

5 domande da farti quando scegli un piano

Il Mercato dell'assicurazione sanitaria offre diversi tipi di piani per soddisfare diverse esigenze e budget. Quasi tutti sono intitolati ad assistenza finanziaria per rendere la copertura sanitaria economica. Paragona i piani in base a quello che è importante per te, e scegli la combinazione di prezzo e copertura adatta alle tue esigenze. Fatti queste 5 domande quando ti accingi ad acquistare la copertura del Mercato.

1. Posso ottenere assistenza per pagare la copertura del Mercato?

Potresti aver diritto ad assistenza finanziaria per ridurre il costo della tua copertura. La maggior parte degli individui che s'iscrive a un piano sanitario su [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) può individuare piani con premi bassi per \$50-\$100 al mese con assistenza finanziaria. Dopo aver compilato la tua domanda al Mercato, potrai sapere se ti qualifichi per assistenza finanziaria per ridurre il costo dei tuoi premi mensili e dell'assistenza medica. Questa assistenza finanziaria è anche applicabile alla copertura per cure dentarie dei tuoi figli, che faccia parte del tuo piano sanitario o di un piano dentistico separato.

Per maggiori informazioni su come ottenere costi inferiori nel Mercato visita [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Quali prestazioni coprono i piani sanitari?

Tutti i piani sanitari nel Mercato offrono la stessa serie di "prestazioni sanitarie essenziali". Queste prestazioni coprono cose come visite dal medico, farmaci con obbligo di prescrizione, ricoveri in ospedale, gravidanze e altro ancora.

I piani sanitari possono offrire altre prestazioni, come oculistica, odontoiatria, o programmi di gestione medica per una malattia o condizione specifica. Tuttavia, le prestazioni specifiche possono variare da Stato a Stato. Anche nello stesso Stato, possono esservi piccole differenze tra piani. Nel paragonare i piani, vedrai che cosa copre ciascun piano.

3. Come posso trovare un piano che sia adatto al mio budget e alle mie esigenze?

Quando scegli un piano, dovresti pensare ai costi totali della tua cura sanitaria, non solo al premio che paghi alla compagnia di assicurazione. Altre spese vive, come co-assicurazione o ticket, possono avere un impatto notevole sulle tue spese mediche.

Per scegliere un piano in base ai costi totali della tua cura, dovrai tenere conto di quanta assistenza sanitaria userai probabilmente durante l'anno. Nel paragonare i piani nel Mercato, puoi scegliere l'uso previsto di assistenza sanitaria di ciascun membro della famiglia come basso, medio, o alto. Quando prendi in esame i piani, vedrai una valutazione dei tuoi costi totali— inclusi i premi mensili e tutte le spese vive— in base all'uso di assistenza medica previsto per il tuo nucleo familiare.

I piani del Mercato sono suddivisi in 5 categorie: Bronzo, Argento, Oro, Platino e Catastrofico. **Queste categorie si basano sul modo in cui tu e il tuo piano sanitario condividete i costi totali della tua cura.**

In genere le categorie di piani con premi superiori (Oro e Platino) pagano una quota maggiore delle tue spese totali per l'assistenza medica. Le categorie con i premi inferiori (Bronzo e Argento) pagano una quota inferiore delle tue spese totali. Qui di seguito viene elencata l'eccezione per i piani Argento.

Nota: i piani catastrofici sono disponibili solamente per individui di meno di 30 anni o individui che hanno un esonero per condizioni economiche disagiate. Per maggiori informazioni sugli esoneri per condizioni economiche disagiate, visita [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Ecco come puoi individuare una categoria di piani adatta al tuo caso:

- **Se prevedi molte visite dal medico o farmaci con obbligo di prescrizione regolari:** un piano Oro o Platino potrebbe essere il più adatto. Questi piani hanno in genere premi mensili maggiori ma pagano una quota superiore delle tue spese quando hai bisogno di assistenza medica.
- **Se non prevedi molte visite dal medico e non prendi regolarmente farmaci con obbligo di prescrizione:** un piano Argento, Bronzo o Catastrofico potrebbe essere il più adatto. Questi piani hanno premi mensili inferiori, ma pagano una quota inferiore delle tue spese quando hai bisogno di assistenza medica.
- **Se sei intitolato a risparmi aggiuntivi sulle spese vive:** il piano migliore per te potrebbe essere il piano Argento. Se sei intitolato a una "**cost-sharing reduction**" (riduzione condivisione spese) in base al tuo reddito, potresti avere una franchigia e spese vive (fra cui **ticket** e **co-assicurazione**) inferiori quando ricevi assistenza—ma solo se ti iscrivi a un piano Argento.

4. Come funziona la copertura delle cure odontoiatriche nel Mercato?

Dopo aver completato la domanda per la copertura del Mercato e aver ottenuto i tuoi risultati puoi prendere in esame i piani sanitari che includono la copertura delle cure odontoiatriche. La copertura delle cure odontoiatriche viene offerta come parte di alcuni piani sanitari, ma non tutti. Se decidi di ottenere la copertura delle cure odontoiatriche e il tuo piano non la offre, puoi iscriverti a un piano per cure odontoiatriche separato quando ti iscrivi a un piano sanitario. Alcuni piani per cure odontoiatriche coprono solo i figli e altri coprono le famiglie. Dovresti prendere in esame i dettagli del piano sanitario per assicurarti che le prestazioni che desideri siano incluse nel piano.

La copertura delle cure odontoiatriche per i figli nel mercato è una prestazione sanitaria essenziale. Ciò significa che se tuo/a figlio/a ha 18 anni o meno, la copertura delle cure odontoiatriche deve essere disponibile come parte di un piano sanitario o un piano per cure odontoiatriche separato.

I piani per cure odontoiatriche del Mercato sono suddivisi in 2 categorie: Basso e Alto. Queste categorie si basano sul modo in cui tu e il piano condividete le spese totali per la cura odontoiatrica dei tuoi figli (le categorie si applicano solo alla prestazione essenziale della copertura delle cure odontoiatriche del/la figlio/a). La categoria del piano per le cure odontoiatriche che scegli determina l'importo totale probabile che pagherai di tasca tua per la cura odontoiatrica di tuo/a figlio/a durante l'anno.

5. Saranno coperte le visite dal medico e i farmaci con obbligo di prescrizione?

Prima di raffrontare piani nel Mercato, avrai l'opzione di inserire i tuoi medici, strutture mediche, e farmaci con obbligo di prescrizione. Quando prendi in esame i piani, potrai controllare se i tuoi medici, strutture mediche e farmaci con obbligo di prescrizione sono coperti da ciascun piano.

Domande? È disponibile assistenza.

- Visita [HealthCare.gov/choose-a-plan](https://www.healthcare.gov/choose-a-plan) per maggiori informazioni.
- Per trovare assistenza nella tua zona visita [Localhelp.HealthCare.gov](https://www.localhelp.healthcare.gov).
- Contatta il Centro Chiamate del Mercato a **1-800-318-2596**. Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-855-889-4325.

Sei intitolato a ricevere informazioni Marketplace in un formato accessibile, come in caratteri grandi, Braille o audio. Hai anche il diritto di presentare un reclamo se pensi di essere stato vittima di una discriminazione. Visita [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), oppure chiama il Centro chiamate Marketplace al numero 1-800-318-2596 per maggiori informazioni. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.

Pagato dal Dipartimento della salute e servizi umani.

