Erinnern Sie sich an diese wichtigen Fakten

- Sie müssen Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) und Medicare Teil B (Krankenversicherung) haben, um eine Medigap-Police zu kaufen.
- Sie bezahlen einen monatlichen Beitrag an ein privates Krankenversicherungsunternehmen für Ihre Medigap-Police zusätzlich zum monatlichen Teil-B-Beitrag, den Sie an Medicare bezahlen. Kontaktieren Sie das Versicherungsunternehmen, um herauszufinden, wie Sie Ihren Medigap-Beitrag bezahlen.
- Eine Medigap-Police deckt nur eine Person ab. Ehepartner müssen getrennte Policen erwerben.
- Obwohl einige Medigap-Policen, die in der Vergangenheit verkauft wurden, verschreibungspflichtige Medikamente abdeckten, dürfen Medigap-Policen, die nach dem 1. Januar 2006 verkauft wurden, solchen Versicherungsschutz nicht mehr umfassen. Falls Sie Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, können Sie einem Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente (Medicare Prescription Drug Plan; Part D) beitreten.
- Es ist wichtig, Medigap-Policen zu vergleichen, da die Kosten variieren und mit zunehmenden Alter steigen können. Einige Bundesstaaten schreiben Grenzen dafür vor, innerhalb welcher Versicherungsunternehmen die Medigap-Beiträge berechnen oder festlegen können.
- Die beste Zeit zum Erwerb einer Medigap-Police ist während des Medigap-Abschlusszeitraums, wenn Sie das Recht haben, eine jede Medigap-Police zu erwerben, die in Ihrem Bundesstaat angeboten wird. Dieser 6-monatige Zeitraum beginnt am ersten Tag des Monats, in welchem Sie 65 oder älter sind **und** an Teil B teilnehmen. Einige Bundesstaaten verpflichten Medigap-Versicherungsunternehmen Medigap-Policen an Personen unter 65 zu verkaufen. Überprüfen Sie dies mit der Versicherungsaufsichtsbehörde Ihres Bundesstaates, um herauszufinden, welche Rechte Sie entsprechend bundesstaatlichen Gesetzen haben könnten.

Wo kann ich mehr Informationen erhalten?

- Besuchen Sie Medicare.gov/publications zum Ansehen oder Ausdrucken der „Auswahl einer Medigap-Police: Ein Führer zur Krankenversicherung für Personen mit Medicare.“ („Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare.“)
- Besuchen Sie Medicare.gov/find-a-plan/questions/medigap-home.aspx, um Medigap-Policen zu finden und zu vergleichen.
- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um Hilfe zu Medicare- und Medigap-Fragen zu erhalten. Texttelefon-Benutzer können die Nummer 1-877-486-2048.
- Rufen Sie die Versicherungsaufsichtsbehörde Ihres Bundesstaates an, wenn Sie Fragen bezüglich in Ihrer Gegend verkauften Medigap-Policen oder irgendwelcher versicherungsbezogenen Probleme haben. Um dessen Nummer zu erhalten, besuchen Sie Medicare.gov/contacts oder rufen Sie 1-800-MEDICARE an.
- Rufen Sie Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungshilfsprogramm (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) an, um Hilfe mit allem Folgenden zu erhalten.
  - Erwerb einer Medigap-Police oder einer Langzeitpflegeversicherung
  - Umgang mit Zahlungsablehnungen oder Einsprüchen
  - Rechte und Schutzbestimmungen von Medicare
  - Auswahl eines Medicare-Plans
  - Entscheidung darüber, ob Sie Ihre Medigap-Police aussetzen sollten
  - Fragen zu Medicare-Ansprüchen
- Um die Telefonnummer zu erhalten, besuchen Sie shiptacenter.org oder rufen Sie 1-800-MEDICARE an.

Vom Department of Health & Human Services bezahlt.

„Medicare-Zusatzkrankenversicherung (Medicare Supplement Insurance): Erste Schritte“ („Medicare Supplemental Insurance: Getting Started”) ist kein Rechtsdokument. Mehr Details sind erhältlich in der Broschüre „Auswahl einer Medigap-Police: Ein Führer zur Krankenversicherung für Personen mit Medicare“ („Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare“) und auf Medicare.gov. Offizielle rechtliche Leitlinien des Medicare-Programms sind in den relevanten Statuten, Regeln und Beschlüssen.

Die Informationen in dieser Broschüre waren korrekt als Sie gedruckt wurden. Besuchen Sie Medicare.gov oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

CMS-Produkt-Nr. 11575-German
Revised May 2019

Medicare-Zusatzkrankenversicherung

ERSTE SCHRITTE

Ein Überblick über die Policen der Medicare-Zusatzkrankenversicherung (Medicare Supplement Insurance, Medigap)

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Fangen wir an

Das ursprüngliche Medicare (original Medicare) bezahlt für viele, aber nicht für alle Gesundheitsdienstleistungen und -produkte. Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolicen (Medicare Supplement Insurance policies), die von privaten Unternehmen verkauft werden, können dabei helfen, einen Teil der Gesundheitskosten zu bezahlen, die das ursprüngliche Medicare nicht deckt, wie z. B. Zuzahlungen, Mitversicherung und Selbstbehalte. Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolicen werden auch Medigap-Policen genannt.

Einige Medigap-Policen bieten auch Versicherungsschutz für Dienstleistungen, die das ursprüngliche Medicare nicht abdeckt, wie z. B. medizinische Versorgung während Sie außerhalb der USA reisen. Wenn Sie das ursprüngliche Medicare haben und eine Medigap-Police kaufen, wird Medicare seinen Anteil an dem von Medicare genehmigten Betrag für gedeckte Gesundheitskosten bezahlen. Dann wird Ihre Medigap-Police ihren Anteil bezahlen. Sie Bezahlen die Beiträge für eine Medigap-Police.

Eine Medigap-Police unterscheidet sich von einem Medicare Advantage Plan (wie einem HMO oder PPO). Mit Medicare Advantage-Plänen können Sie Ihre Medicare-Vorteile nutzen, während eine Medigap-Richtlinie Ihre Original-Medicare-Leistungen ergänzt. Es ist im Allgemeinen für ein Versicherungsunternehmen illegal, jemandem eine Medigap-Police zu verkaufen, der noch einen Medicare Advantage Plan besitzt. Wenn Sie Medigap haben und wechseln, um zum ersten Mal einen Medicare Advantage Plan abzuschließen, haben Sie das Recht, sich umzuentscheiden und Sie haben entsprechend Bundesgesetzen besondere Rechte, eine Medigap-Police zu kaufen, wenn Sie nach 12 Monaten nach Abschluss des Plans zum ursprünglichen Medicare zurückkehren.

Welche Policen sind erhältlich?

Jede Medigap-Police muss föderalen und bundesstaatlichen Gesetzen entsprechen, die zu Ihrem Schutz gestaltet sind, und die Police muss deutlich als „Medicare-Zusatzkrankenversicherung“ („Medicare Supplement Insurance“) gekennzeichnet sein. Versicherungsunternehmen können Ihnen lediglich eine „standardisierte“ Medigap-Police verkaufen, die in den meisten Bundesstaaten mit den Buchstaben A-N gekennzeichnet sind. In Massachusetts, Minnesota und Wisconsin werden Medigap-Policen anders gekennzeichnet. Um mehr Informationen zu erhalten, besuchen Sie Medicare.gov.

Alle standardisierten Policen bieten die gleichen Grundleistungen, unabhängig davon, welches Versicherungsunternehmen sie verkauft, aber einige bieten zusätzliche Leistungen, daher können Sie auswählen, welche Ihren Bedürfnissen entspricht.

Die Pläne E, H, I und J sind nicht mehr zum Kauf erhältlich, **aber** wenn Sie schon eine dieser Policen haben, können Sie sie für gewöhnlich behalten. Kontaktieren Sie Ihr Versicherungsunternehmen, um mehr Informationen zu erhalten.

In einigen Bundesstaaten könnten Sie eine andere Art von Medigap-Police kaufen dürfen, die Medicare SELECT genannt wird. Medicare-SELECT-Pläne sind standardisierte Medigap-Policen, die die Nutzung bestimmter Krankenhäuser und in manchen Fällen bestimmter Ärzte oder anderer Gesundheitsdienstleister erfordern, um vollen Zusatzkrankenversicherungsschutz zu erhalten (außer in einem Notfall). Wenn Sie Medigap haben und zu SELECT-Policen wechseln, haben Sie das Recht, sich innerhalb von 12 Monaten umzuentscheiden und zu einer Standard-Medigap-Police zu wechseln.

Ab dem 1. Januar 2020, sind Medigap-Pläne, die den Selbstbehalt aus Teil B (Pläne C und F) abdecken, für Medicar-Neulinge nicht mehr verfügbar. Wenn Sie einen dieser Pläne (oder die Version mit hohem Selbstbehalt von Plan F) haben, können Sie ihn behalten. Wenn Sie vor dem 1. Januar 2020 für Medicare qualifiziert waren, jedoch noch nicht angemeldet sind, können Sie einen dieser Pläne mit Teil B-Selbstbehalt erwerben.

Was wird abgedeckt?

Die nachstehende Graphik zeigt die grundlegenden Informationen zu den verschiedenen Leistungen, die Medigap-Policen decken. Wo ein Prozentsatz erscheint, deckt der Medigap-Plan diesen Prozentsatz und Sie sind für den Rest verantwortlich. Besuchen Sie Medicare.gov/supplements-other-insurance/how-to-compare-medigap-policies, um die Informationen online einzusehen.

	Medicare-Zusatzkrankenversicherungspläne (Medigap)									
Leistungen	**A**	**B**	**C**	**D**	**F***	**G**	**K**	**L**	**M**	**N**
Teil A Mitversicherung und Krankenhauskosten (bis zu 365 zusätzliche Tage, nachdem Medicare-Leistungen genutzt werden)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Teil B Mitversicherung oder Zuzahlung	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%* *
Blut (die ersten 3 Pints (1 Pint = 0,473 Liter))	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Teil A Mitversicherung oder Zuzahlung für Hospizpflege	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Mitversicherung für Pflegedienst mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Teil A Selbstbehalt		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Teil B Selbstbehalt			100%		100%					
Teil B Zusatzkosten					100%	100%				
Notfälle auf Reisen im Ausland (bis zu den Begrenzungen des Plans)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
Limit für Zahlungen aus eigener Tasche (2019)***							$5,560	$2,780		

Standardisierte Medigap-Policen decken keine Langzeitpflege (wie z. B. Betreuung in einem Pflegeheim), Augen- oder Zahnbehandlung, Hörgeräte, Brillengläser und private Krankenpflege.

* Plan F wird einigen Anbietern in einigen Bundesstaaten auch als Plan mit hohem Selbstbehalt angeboten. Wenn Sie diese Option wählen, bedeutet das, dass Sie im Jahr 2019 für von Medicare abgedeckte Kosten (Mitversicherung, Zuzahlungen, Selbstbehalte) bis zum Betrag von $2,300 bezahlen müssen, bevor Ihre Police für irgendetwas bezahlt.

** Plan N bezahlt 100% der Teil B Mitversicherung, außer einer Zuzahlung von $20 für einige Praxisbesuche (Office Visits) und einer Zuzahlung von bis zu $50 für Besuche der Notaufnahme (Emergency Room Visits), die nicht zu einer stationären Aufnahme führen.

*** Für Pläne K und L bezahlt der Medigap-Plan 100% der gedecken Dienstleistungen für den Rest des Kalenderjahres, nachdem Sie Ihr Limit für Zahlungen aus eigener Tasche und Ihren jährlichen Selbstbehalt ($185 für 2019) bezahlt haben.