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

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

„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, lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać najbardziej aktualne informacje. Użytkownicy TTY (niedosłyszący) 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 jest pokrywane? 9

Jakie są moje koszty? 10

Kto może przystąpić do planu Medicare Advantage? 12

Kiedy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, zmienić go lub zrezygnować z niego? 12

Jak mogę przystąpić do planu Medicare Advantage? 13

Czy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, jeżeli choruję na schyłkową niewydolność nerek (ESRD)? 14

Rodzaje planów Medicare Advantage 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 w Medicare, a także w określonych okresach roku (np. w okresie otwartej rejestracji), możesz wybrać, w jaki sposób otrzymasz ubezpieczenie Medicare.

Masz 2 główne możliwości uzyskania ubezpieczenia Medicare:

- Ubezpieczenie **Original Medicare** zawiera Medicare Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne). Jeśli chcesz ubezpieczenie na lekarstwa, możesz dołączyć do oddzielnego Planu ubezpieczenia leków na receptę 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. Mogą one również oferować dodatkowe korzyści, których Original Medicare nie obejmuje.

Twoje decyzje dotyczące planu 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 obejmujące lekarstwa, możesz dołączyć do oddzielnego planu, czyli części 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**

(Niektóre przykłady uwzględniają ubezpieczenie z dodatkowego ubezpieczenia Medicare Supplement Insurance (Medigap) lub ubezpieczenie od byłego pracodawcy lub związku zawodowego).

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 z kieszeni niż ubezpieczenie Original Medicare.
- W większości przypadków musisz korzystać z 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**

Most plans include:

☑ **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 większości przypadków musisz korzystać z **lekarzy, którzy znajdują się w sieci tego planu** (dotyczy opieki w sytuacjach nienagłych i niepilnych). Zapytaj swoich lekarzy, czy uczestniczą w którymś z planów Medicare Advantage.
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.	**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 kupić ubezpieczenie leków na receptę (Część D), będziesz płacić tę składkę osobno.	Możesz **płacić składkę za ten plan** oprócz comiesięcznej **składki za Część B**. (Większość obejmuje ubezpieczenie leków na receptę). 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 polisę Medigap).	Plany mają **roczny limit** kwoty, jaką płacisz z własnej kieszeni za świadczenia objęte ubezpieczeniem Medicare Część A i B. Kiedy osiągniesz limit dla swojego planu, przez pozostałą część roku nic nie zapłacisz za świadczenia objęte ubezpieczeniem Medicare Część A i B.
Możesz uzyskać dodatkowe ubezpieczenie (np. Polisę Medigap), które pomoże Ci zapłacić pozostałe koszty pokrywane z własnej kieszeni (np. dwudziestopocentowa koasekuracja). Możesz też skorzystać z ubezpieczenia od byłego pracodawcy, związku lub Medicaid.	**Nie można kupić ani wykorzystywać** oddzielnego ubezpieczenia dodatkowego.

Original Medicare a Medicare Advantage
(kontynuacja)

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.	Plany muszą obejmować wszystkie usługi niezbędne z medycznego punktu widzenie, które pokrywa Original Medicare. Większość planów **oferuje dodatkowe korzyści, których ubezpieczenie Original Medicare nie obejmuje**, np. dotyczące leczenia wzroku, słuchu, zębów itd. Plany mogą obecnie obejmować więcej takich korzyści niż w przeszłości.
Możesz dołączyć do oddzielnego **Planu refundacji leków na receptę Medicare (Część D)**, aby uzyskać ubezpieczenie lekarstw.	**Ubezpieczenie lekarstw na receptę (Część D) jest zawarte** w większości planów.
W większości przypadków do otrzymania refundacji usługi lub produktu nie jest wymagane uzyskanie wcześniejszej zgody.	W niektórych przypadkach należy wcześniej uzyskać zgodę, aby otrzymać refundację usługi lub produktu w ramach planu.

Podróże

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare generalnie **nie obejmuje opieki poza Stanami Zjednoczonymi**. Można kupić polisę Medigap, która obejmuje opiekę poza Stanami Zjednoczonymi.	Plany zazwyczaj **nie obejmują opieki poza Stanami Zjednoczonymi**. Plany zwykle nie obejmują też opieki w sytuacjach nienaglących, z jakiej korzystasz poza siecią swojego planu.

Plany Medicare Advantage
Omówien

Czym są plany Medicare Advantage?

Plan Medicare Advantage to kolejny sposób na uzyskanie ubezpieczenia Medicare. Plany Medicare Advantage, nazywane też czasem „Częścią C" lub „Planami MA", są oferowane przez zatwierdzone przez Medicare firmy prywatne, które muszą przestrzegać zasad ustalonych przez Medicare. Jeśli przystąpisz do planu Medicare Advantage, nadal będziesz mieć ubezpieczenie Medicare, ale większość Twoich ubezpieczeń Medicare Część A (ubezpieczenie szpitalne) i Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne) będzie pokrywana przez Medicare Advantage Plan, a nie przez Original Medicare.

Jak działają plany Medicare Advantage?

Kiedy przystępujesz do planu Medicare Advantage, Medicare co miesiąc płaci firmie oferującej ten plan stałą kwotę na pokrycie Twojego ubezpieczenia. Firmy te muszą przestrzegać reguł ubezpieczenia Medicare. Plany Medicare Advantage podpisują roczne umowy z Medicare. 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 jest pokrywane?

Plany Medicare Advantage obejmują 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.

Niektóre plany Medicare Advantage oferują dodatkowe ubezpieczenie, na przykład pokrywające leczenie wzroku, słuchu, zębów i programy wellness. Plany mają **roczny limit** kwoty, jaką płacisz z własnej kieszeni za usługi objęte przez Część A i B. Kiedy osiągniesz limit dla swojego planu, przez pozostałą część roku nic nie zapłacisz za świadczenia objęte ubezpieczeniem Medicare Część A i B.

Co jest pokrywane? (kontynuacja)

Ubezpieczenie leków na receptę

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

Uwaga: Jeśli uczestniczysz w planie, który nie oferuje ubezpieczenia lekarstw, i nie masz Planu ubezpieczenia kosztu leków na receptę, być może będziesz musiał(-a) zapłacić karę za spóźnioną rejestrację, jeżeli później zdecydujesz się przystąpić do Planu refundacji leków na receptę Medicare lub jeśli uzyskasz plan z ubezpieczeniem leków. Odwiedź stronę Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty, aby dowiedzieć się więcej o karze za spóźnienie w rejestracji do Części D.

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 2019 składka standardowa w Części B wynosi 135,50 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:

- Rodzaj potrzebnych Ci usług opieki zdrowotnej i jak często z nich korzystasz.
- Czy chodzisz do lekarza lub dostawcy, który akceptuje zlecenie. Zlecenie oznacza, że twój lekarz, usługodawca lub dostawca zgadza się (lub wymaga tego od niego prawo) zaakceptować kwotę zatwierdzoną przez Medicare jako całkowite wynagrodzenie za dostarczone usługi.
- Czy plan oferuje dodatkowe korzyści, które wymagają dodatkowej składki.
- Czy masz ubezpieczenie Medicaid lub uzyskujesz od swojego stanu pomoc w pokrywaniu kosztów opieki zdrowotnej.

Jakie są moje koszty? (kontynuacja)

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

Udział własny – kwota, którą musisz zapłacić za opiekę zdrowotną lub leki na receptę zanim zacznie 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 ma 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.
- **Świadectwo ubezpieczenia (Evidence of Coverage, EOC):** Zawiera szczegółowe informacje na temat oferowanego przez plan zakresu ubezpieczenia, kosztów itd. Przed 15 października Twój plan wyśle Ci powiadomienie (lub wydruk) z informacją o tym, jak uzyskać dostęp do Świadectwa ubezpieczenia drogą elektroniczną lub jak poprosić o wydrukowany egzemplarz.

Wyznaczenie przez organizację

Możesz z wyprzedzeniem otrzymać decyzję 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"**. Czasem musisz uzyskać uprzednią autoryzację dla danej usługi, lekarstwa lub towaru, który ma być pokryty przez ubezpieczenie.

Ty, Twój przedstawiciel lub Twój lekarz możecie poprosić o wyznaczenie przez organizację. Możesz również poprosić o szybką decyzję w oparciu o Twoje potrzeby zdrowotne. Jeśli Twój plan odmawia pokrycia kosztów, musi poinformować Cię o tym na piśmie, a Ty masz prawo do wniesienia odwołania.

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?

Możesz przystąpić do planu Medicare Advantage, jeśli:

- Masz Część A i Część B.
- Mieszkasz w rejonie świadczenia usług dla danego planu.
- Jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych, osobą narodowości amerykańskiej niebędąca obywatelem USA lub jeśli legalnie przebywasz w Stanach Zjednoczonych.
- Nie masz schyłkowej niewydolności nerek (ESRD), z wyjątkiem sytuacji opisanej na stronie 14.

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 w razie przystąpienia do planu Medicare Advantage nadal możesz korzystać z ubezpieczenia zapewnianego przez pracodawcę lub związek, równolegle z planem Medicare Advantage. W innych 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.

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 okresie rejestracji** – Gdy po raz pierwszy uzyskasz prawo do Medicare, możesz zarejestrować się w Początkowym okresie rejestracji. 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 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 podczas Okresu ogólnej rejestracji (między 1 stycznia a 31 marca każdego roku) uzyskasz po raz pierwszy ubezpieczenie Część B, możesz również w tym czasie przystąpić do planu Medicare Advantage. Twoje ubezpieczenie może nie rozpocząć się aż do 1 lipca.
- **Okres otwartej rejestracji** – wokresie od 15 października do 7 grudnia każdy może przystąpić do ubezpieczenia Medicare, zmienić je lub zrezygnować z planu Medicare Advantage. Twoje ubezpieczenia rozpocznie się 1 stycznia, o ile plan dostanie Twój wniosek przed 7 grudnia.

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? (kontynuacja)

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

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 nie) lub powrócić do planu Original Medicare (z planem z ubezpieczeniem kosztu lekarstw lub nie).

Co w przypadku, jeśli mam wcześniej istniejącą chorobę?

Możesz przystąpić do planu Medicare Advantage nawet jeśli masz jakąś istniejącą chorobę, z wyjątkiem schyłkowej niewydolności nerek (ESRD), dla której istnieją specjalne zasady. Zobacz „Czy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, jeżeli choruję na schyłkową niewydolność nerek (ESRD)?” na str. 14.

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. Po zapoznaniu się z zasadami i kosztami planu, w celu przystąpienia do niego użyj jednego z poniższych sposobów:

Jak mogę przystąpić do planu Medicare Advantage? (kontynuacja)

- Użyj narzędzia Medicare Plan Finder (Wyszukiwarka Planów Medicare) na stronie 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.
- Wypełnij papierowy formularz zgłoszenia. Skontaktuj się z planem, aby otrzymać formularz rejestracyjny, wypełnij go i odeślij do planu. Wszystkie plany muszą oferować tę opcję.
- Zadzwoń do nas pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszący) 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 Część A i/lub Część 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.

Czy mogę przystąpić do planu Medicare Advantage, jeżeli choruję na schyłkową niewydolność nerek (ESRD)?

Jeśli masz schyłkową niewydolność nerek (ESRD), możesz przystąpić do planu Medicare Advantage tylko w określonych sytuacjach:

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

- Jeśli jesteś już w planie Medicare Advantage w czasie rozwoju schyłkowej niewydolności nerek (ESRD), możesz pozostać w swoim planie lub przystąpić do innego planu Medicare, który jest oferowany przez tę samą firmę.
- Jeśli jesteś w planie Medicare Advantage, a plan ten występuje z Medicare lub nie zapewnia już ubezpieczenia w Twojej okolicy, masz jednorazowo prawo przystąpić do innego planu Medicare Advantage.
- Jeśli masz plan ochrony zdrowia oferowany przez pracodawcę albo związek, lub też inne ubezpieczenie zdrowotne z firmy, która oferuje co najmniej jeden plan Medicare Advantage, możesz przystąpić do jednego z planów Medicare Advantage tamtej firmy.
- Jeśli medycznie stwierdzono, że już nie chorujesz na schyłkową niewydolność nerek (na przykład jeśli jesteś po udanym przeszczepie nerki), możesz mieć możliwość przystąpienia do planu Medicare Advantage.
- Możesz mieć możliwość przystąpienia do planu Medicare Special Needs (SNP), który obejmuje ubezpieczenie osób ze schyłkową niewydolnością nerek (ESRD), o ile jest on dostępny w Twoim rejonie.

Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź stronę Medicare.gov/Publications i przeczytaj broszurę „Medicare Coverage of Kidney Dialysis & Kidney Transplant Services" („Ubezpieczenie Medicare obejmujące dializę nerek i zabiegi przeszczepu nerki").

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 Plans (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 dla Ciebie dostępne, wejdź na stronę Medicare.gov/plan-compare.

Plany Health Maintenance Organization (HMO)

Plan Health Maintenance Organization (HMO) jest typem planu Medicare Advantage, który zazwyczaj zapewnia świadczenia medyczne udzielane przez lekarzy, specjalistów i szpitale z sieci tego planu, z wyjątkiem sytuacji nagłych lub wymagających pilnej opieki. 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 ochrony zdrowia lub szpitala?

Generalnie w planach HMO musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy i szpitali z sieci tego planu (z wyjątkiem sytuacji nagłych, pilnej opieki poza rejonem i dializy poza rejonem).

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

Plany Health Maintenance Organization (HMO)(kontynuacja)

Zapłacisz mniej, jeżeli będziesz chodzić do lekarzy i placówek medycznych z sieci twojego planu. 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 ochrony zdrowia 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.

Część POS w ramach planu ma odrębną kwotę udziału własnego. Opieka, którą otrzymujesz w ramach sieci poprzez HMO ma inny udział własny niż opieka, jaką otrzymujesz poza siecią poprzez POS. Musisz osobno osiągnąć kwotę udziału własnego.

Czy ubezpieczeniem są objęte leki na receptę?

W większości przypadków leki na receptę są objęte planami Medicare HMO. Jeśli chcesz ubezpieczenia lekarstw, musisz dołączyć do planu HMO obejmującego ubezpieczenie kosztu lekarstw na receptę. Jeśli przystąpisz do planu HMO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz uzyskać oddzielnego Planu refundacji leków na receptę Medicare (Część D).

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

Plany Preferred Provider Organization (PPO)

Plan Preferred Provider Organization (PPO) jest planem Medicare Advantage, który ma sieć lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów i szpitali, z których usług możesz korzystać. 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 ochrony zdrowia lub szpitala?

W większości przypadków w planach PPO możesz otrzymać opiekę zdrowotną od dowolnego lekarza, innego pracownika ochrony zdrowia lub szpitala.

Plany PPO mają sieć lekarzy, innych pracowników ochrony zdrowia i szpitali. Każdy plan daje Ci możliwość pójścia do lekarzy, specjalistów czy szpitali, których nie ma na liście planu, ale zazwyczaj tańsze będzie uzyskanie usługi od świadczeniodawcy należącego do sieci.

Możesz skorzystać z opieki specjalistów bez skierowania ani uprzedniej autoryzacji przez innego lekarza. Jeśli korzystasz z usług specjalistów należących do planu, Twoje koszty objętych przez plan usług będą zazwyczaj niższe niż w przypadku korzystania ze specjalistów spoza planu.

Czy ubezpieczeniem są objęte leki na receptę?

W większości przypadków leki na receptę są objęte planami PPO. Jeśli chcesz planu ubezpieczenia leków Medicare, musisz przystąpić do planu PPO obejmującego ubezpieczenie lekarstw na receptę. Jeśli przystąpisz do planu PPO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz przystąpić do oddzielnego Planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare (Część D).

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

Plany Private Fee-for-Service (PFFS)

Plan Private Fee-for-Service (PFFS) jest inny 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 ochrony zdrowia lub szpitala?

Możesz iść do dowolnego zatwierdzonego przez Medicare usługodawcy, takiego jak lekarz, inny pracownik ochrony zdrowia lub szpital, o ile akceptuje on warunki płatności planu i wyrazi zgodę na leczenie Cię. Jeśli przystąpisz do planu PFFS, który ma sieć, możesz także iść do któregokolwiek 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 wtedy zapłacić więcej.

Zanim uzyskasz jakiekolwiek 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 (kontynuacja)

Plany Private Fee-for-Service (PFFS) (kontynuacja)

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 usługodawca zdecyduje się na leczenie Cię, to nie może obciążyć Cię rachunkiem. Usługodawcy muszą obciążyć plan rachunkiem za udzielone Ci usługi medyczne. Musisz jedynie zapłacić w czasie usługi określone przez plan współfinansowanie lub współubezpieczenie, zaaprobowane 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 żądaną przez usługodawcę a kwotą dozwoloną).

Czy ubezpieczeniem są objęte leki na receptę?

Leki na receptę mogą być objęte planem PFFS. Jeśli chcesz ubezpieczenia leków Medicare i jest ono oferowane przez plan, musisz uzyskać ubezpieczenie leków Medicare z tego planu.

Jeśli plan PFFS nie oferuje ubezpieczenia leków, możesz przystąpić do oddzielnego planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare (Część D), aby uzyskać ubezpieczenie.

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

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 oraz wybór usługodawców i leków, aby jak najlepiej zaspokajać określone potrzeby grup, którym służą.

Plany SNP obejmują te same usługi Medicare, co wszystkie plany Medicare Advantage. Plany Medicare 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**):
    - Chroniczny alkoholizm i inne uzależnienia
    - Zaburzenia autoimmunologiczne
    - Nowotwór (z wyłączeniem stanów przednowotworowych)
    - Choroby układu krążenia
    - Przewlekła niewydolność serca
    - Demencja
    - Cukrzyca
    - Końcowe stadium choroby 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 (kontynuacja)

Plany Special Needs (SNP) (kontynuacja)

- Mieszkasz w placówce (np. w domu opieki), albo potrzebujesz opieki pielęgniarskiej w domu (**określa się to również jako Instytucjonalny SNP** lub **i-SNP**).
- Masz zarówno 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 ochrony zdrowia lub szpitala?

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

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 ubezpieczeniem są objęte leki na receptę?

Wszystkie plany SNP muszą zapewniać ubezpieczenie leków na receptę Medicare (Część D).

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

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. Możesz wykorzystać pieniądze z tego rachunku oszczędnościowego na opłacenie kosztów opieki zdrowotnej, zanim osiągniesz kwotę udziału własnego.

Oprócz usług w ramach ubezpieczenia Medicare Część A i Część B, które muszą być uwzględnione we wszystkich planach MSA, niektóre plany MSA mogą obejmować dodatkowe korzyści w zamian za dodatkowe koszty, takie jak na przykład:

- usługi stomatologiczne
- usługi okulistyczne
- opieka długoterminowa, która nie jest objęta ubezpieczeniem Medicare

Czy mogę otrzymywać świadczenia zdrowotne od dowolnego lekarza, innego pracownika ochrony zdrowia lub szpitala?

Z planem MSA możesz wybierać usługi medyczne i usługodawców.

Czy ubezpieczeniem są objęte leki na receptę?

Jeśli przystąpisz do planu MSA, w celu uzyskania ubezpieczenia leków musisz przystąpić do planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare (Część D).

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.

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:

Rodzaje planów Medicare Advantage (kontynuacja)

Plany Medical Savings Account(kontynuacja)

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.

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.

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 na receptę Medicare.	Zazwyczaj Jeśli przystąpisz do planu PPO, który nie obejmuje ubezpieczenia leków, nie możesz uzyskać oddzielnego Planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare.	Zazwyczaj Jeśli przystąpisz do planu PFFS, który nie oferuje ubezpieczenia leków, możesz uzyskać Plan ubezpieczenia leków na receptę Medicare.	Tak Wszystkie plany SNP muszą zapewniać ubezpieczenie leków na receptę Medicare.	Nie Będziesz musiał(-a) przystąpić do Planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare. Jeśli masz już polisę Medigap z ubezpieczeniem leków na receptę, możesz nadal używać tego ubezpieczenia do zapłacenia za niektóre swoje leki.
Dostawcy **Czy mogę użyć dowolnego lekarza lub szpitala, który akceptuje Medicare w przypadku określonych usług?**	Być może Generalnie musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy, innych pracowników ochrony zdrowia 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 z usługodawców spoza sieci planu, ale Twoje koszty mogą być wyższe.	Tak Możesz iść do dowolnego zatwierdzonego przez Medicare lekarza, innego pracownika ochrony zdrowia lub szpitala, **który akceptuje warunki płatności planu i wyrazi zgodę na leczenie Cię**. Jeśli plan ma sieć, możesz skorzystać z dowolnego usługodawców z tej sieci (jeśli pójdziesz do usługodawcy spoza sieci planu, akceptującego warunki planu, to możesz zapłacić więcej).	Nie Generalnie musisz otrzymać opiekę i usługi od lekarzy i szpitali z sieci tego planu SNP (z wyjątkiem sytuacji nagłych, wymagających pilnej opieki lub jeśli masz schyłkową niewydolność nerek i potrzebujesz dializy poza rejonem).	Tak Masz swobodę w wyborze usług zdrowotnych oraz dostawców usług.
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)?

Polisy Medigap nie działają z planami Medicare Advantage. Jeśli masz polisę Medigap i przystąpisz do planu Medicare Advantage, możesz rozważyć rezygnację z polisy Medigap. Nie możesz użyć polisy Medigap do pokrycia współfinansowania, kwot udziału własnego ani składek planu Medicare Advantage.

Jeśli chcesz anulować polisę Medigap, skontaktuj się z firmą ubezpieczeniową oferującą Twoją polisę. **Jeśli zrezygnujesz z polisy Medigap, możesz nie uzyskać ponownie takiej samej, a w niektórych przypadkach jakiejkolwiek polisy Medigap**. Jeśli masz już plan Medicare Advantage, nikt nie ma prawa sprzedać Ci polisy Medigap, chyba że powrócisz do ubezpieczenia Original Medicare.

Jeśli przystępujesz do planu Medicare Advantage po raz pierwszy i decydujesz, który plan nie jest dla Ciebie odpowiedni, będziesz mieć specjalne prawo (o nazwie "prawo do próby") do kupienia polisy Medigap. Masz to prawo, jeśli powrócisz do Original Medicare w ciągu 12 miesięcy od dnia przystąpienia.

- Jeśli przed przystąpieniem do planu miałeś(-aś) polisę Medigap, możesz nie uzyskać ponownie tej samej polisy, jeśli dana firma nadal ją sprzedaje. Jeśli polisa nie jest dostępna, możesz kupić inną polisę Medigap.
- Polisa Medigap nie zawiera już ubezpieczenia leków na receptę, nawet jeśli wcześniej je miałeś(-aś), ale możesz mieć możliwość przystąpienia do Planu ubezpieczenia leków na receptę Medicare.
- Jeżeli przystąpiłeś(-aś) do planu Medicare Advantage za pierwszym razem, kiedy byłeś(-aś) do tego uprawniony(-a), możesz wybrać dowolną polisę Medigap dostępną w twoim stanie.

Począwszy od 1 stycznia 2020 roku, plany Medigap sprzedawane nowym uczestnikom planu Medicare nie będą mogły pokrywać kosztów udziału własnego w Części B. W związku z tym plany C i F nie będą dostępne dla osób, które zakwalifikowały do Medicare niedawno, od dnia 1 stycznia 2020 roku. Jeśli masz już któryś z tych 2 planów (lub wersję planu F z wysoką kwotą udziału własnego) lub jeśli jesteś objęty(-a) jednym z tych planów przed 1 stycznia 2020 r., będziesz mógł/mogła utrzymać 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.

Gdzie mogę uzyskać więcej informacji?

- **Medicare Plan Finder (Wyszukiwarka Planów Medicare)**

  Medicare Plan Finder to internetowe narzędzie umożliwiające przeglądanie i porównywanie wszystkich dostępnych leków i opcji planów zdrowotnych. Aby znaleźć i porównać plany dostępne w twojej okolicy, skorzystaj z wyszukiwarki Medicare Plan Finder na stronie Medicare.gov/plan-compare i wyszukaj według kodu pocztowego. Możesz także zalogować się do konta MyMedicare.gov account, aby uzyskać spersonalizowane wyniki.

- **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 (niedosłyszący) 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 ochrony zdrowia. 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 lub zadzwoń na numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszący) mogą dzwonić pod numer 1–877–486–2048.

- **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 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. **Zadzwonić do nas:**
   W sprawie Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048
2. **Wysłać nam wiadomość e-mail:** na altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Wysłać nam faks:** 1-844-530-3676
4. **Wysłać nam list:**

   Centers for Medicare & Medicaid Services
   Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
   Baltimore, MD 21244-1850
   Attn: Customer Accessibility Resource Staff

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 na receptę, 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 jakiekolwiek 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 (niedosłyszący) mogą dzwonić pod numer 1-800-537-7697.
3. **Na piśmie:** Wyślij informacje o swojej skardze na adres:

   Office for Civil Rights
   U.S. Department of Health and Human Services
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

Sfinansowane przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej

Notatki

Notatki

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

CMS Product No. 12026-Polish
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

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

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES