Alters mit terminaler Niereninsuffizienz (permanenten Nierenversagens, welches Dialyse oder eine Nierentransplantation erfordert)

Was sind die verschiedenen Teile von Medicare?

Teil A (Krankenhausversicherung) hilft beim Versicherungsschutz für:

- Stationärer Behandlung in Krankenhäusern
- Pflegeeinrichtung mit mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal
- Hospizpflege
- Häusliche Krankenpflege

Für gewöhnlich bezahlen Sie keinen monatlichen Beitrag für Teil-A-Versicherungsschutz, wenn Sie oder Ihr Ehepartner Medicare-Steuern bezahlt haben, als Sie arbeiteten. Dies wird manchmal beitragsfreier Teil A genannt. Wenn Sie nicht zum beitragsfreien Teil A berechtigt sind, könnten Sie Teil A erwerben dürfen und einen Beitrag bezahlen.

Teil B (Krankenversicherung) hilft bei der Versicherungsschutz für:

- Dienstleistungen von Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern
- Ambulante Behandlung
- Häusliche Krankenpflege
- Haltbare medizinische Ausrüstung
- Einige Vorbeugende Dienstleistungen

Die meisten Leute bezahlen den monatlichen Standardbeitrag für Teil B.

Hinweis: Sie sollten wahrscheinlich Versicherungsschutz besorgen, der die Lücken im Versicherungsschutz der ursprünglichen Medicare (original Medicare) füllt. Sie können sich dafür entscheiden, eine Medicare-Zusatzkrankenversicherung (Medicare Supplement Insurance, Medigap)-Police von einem privaten Unternehmen zu erwerben.

Was sind die verschiedenen Teile von Medicare? (fortgesetzt)

Teil C (Medicare Advantage):

- Schließt alle Leistungen und Dienstleistungen ein, die von Teilen A und B gedeckt werden
- Umfasst für gewöhnlich Medicare Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) als Teil des Plans
- Wird von durch Medicare zugelassenen privaten Versicherungsunternehmen geführt
- Könnte zusätzliche Leistungen und Dienstleistungen zu zusätzlichen Kosten umfassen

Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente):

- Hilft beim Versicherungsschutz für Kosten verschreibungspflichtiger Medikamente
- Wird von durch Medicare zugelassenen privaten Versicherungsunternehmen geführt
- Könnte dabei helfen, Ihre Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente zu senken und Sie vor höheren Kosten in der Zukunft zu schützen

Hinweis: Wenn Sie begrenztes Einkommen und begrenzte Ressourcen haben, könnten Sie zu Hilfe bei der Bezahlung Ihrer Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente berechtigt sein. Um mehr Informationen zu erhalten, besuchen Sie bitte socialsecurity.gov, rufen Sie Social Security unter 1-800-772-1213 an oder kontaktieren Sie Ihr örtliches, Bundesstaatliches Büro für medizinische Hilfe (Medical Assistance office (Medicaid-Büro)).

Was ist Medicaid?

Medicaid ist ein gemeinsames föderales und bundesstaatliches Programm, dass mit den medizinischen Kosten von Personen mit begrenztem Einkommen und begrenzten Ressourcen hilft. Medicaid kann auch dabei helfen Kosten zu decken, die normalerweise nicht von Medicare abgedeckt werden (wie Langzeitunterstützung und -pflege und persönliche Pflegedienstleistungen). Jeder Bundesstaat hat verschiedene Regeln zur Berechtigung zu und Beantragung von Medicaid. Wenn Sie zu Medicaid berechtigt sind, sind Sie auch automatisch zu zusätzlicher Hilfe bei der Bezahlung des Medicare-Versicherungsschutzes für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) berechtigt.

Sie könnten zu Medicaid berechtigt sein, wenn Sie begrenztes Einkommen haben und eines der Folgenden sind:

- 65 oder älter
- Ein Kind unter 19
- Schwanger
- Mit einer Behinderung leben
- Ein Elternteil oder ein Erwachsener, das/der ein Kind betreut
- Ein Erwachsener ohne unterhaltsberechtigtes Kind (in bestimmten Bundesstaaten)
- Ein berechtigter Immigrant

In vielen Bundesstaaten können jetzt mehr Eltern und andere Erwachsene Versicherungsschutz erhalten. Wenn Sie in der Vergangenheit abgelehnt wurden, können Sie es erneut versuchen und könnten jetzt berechtigt sein.

Wenn Sie Versicherungsschutz abschließen, können Sie Gesundheitsdienstleistungen erhalten, die Sie brauchen, wie:

- Arztbesuche
- Krankenhausaufenthalte
- Langzeitpflege und -unterstützung
- Vorsorgebehandlung, einschließlich Impfungen, Mammographien, Darmspiegelungen oder anderer benötigter Behandlung
- Pränatal- und Schwangerschaftsbehandlung
- Psychiatrische Gesundheitsfürsorge
- Notwendige Medikamente
- Augen- und Zahnbehandlung (für Kinder)

Sie sollten Medicaid beantragen, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familien Gesundheitsbehandlung benötigt. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie berechtigt sind, kann sich ein qualifizierter Sachbearbeiter Ihre Situation ansehen. Rufen Sie Ihr örtliches oder bundesstaatliches Medicaid-Büro an, um herauszufinden, ob Sie berechtigt sind und um zu beantragen. Für mehr Informationen zum Medicaid-Programm Ihres Bundesstaates, besuchen Sie HealthCare.gov/do-i-qualify-for-medicaid.

Duale Berechtigung

Einige Personen, die sowohl zu Medicare als auch zu Medicaid berechtigt sind, werden „dual Berechtigte“ („dual eligibles“) genannt. Wenn Sie sowohl Medicare- als auch Medicaid-Versicherungsschutz haben, sind die meisten Ihrer Gesundheitskosten wahrscheinlich abgedeckt.

Sie können Ihren Medicare-Versicherungsschutz durch das ursprüngliche Medicare (original Medicare) oder einen Medicare Advantage Plan (wie ein HMO oder PPO) erhalten. Wenn Sie Medicare und volle Medicaid haben, deckt Medicare Ihre verschreibungspflichtige Teil-D-Medikamente ab. Medicaid könnte immer noch für einige Medikamente und andere Behandlung bezahlen, die Medicare nicht abdeckt.

Für mehr Informationen zu Medicaid, besuchen Sie HealthCare.gov/do-i-qualify-for-medicaid. Wenn Sie Fragen bezüglich Medicare haben, besuchen Sie Medicare.gov oder rufen Sie 1-800-Medicare (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

CMS Product No. 11306 - German