



Medicare

Spis treści

Medicare	1
Czym jest Medicare?	1
Kto może korzystać z Medicare?	2
Pomoc dla niektórych osób o niskich dochodach	4
Zapisy do Medicare	5
Inne możliwości uzyskania opieki zdrowotnej	8
Inne ubezpieczenia zdrowotne	8
Kontakty z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych	9

Medicare

Niniejsza broszura zawiera podstawowe informacje na temat Medicare, wyjaśnia kto jest objęty ubezpieczeniem oraz opisuje niektóre opcje dotyczące wyboru ubezpieczenia w ramach Medicare. Najnowsze informacje na temat Medicare można uzyskać wchodząc na stronę internetową lub dzwoniąc pod bezpłatny numer podany poniżej.

Medicare

Witryna internetowa:
www.Medicare.gov
Bezpłatny numer:
1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)
Numer TTY: **1-877-486-2048**

Czym jest Medicare?

Medicare to krajowy program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku od 65 lat. Osoby w wieku poniżej 65. roku życia z pewnymi niepełnosprawnościami, trwałą niewydolnością nerek lub stwardnieniem zanikowym bocznym (choroba Lou Gehriga) mogą również kwalifikować się do Medicare. Program pomaga w pokryciu kosztów opieki zdrowotnej, nie obejmuje jednak wszystkich kosztów medycznych ani kosztów większości opieki długoterminowej. Uczestnicy planu mogą wybrać, jak chcą otrzymywać ubezpieczenie w Medicare. Osoby, które wybiorą oryginalne ubezpieczenie Medicare mogą wykupić od prywatnej firmy ubezpieczeniowej dodatkową polisę Medicare (tzw. Medigap), która pokryje część kosztów, których Medicare nie pokrywa.

Większość wydatków Medicare jest finansowana z podatków od wynagrodzeń płaconych przez pracowników i ich pracodawców. Miesięczne składki, zazwyczaj potrącane z czeków z Social Security, również pokrywają część tych wydatków.

Centers for Medicare & Medicaid Services to Agencją odpowiedzialną za realizację programu odpowiadają Centers for Medicare & Medicaid Services. Jednak o świadczenia Medicare należy ubiegać się w Social Security, a my możemy przekazać ubezpieczonym ogólne informacje o programie Medicare.

Medicare składa się z czterech części

- Medicare Część A (ubezpieczenie szpitalne) pokrywa część opłat opiekę w szpitalu i placówce wykwalifikowanej opieki pielęgniarskiej (po pobycie w szpitalu). Część A opłaca również część kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w domu i opieki hospicyjnej.
- Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne) pokrywa część opłat za usługi lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, koszty opieki ambulatoryjnej, opieki zdrowotnej świadczonej w domu, trwałego sprzętu medycznego i niektórych usług profilaktycznych.
- Medicare Część C (Medicare Advantage) obejmuje wszystkie świadczenia i usługi pokrywane w ramach Części A i Części B. Niektóre plany obejmują refundację leków na receptę w ramach Medicare (Medicare Część D) i inne dodatkowe świadczenia i usługi.
- Medicare Część D (refundacja leków na receptę w ramach Medicare) pokrywa część kosztów leków na receptę.

Więcej informacji na temat usług pokrywanych przez Medicare można znaleźć w *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050). Egzemplarz dokumentu można uzyskać dzwoniąc pod bezpłatny numer lub wchodząc na stronę internetową Medicare www.medicare.gov.

Kilka słów o Medicaid

Może się wydawać, że Medicaid i Medicare to to samo, jednak są to dwa różne programy. Medicaid to program prowadzony przez władze stanowe, zapewniający osobom o niskich dochodach ubezpieczenie szpitalne i medyczne. Każdy stan ma własne zasady dotyczące kryteriów przysługiwania i zakresu ubezpieczenia Medicaid. Niektóre osoby kwalifikują się zarówno do Medicare jak i do Medicaid. Więcej informacji o programie Medicaid można uzyskać kontaktując się z lokalną agencją pomocy medycznej lub urzędem pomocy społecznej.

Kto może korzystać z Medicare?

Medicare Część A (ubezpieczenie szpitalne)

Osoby w wieku od 65 lat, które są obywatelami lub stałymi mieszkańcami Stanów Zjednoczonych, kwalifikują się do Medicare Część A. Osoby w wieku od 65 lat kwalifikują się do bezpłatnego korzystania z Części A, jeśli:

- Otrzymują lub są uprawnione do otrzymywania świadczeń z Social Security; lub
- Otrzymują lub są uprawnione do otrzymywania świadczeń z Railroad Retirement Benefits; lub
- Współmałżonek (żyjący lub zmarły, w tym po rozwodzie) otrzymuje lub jest uprawniony do otrzymywania świadczeń z Social Security lub Railroad Retirement Benefits; lub
- Członek lub jego współmałżonek pracował wystarczająco długo w administracji rządowej i opłacał podatki na Medicare; lub
- Członek jest rodzicem pozostającym na utrzymaniu w pełni ubezpieczonego zmarłego dziecka.

Osoby niespełniające tych wymagań mogą uzyskać ubezpieczenie Medicare Część A opłacając comiesięczne składki. Zazwyczaj ubezpieczenie to można wykupić tylko w wyznaczonych okresach zapisów.

UWAGA! Mimo że pełny wiek emerytalny uprawniający do Social Security nie wynosi już 65 lat, do Medicare należy się zapisać na trzy miesiące przed 65. urodzinami. Wniosek można złożyć na naszej stronie internetowej pod adresem www.socialsecurity.gov.

Przed ukończeniem 65 lat uprawnienia do bezpłatnego korzystania z ubezpieczenia Medicare Części A przysługują:

- Uprawnionym od 24 miesięcy do świadczeń z Social Security z tytułu niepełnosprawności;
- Otrzymującym rentę inwalidzką z Railroad Retirement Board i spełniającym określone warunki;
- Otrzymującym rentę inwalidzką z Social Security ze względu na chorobę Lou Gehriga (stwardnienie zanikowe boczne); lub
- Osobom, które pracowały wystarczająco długo w administracji rządowej, płaciły podatki na Medicare i przez 24 miesiące były uprawnione do renty inwalidzkiej Social Security;
- Dzieciom i wdowcom/wdowom w wieku co najmniej 50 lat, w tym rozwiedzionym wdowcom/wdowom po pracowniku, który pracował wystarczająco długo w administracji rządowej uprawniającej do Social Security lub Medicare i spełniają wymagania dotyczące programu rent inwalidzkich z Social Security;
- Osobom z trwałą niewydolnością nerek i otrzymującym dializy podtrzymujące lub przeszczep nerki oraz
 - Uprawnionym lub otrzymującym miesięczne świadczenia w ramach Social Security lub systemu emerytur kolejowych;
 - Pracowali wystarczająco długo w administracji rządowej objętej Medicare;
 - Dzieciom lub współmałżonkom (w tym rozwiedzionym) pracownika (żyjącego lub zmarłego), który pracował wystarczająco długo i opłacał składki na Social Security lub w administracji rządowej objętej Medicare.

Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne)

Każdy, kto kwalifikuje się do bezpłatnego korzystania z Medicare Część A, może zarejestrować się do Medicare Część B opłacając miesięczną składkę. Niektóre osoby o wyższych dochodach będą płaciły w Części B wyższą składkę. Więcej informacji można znaleźć w publikacji *Składki na Medicare: Zasady dotyczące beneficjentów o wyższych dochodach* (publikacja nr 05-10536) lub na stronie www.socialsecurity.gov/benefits/medicare/mediinfo.html.

Osoby, które nie kwalifikują się do bezpłatnego korzystania z Części A, mogą wykupić Część B, bez konieczności kupowania Części A, pod warunkiem, że skończyły 65 lat i:

- Są obywatelami USA lub
- Są obcokrajowcami legalnie zamieszkałymi w United States od co najmniej pięciu lat.

Do Części B można przystąpić tylko w wyznaczonych okresach zapisów. Osoby, które nie zarejestrują się w Części B w chwili nabycia uprawnień po raz pierwszy, mogą podlegać karze za spóźnioną rejestrację przez cały okres przysługiwania ubezpieczenia w ramach Części B. Prosimy zapoznać się z rozdziałem Zapisy do Medicare na stronie 5.

Medicare Część C (plany Medicare Advantage)

Osoby otrzymujące świadczenia w ramach Części A i Części B bezpośrednio od rządu mają oryginalne ubezpieczenie Medicare. Osoby otrzymujące świadczenia od organizacji Medicare Advantage lub innej prywatnej firmy zatwierdzonej przez Medicare, mają plan Medicare Advantage. Wiele z tych planów zapewnia dodatkowe ubezpieczenie i może obniżyć koszty ponoszone przez ubezpieczonego z własnej kieszeni.

Ubezpieczeni w Medicare Część A i Część B mogą przystąpić do planu Medicare Advantage. Korzystając z takiego planu

nie można mieć polisy Medigap, ponieważ plany Medicare Advantage pokrywają wiele tych samych świadczeń co polisa Medigap. Obejmuje to świadczenia dodatkowe, np. opłacone dni pobytu w szpitalu po wykorzystaniu liczby dni przewidzianych przez ubezpieczenie Medicare.

Ubezpieczenia Medicare Advantage obejmują:

- Plany opieki medycznej koordynowane przez Medicare;
- Plany Medicare zarządzane przez preferowanych usługodawców;
- Prywatne plany Medicare opłacające usługi oraz
- Plany specjalistyczne Medicare.

Osoby, które zdecydują się przystąpić do planu Medicare Advantage, uzyskując opiekę korzystają z karty otrzymanej od swojego planu Medicare Advantage. Ponadto konieczne może być opłacenie miesięcznej składki za plan Medicare Advantage za oferowane dodatkowe świadczenia.

Do planu Medicare Advantage można zapisać się podczas wstępnego okresu zapisów po uzyskaniu uprawnień do Medicare (jak wyjaśniono w części Zapisy do Medicare na stronie 5). Można się także zapisać w dorocznym okresie otwartych zapisów do Medicare, od 15 października do 7 grudnia każdego roku. Ubezpieczenie wchodzi w życie 1 stycznia następnego roku. W pewnych sytuacjach obowiązują również specjalne okresy zapisów.

Medicare Część D (refundacja leków na receptę przez Medicare)

Każdy, komu przysługuje Medicare Część A lub Część B, kwalifikuje się do Medicare Części D (refundacja leków na receptę). Świadczenia w ramach Części D są dostępne jako oddzielny plan lub są włączone do Medicare Advantage. Świadczenia lekowe są w obu przypadkach takie same. Przystąpienie do planu refundacji leków na receptę przez Medicare

jest dobrowolne i dodatkowo płatne w formie miesięcznych składek. Niektórzy beneficjenci o wyższych dochodach będą płacić w Części D wyższą składkę. Więcej informacji można znaleźć w publikacji *Składki na Medicare : Zasady dotyczące beneficjentów o wyższych dochodach* (publikacja nr 05-10536), lub na stronie www.socialsecurity.gov/benefits/medicare/mediinfo.html.

Osoby, które nie zapiszą się do planu refundacji leków Medicare z chwilą uzyskania uprawnień po raz pierwszy, mogą podlegać karze za spóźnioną rejestrację. Karę trzeba będzie opłacać dopóty, dopóki ubezpieczony będzie korzystać z refundacji leków na receptę Medicare. Kara nie obowiązuje osób korzystających z programu Extra Help (patrz niżej) lub z innego wiarygodnego planu refundacji leków na receptę. Ubezpieczenie „wiarygodne” oznacza ubezpieczenie, które przeciętnie refunduje co najmniej tyle, ile standardowe ubezpieczenie leków na receptę Medicare.

Do planu można zapisać się podczas wstępnego okresu zapisów po uzyskaniu uprawnień do Medicare (jak wyjaśniono w części Zapisy do Medicare na stronie 5). Można się także zapisać w dorocznym okresie otwartych zapisów do Medicare, od 15 października do 7 grudnia każdego roku. Ubezpieczenie wchodzi w życie 1 stycznia następnego roku. W pewnych sytuacjach dostępne są również specjalne okresy zapisów.

Pomoc dla niektórych osób o niskich dochodach

Osoby, których nie stać na opłacanie składek na Medicare i innych kosztów medycznych, mogą uzyskać pomoc od władz stanowych. Stany oferują programy dla osób uprawnionych do Medicare, które mają niskie dochody. Niektóre programy mogą opłacać składki Medicare, a niektóre opłacają także udziały własne i współubezpieczenie w Medicare. Aby nabyć

uprawnienia, trzeba posiadać Medicare Część A oraz spełniać kryteria wysokości dochodów i środków.

Więcej informacji na temat takich programów można uzyskać online na stronie internetowej Centers for Medicare & Medicaid Services. Należy wejść na stronę www.medicare.gov i znaleźć zakładkę „Wydatki własne na Medicare” i „Pomoc w opłaceniu kosztów.” Można również wejść na stronę www.medicare.gov/publications i zapoznać się z tekstem „*Pomoc w opłaceniu wydatków własnych na Medicare: pierwsze kroki*” (publikacja nr CMS-10126).

Tylko władze stanu, w którym ubezpieczony mieszka może zdecydować, czy kwalifikuje się on do pomocy w ramach takich programów. Aby się tego dowiedzieć, należy skontaktować się ze stanową lub lokalną agencją Medicaid lub urzędem pomocy społecznej.

Można również uzyskać dodatkową pomoc *Extra Help* na opłacenie corocznych udziałów własnych, miesięcznych składek ubezpieczeniowych oraz dopłat związanych z programem refundacji leków na receptę (Medicare Część D). O dodatkową pomoc *Extra Help* mogą ubiegać się osoby osiągające niskie dochody (w odniesieniu do federalnego poziomu ubóstwa) i mające ograniczone środki materialne. Limity wysokości dochodów i środków materialnych zazwyczaj zmieniają się co roku, dlatego w celu uzyskania aktualnych danych należy się z nami skontaktować.

Do uzyskania dodatkowej pomocy *Extra Help* automatycznie kwalifikują się osoby posiadające ubezpieczenie Medicare i spełniające jedno z następujących wymagań:

- Uzyskują pełne ubezpieczenie Medicaid;
- Uzyskują zasiłek Supplemental Security Income (SSI); lub
- Biorą udział w programie stanowym, który opłaca składki Medicare.

Więcej informacji na temat pomocy w opłaceniu kosztów leków na receptę można otrzymać pod bezpłatnym numerem lub na stronie internetowej Social Security. Można również złożyć wniosek na stronie internetowej www.socialsecurity.gov/extrahelp.

Zapisy do Medicare

Kiedy należy złożyć wniosek?

Z osobami, które otrzymują już świadczenia z Social Security lub emeryturę kolejową, skontaktujemy się kilka miesięcy przed uzyskaniem przez nie uprawnień do Medicare i wyślemy im informacje. Osoby mieszkające w jednym z 50 stanów, Washington, D.C., Northern Mariana Islands, Guam, American Samoa lub U.S. Virgin Islands, zostaną automatycznie zarejestrowane w Medicare Część A i B. W związku z tym, że udział w Części B wiąże się z koniecznością opłacania składek, można z niej zrezygnować.

UWAGA! *Mieszkańcy Puerto Rico i osoby zamieszkałe zagranicą nie otrzymają Części B automatycznie. Muszą wybrać to świadczenie.*

Osoby, które nie otrzymują jeszcze świadczeń, powinny skontaktować się z Social Security około trzy miesiące przed swoimi 65. urodzinami, aby zapisać się do Medicare. Do Medicare mogą się zapisać nawet te osoby, które nie planują przejścia na emeryturę w wieku 65 lat.

Po zapisaniu się do Medicare ubezpieczeni otrzymają czerwono-biało-niebieską kartę pokazującą, czy są ubezpieczeni w ramach Części A, Części B czy obu. Kartę należy przechowywać w bezpiecznym miejscu, aby w razie potrzeby zawsze mieć ją pod ręką. W razie zagubienia lub kradzieży karty można wystąpić o wydanie nowej za pośrednictwem internetu, zakładając konto *my* Social Security na www.socialsecurity.gov/myaccount, lub dzwoniąc pod bezpłatny numer Social Security. Ubezpieczeni otrzymają również publikację

Medicare & You handbook (publikacja nr CMS-10050), w której opisane są dostępne świadczenia oraz plany ubezpieczeń Medicare.

Inne szczególne sytuacje zapisów

Następujące osoby powinny skontaktować się również z Social Security w sprawie ubiegania się o Medicare:

- Wdowcy lub wdowy w wieku od 50 do 65 lat, niezdolni/e do pracy, którzy nie ubiegali się o rentę inwalidzką, ponieważ otrzymują już inny rodzaj świadczenia z Social Security;
- Pracownicy administracji rządowej, którzy stali się niezdolni do pracy przed osiągnięciem 65 roku życia;
- Osoby cierpiące na trwałą niewydolność nerek oraz osoby, których współmałżonek lub dziecko cierpi na tę chorobę;
- Osoby, które miały ubezpieczenie Medicare Część B w przeszłości, lecz zrezygnowały z niego;
- Osoby, które odrzuciły Medicare Część B, kiedy po raz pierwszy nabyły uprawnień do Części A; lub
- Byli pracownicy kolei lub ich małżonkowie.

Wstępny okres zapisów do Części B

Po uzyskaniu uprawnień do Medicare Część A po raz pierwszy ubezpieczony ma siedem miesięcy (wstępny okres zapisów) na zapisanie się do Części B. Dla osób, które nabywają prawo do ubezpieczenia w wieku 65 lat, wstępny okres zapisów zaczyna się na trzy miesiące przed dniem 65. urodzin, obejmuje miesiąc, w którym ukończą 65 lat i kończy się po trzech miesiącach od dnia urodzin. Dla uprawnionych do ubezpieczenia Medicare na skutek niezdolności do pracy lub trwałej niewydolności nerek wstępny okres zapisów zależy od daty nabycia niezdolności do pracy lub od daty rozpoczęcia leczenia.

UWAGA! Jeśli ubezpieczony nie zarejestruje się w Części B w chwili nabycia uprawnień po raz pierwszy, może być zmuszony do opłacania

kary za spóźnioną rejestrację przez cały okres przysługiwania ubezpieczenia w ramach Części B. Konieczne może być również zaniechanie na rejestrację, co opóźni uzyskanie ubezpieczenia.

Od kiedy zaczyna obowiązywać ubezpieczenie w Części B?

Dla osób, które zaakceptują automatyczne przystąpienie do Medicare Część B lub zapiszą się podczas pierwszych trzech miesięcy wstępnego okresu zapisów, ubezpieczenie zacznie obowiązywać w miesiącu, w którym nabeżdą do niego uprawnienia. Jeżeli przystąpią do ubezpieczenia w ciągu ostatnich czterech miesięcy, zacznie ono obowiązywać w terminie od jednego do trzech miesięcy od momentu zapisania się.

Poniższa tabela pokazuje, kiedy zaczyna obowiązywać Medicare Część B:

Termin przystąpienia do ubezpieczenia we wstępnym okresie zapisów	Termin wejścia w życie ubezpieczenia Medicare Część B
Od jednego do trzech miesięcy przed ukończeniem 65 lat	W miesiącu ukończenia 65 lat
W miesiącu ukończenia 65 lat	Jeden miesiąc po miesiącu ukończenia 65 lat
Jeden miesiąc po ukończeniu 65 lat	Dwa miesiące po miesiącu, w którym przystąpiono do ubezpieczenia
Od dwóch do trzech miesięcy po ukończeniu 65 lat	Trzy miesiące po miesiącu, w którym przystąpiono do ubezpieczenia

Powszechny okres zapisów do Części B

Osoby, które nie zarejestrują się w Medicare Część B we wstępnym okresie zapisów, każdego roku mają kolejną możliwość rejestracji podczas „powszechnego okresu

zapisów” w dniach od 1 stycznia do 31 marca. Ubezpieczenie zaczyna obowiązywać 1 lipca roku rejestracji. **Może jednak obowiązywać kara za późną rejestrację należąca przez cały okres ubezpieczenia w ramach Części B. Miesięczna składka na ubezpieczenie wzrasta o 10 procent za każde 12 miesięcy, w ciągu których ubezpieczony był uprawniony do Części B, ale nie zapisał się do niej.**

Specjalny okres zapisów dla osób, które zrezygnowały z Części C

Osoby korzystające z Medicare Część C (plan Medicare Advantage), mogą z niego zrezygnować i przejść do oryginalnego ubezpieczenia Medicare w okresie od 1 stycznia do 14 lutego. W razie skorzystania z tej możliwości termin zapisów do Medicare Część D (plan refundacji leków na receptę Medicare) trwa również do 14 lutego. Ubezpieczenie zacznie obowiązywać pierwszego dnia następnego miesiąca po złożeniu formularza zapisu.

Specjalny okres zapisów dla osób posiadających grupowe ubezpieczenie zdrowotne zapewniane przez pracodawcę

Osoby, które ukończyły 65 lat i są objęte planem grupowych ubezpieczeń zdrowotnych z tytułu **aktualnego zatrudnienia** własnego lub współmałżonka, mogą przystąpić do Medicare Część B w ciągu „specjalnego okresu zapisów”. Oznacza to, że mogą opóźnić przystąpienie do Medicare Część B, ale nie muszą czekać na powszechny okres zapisów ani płacić kary za spóźnioną rejestrację. Istnieją ograniczenia, dlatego zdecydowanie zalecamy skontaktowanie się z Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) w celu uzyskania dalszych informacji. Informacje kontaktowe do CMS podano na stronie 1 niniejszej broszury. Obowiązujące zasady pozwalają:

- Przystąpić do Części B ubezpieczenia Medicare w dowolnej chwili będąc ubezpieczonym w ramach planu grupowego

ubezpieczenia zdrowotnego wynikającego z aktualnego zatrudnienia; lub

- Przystąpić do Części B ubezpieczenia Medicare podczas ośmiomiesięcznego okresu, który zaczyna się w następnym miesiącu po tym, w którym ustaje bądź zatrudnienie, bądź grupowe ubezpieczenie zdrowotne, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

Nie można się zapisać podczas specjalnego okresu zapisów, jeżeli zatrudnienie lub związany z zatrudnieniem plan grupowego ubezpieczenia zdrowotnego kończy się podczas wstępnego okresu zapisów.

Dla osób przystępujących do ubezpieczenia Medicare Część B w okresie korzystania z grupowego ubezpieczenia zdrowotnego lub podczas pierwszego pełnego miesiąca poza ubezpieczeniem grupowym, ubezpieczenie zaczyna obowiązywać:

- Pierwszego dnia miesiąca przystąpienia do planu; lub
- Na życzenie ubezpieczonego, pierwszego dnia dowolnego z następnych trzech miesięcy.

Dla osób przystępujących do ubezpieczenia w którymś z pozostałych siedmiu miesięcy „specjalnego okresu zapisów” Medicare Część B zacznie obowiązywać pierwszego dnia następnego miesiąca.

Osoby, które nie zapiszą się do końca ośmiomiesięcznego okresu, będą musiały poczekać do następnego powszechnego okresu zapisów, który rozpocznie się 1 stycznia następnego roku. Może obowiązywać również kara za spóźnioną rejestrację przez cały okres uprawnień do ubezpieczenia w ramach Części B, jak opisano powyżej.

Osoby pobierające świadczenia z Social Security z tytułu niezdolności do pracy i objęte grupowym planem ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu aktualnego zatrudnienia własnego lub członka rodziny również mogą

korzystać ze specjalnego okresu zapisów. W takim przypadku uprawnienia dotyczące składek ubezpieczeniowych są podobne do tych, jakie obowiązują w stosunku do pracowników w wieku od 65 lat. Więcej informacji mogą udzielić Centers for Medicare & Medicaid Services.

UWAGA!: *COBRA oraz ubezpieczenie zdrowotne dla emerytów nie są traktowane jako ubezpieczenie związane z aktualnym zatrudnieniem.*

Inne możliwości uzyskania opieki zdrowotnej

Beneficjenci Medicare mogą mieć możliwość wyboru usług opieki zdrowotnej.

Więcej informacji na temat dostępnych opcji opieki zdrowotnej można znaleźć w następujących publikacjach:

- *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050) — CMS wysyła ten informator do ubezpieczonych po ich przystąpieniu do Medicare, a potem co roku wysyła uaktualnioną wersję dokumentu.
- *Wybór polisy Medigap: Przewodnik po ubezpieczeniach zdrowotnych dla osób korzystających z Medicare* (publikacja nr CMS-02110) — ten przewodnik opisuje, w jaki sposób inne plany ubezpieczeń zdrowotnych uzupełniają Medicare oraz proponuje pewne wskazówki co do wyboru takiego planu.

Aby otrzymać te publikacje, prosimy wejść na stronę internetową www.medicare.gov/publications lub zadzwonić pod bezpłatny numer **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Osoby głuche lub niedosłyszące mogą zadzwonić po nr TTY **1-877-486-2048**.

Inne ubezpieczenia zdrowotne

Medicare Część A (ubezpieczenie szpitalne) jest bezpłatne prawie dla wszystkich. Za ubezpieczenie Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne) trzeba płacić miesięczne składki. Czy posiadając inne ubezpieczenie zdrowotne w momencie nabycia uprawnień do Medicare warto płacić co miesiąc składki, aby móc korzystać z Części B?

Odpowiedź zależy od sytuacji osobistej oraz od rodzaju posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie możemy więc odpowiedzieć „tak” lub „nie”, możemy jednak przedstawić informacje, które pomogą w podjęciu decyzji. Możemy również poinformować, czy ubezpieczony będzie musiał płacić karę za spóźnioną rekrutację, jeśli opóźni zapis do planu.

Ubezpieczenia prywatne

Należy skontaktować się ze swoim agentem ubezpieczeniowym i sprawdzić, w jaki sposób prywatny plan ubezpieczeniowy uzupełnia się z Medicare Część B. Jest to szczególnie ważne, gdy tą samą polisą ubezpieczeniową objęci są członkowie rodziny. Ponadto należy pamiętać, że zarówno Medicare, jak i większość planów prywatnych nie refunduje wszystkich kosztów opieki zdrowotnej. Planując własne ubezpieczenie zdrowotne należy pamiętać o tym, że większość świadczeń w zakresie pobytu w domu opieki nie jest refundowana ani przez Medicare, ani przez prywatne polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Ważna przestroga! We własnym interesie **nie należy anulować żadnego aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego do czasu, kiedy zaczniesz obowiązywać ubezpieczenie Medicare.**

Grupowe ubezpieczenia zdrowotne zapewniane przez pracodawców

W ramach planów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązkowo udzielanych przez pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników, prawo wymaga, aby pracownikom

oraz ich współmałżonkom w wieku od 65 lat zapewnić takie same świadczenia zdrowotne, jakie zapewnia się młodszemu pracownikom.

Osoby, które aktualnie pracują i są objęte przez pracodawcę grupowym ubezpieczeniem zdrowotnym (i ich współmałżonkowie), przed przystąpieniem do Medicare Część B powinny porozmawiać z pracownikiem działu kadr.

Osoby posiadające Health Savings Account (HSA) (konto oszczędnościowe na cele zdrowotne)

Osoby posiadające HSA w chwili rejestracji w Medicare nie mogą nadal zasilać konta HSA z chwilą, gdy rozpocznie się ubezpieczenie w ramach Medicare. W razie zasilenia HSA po rozpoczęciu ubezpieczenia w ramach Medicare nałożona może zostać kara podatkowa. Osoby, które będą chciały w dalszym ciągu zasilać swoje konto HSA nie powinny ubiegać się o świadczenia Medicare, Social Security lub Railroad Retirement Board (RRB).

UWAGA! Ubezpieczenie w ramach Części A, która nie wymaga opłacania składek, zaczyna obowiązywać sześć miesięcy przed datą złożenia wniosku o Medicare (lub Social Security/RRB), jednak nie wcześniej niż w pierwszym miesiącu nabycia uprawnień do Medicare. Aby uniknąć kary podatkowej, wpłat do HSA należy zaprzestać co najmniej sześć miesięcy przed złożeniem wniosku o Medicare.

Ubezpieczenia zdrowotne w ramach innych planów

Świadczenia dla osób ubezpieczonych w programie TRICARE (dla wojskowych w służbie czynnej, emerytowanych i ich rodzin) mogą się zmienić lub ustać z chwilą nabycia uprawnień do Medicare. Dotyczy to wszystkich przypadków, niezależnie od wieku i miejsca zamieszkania. Aby utrzymać ubezpieczenie TRICARE, emeryci wojskowi i członkowie ich rodzin muszą się zapisać do Części A i Części B w chwili, gdy po raz pierwszy uzyskają do nich uprawnienia. Poradnik świadczeń wojskowej

służby zdrowia można znaleźć na stronie <https://milconnect.dmdc.osd.mil/milconnect> lub uzyskać go telefonicznie dzwoniąc do Defense Manpower Data Center pod bezpłatny numer **1-800-538-9552** (TTY **1-866-363-2883**) przed podjęciem decyzji, czy zapisać się do planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare (Część B).

Osoby objęte ochroną zdrowotną przez służbę zdrowia dla Indian, Departament ds. Weteranów lub stanowy program pomocy medycznej, powinny skontaktować się z tymi agencjami, aby dowiedzieć się, czy korzystanie z Medicare Część B jest dla nich korzystne.

WAŻNE! Jeśli członek ma ubezpieczenie VA i nie zarejestruje się w Części B w chwili nabycia uprawnień po raz pierwszy, może być zmuszony do opłacania kary za spóźnioną rejestrację przez cały okres przysługiwania ubezpieczenia w ramach Części B. Konieczne może być również oczekiwanie na rejestrację, co opóźni uzyskanie ubezpieczenia.

Więcej informacji o tym, jak inne plany ubezpieczeń zdrowotnych współdziałają z Medicare można uzyskać na stronie www.medicare.gov/publications przeglądając broszurę *Medicare i inne świadczenia zdrowotne: informacje o tym, kto płaci pierwszy* (publikacja nr CMS-02179) lub dzwoniąc do Medicare pod bezpłatny numer, **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Osoby głuche lub niedosłyszące mogą zadzwonić na TTY pod numer **1-877-486-2048**.

Kontakty z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych

Z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych można się kontaktować na kilka sposobów, m.in. online, telefonicznie i osobiście. Jesteśmy tu po to, aby odpowiadać na pytania i służyć Państwu. Od ponad 80 lat Social Security zabezpiecza dzień dzisiejszy i przyszłość, udzielając świadczeń i ochrony finansowej milionom ludzi.

Prosimy odwiedzić nasz portal

Najwygodniejszą metodą załatwiania spraw w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych są odwiedziny w portalu **www.socialsecurity.gov**. Można tam:

- Otworzyć konto *my* Social Security. Można tu sprawdzić swoje składki i ocenić przewidywane świadczenia na podstawie wyciągu pt. *Social Security Statement*, wydrukować zaświadczenie o należnych świadczeniach, zmienić dane konta depozytowego, zwrócić się o nową kartę Medicare, uzyskać nowy dokument SSA-1099/1042S itd.
- Złożyć wniosek o „Extra Help (dodatkową pomoc)” przy zakupach leków na receptę w ramach Medicare
- Złożyć wniosek o emeryturę, rentę inwalidzką i świadczenia Medicare
- Znaleźć teksty naszych publikacji
- Uzyskać odpowiedzi na często zadawane pytania oraz
- Wiele innych informacji!

Niektóre z nich są dostępne tylko po angielsku. Prosimy odwiedzić portal wielojęzyczny, aby uzyskać informacje po polsku. Podczas załatwiania spraw w Social Security dostępni są tłumacze, którzy udzielają bezpłatnej pomocy. Można korzystać z ich usług podczas rozmów telefonicznych i w naszych biurach.

Prosimy do nas zadzwonić

Osobom nie mającym dostępu do internetu oferujemy liczne zautomatyzowane usługi telefoniczne, czynne przez całą dobę i we wszystkie dni tygodnia. Prosimy telefonować bezpłatnie pod nr **1-800-772-1213** lub dla niedosłyszących TTY **1-800-325-0778**.

Jeżeli niezbędny jest kontakt osobisty, odpowiadamy w godzinach od 7:00 do 19:00, od poniedziałku do piątku. W okresach szczytu prosimy o cierpliwość, ponieważ można wówczas częściej usłyszeć sygnał zajętości i dłużej czekać na odebranie połączenia. Chętnie Państwu służymy.



Securing today
and tomorrow

Social Security Administration
Publication No. 05-10043-PO | March 2018
Medicare

Medicare (Polish)

Produced and published at U.S. taxpayer expense

Wyprodukowano i opublikowano na koszt amerykańskiego podatnika