

5

Pytań jakie Należy Sobie Zadać Wybierając Plan

Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych oferuje rozmaite rodzaje planów dostosowane do różnorodnych potrzeb i budżetów. Większość osób kwalifikuje się aby otrzymać dofinansowanie czyniąc w ten sposób ubezpieczenie zdrowotne bardziej przystępnym. Porównuj plany względem swoich potrzeb i wybierz taki który spełni Twoje oczekiwania zarówno pod względem finansowym jak i zakresu świadczeń. Zadaj sobie te 5 pytań podczas zakupu zakresu świadczeń Rynku Ubezpieczeń.

1. Czy otrzymam pomoc w pokrywaniu kosztów zakresu świadczeń Rynku Ubezpieczeń ?

Być może kwalifikujesz się aby otrzymać dofinansowanie w celu obniżenia kosztów Twoich świadczeń. W portalu [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) można znaleźć plany z niskimi składkami w granicach \$50-\$100 miesięcznie dzięki pomocy finansowej. Po wypełnieniu wniosku Rynku Ubezpieczeń dowiesz się czy przysługuje ci dofinansowanie które obniża koszty miesięcznej składki oraz opieki zdrowotnej. Pomoc finansowa obejmuje także ubezpieczenie dentystyczne dzieci, i to zarówno w ramach planu osoby dorosłej, jak też jako oddzielne świadczenie.

Dowiedz się więcej na temat jak obniżyć koszty poprzez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych odwiedzając witrynę [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Jakie korzyści pokrywają plany zdrowotne?

Wszystkie plany na Rynku Ubezpieczeń oferują ten sam zestaw „podstawowych świadczeń zdrowotnych.” Świadczenia te pokrywają np. wizyty u lekarza, recepty, hospitalizacje, ciążę i inne.

Planu mogą zaoferować korzyści takie jak okulista, dentysta lub programy zarządzania medycznego w przypadku konkretnej choroby lub stanu zdrowia. Jednakże, różne stany mogą oferować inne korzyści. Nawet w tym samym stanie mogą wystąpić małe różnice między planami. Porównując plany ubezpieczeniowe dowiesz się jakie korzyści oferuje każdy z nich.

3. Jak wybrać plan który sprosta mojemu budżetowi i potrzebom?

Wybierając plan dobrze jest najpierw pomyśleć o całkowitych kosztach opieki zdrowotnej a nie tylko o kosztach comiesięcznej składki. Inne koszty z tzw "własnej kieszeni" jak współubezpieczenie lub współpłatność mogą mieć duży wpływ na całkowite koszty twojej opieki zdrowotnej.

Aby wybrać plan na podstawie twojego całkowitego kosztu opieki należy oszacować mniej więcej jak często będziesz korzystać z opieki na rok do przodu. Porównując plany Rynku Ubezpieczeń możesz zaznaczyć oczekiwane korzystanie z opieki zdrowotnej dla każdego członka rodziny jako, niskie, średnie lub wysokie. Przeglądając swoje plany, zauważysz szacowaną sumę całkowitego kosztu- włączając comiesięczną składkę oraz sumę kosztów z tzw „własnej kieszeni”-na podstawie oczekiwanego korzystania z opieki zdrowotnej twojej rodziny.

Plany Rynku Ubezpieczeń dzielą się na 5 kategorii: Brązową, Srebrną, Złotą, Platynową i Katastrofalną. **Kategorie te są oparte na podziale kosztów między Tobą a ubezpieczeniem zdrowotnym.**

Ogólnie, kategorie planów z wyższymi składkami (Złota i Platynowa) płacą większą część całkowitych kosztów opieki. Kategorie z niższymi składkami (Brązowa i Srebrna) płacą mniejszą część całkowitych kosztów opieki. Sprawdź poniżej wyjątki w planach z kategorii Srebrnej.

Uwaga: Plany Katastrofalne dostępne są tylko dla osób poniżej 30 roku życia lub osób które stanowią wyjątek ze względu na trudności. Aby uzyskać więcej informacji na temat wyjątków ze względu na trudności, odwiedź [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Oto jak znaleźć kategorię planu odpowiednią dla siebie:

- **Jeśli oczekujesz regularnych wizyt u lekarza lub częstego korzystania z lekarstw na recepty:** być może potrzebujesz plan Złoty lub Platynowy. Ogólnie, plany te mają wyższe comiesięczne składki ale płacą większą część kosztów opieki.
- **Jeśli nie oczekujesz regularnego korzystania z opieki zdrowotnej oraz leków na recepty:** być może lepszym wyborem będzie plan Srebrny, Brązowy lub Katastrofalny. Ogólnie, plany te mają niższe comiesięczne składki ale płacą mniejszą część kosztów opieki.
- **Jeśli kwalifikujesz się do otrzymania dodatkowych oszczędności dotyczących kosztów z tzw „własnej kieszeni”:** Plany Srebrne mogą oferować najlepszą wartość. Jeśli kwalifikujesz się na **"redukcję współudziału w kosztach"** na podstawie dochodu, możesz płacić niższy udział własny oraz płacić niższe koszty z tzw "własnej kieszeni" (wliczając **współpłatność** i **współubezpieczenie**)- ale tylko jeśli zapiszesz się do planu Srebrnego.

4. Jak działa zakres świadczeń stomatologicznych na Rynku Ubezpieczeń?

Po wypełnieniu wniosku przez Rynek Ubezpieczeń i uzyskaniu wyniku, możesz przejrzeć plany zdrowotne które zawierają zakres świadczeń stomatologicznych. Zakres świadczeń stomatologicznych jest oferowany jako część niektórych planów ale nie wszystkich. Jeśli zdecydujesz na nabycie zakresu świadczeń stomatologicznych a Twój plan takiego zakresu nie oferuje, możesz wykupić oddzielny plan stomatologiczny w tym samym czasie kiedy będziesz wykupować plan zdrowotny. Niektóre plany stomatologiczne oferują świadczenia tylko dla dzieci inne zaś dla rodziny. Upewnij się, że plan jaki wybierzesz zawiera korzyści i świadczenia adekwatne do Twoich potrzeb.

Świadczenia stomatologiczne dla dzieci są podstawowymi świadczeniami zdrowotnymi. Oznacza to, że jeśli Twoje dziecko ma 18 lat lub mniej, świadczenia stomatologiczne muszą być częścią planu zdrowotnego lub muszą wynikać z oddzielnego planu stomatologicznego.

Plany stomatologiczne Rynku Ubezpieczeń dzielą się na 2 kategorie: Niską i Wysoką. Kategorie te są oparte na na podziale całkowitych kosztów opieki stomatologicznej dla dzieci między Tobą a ubezpieczeniem (kategorie mają zastosowanie tylko do zakresu podstawowego stomatologicznego świadczenia zdrowotnego dla dzieci). Kategoria planu stomatologicznego jaką wybierzesz będzie miała wpływ na wysokość kosztów poniesionych z tzw "własnej kieszeni" za opiekę stomatologiczną dziecka w ciągu roku.

5. Czy zakres świadczeń obejmie wizyty lekarskie i recepty na lekarstwa?

Zanim porównasz plany przez Rynek Ubezpieczeń, będziesz mieć szansę wprowadzić dane dotyczące Twojego lekarza, placówki medycznej i leków na recepty. Przeglądając plany zwróć uwagę czy lekarze, placówki medyczne i leki na receptę są pokrywane przez każdy z tych planów.

Pytania? Pomoc jest dostępna.

- Po więcej informacji odwiedź [HealthCare.gov/choose-a-plan](https://www.healthcare.gov/choose-a-plan).
- Poszukaj kogoś w swojej okolicy kto ci pomoże na stronie [Localhelp.HealthCare.gov](https://www.localhelp.healthcare.gov).
- Skontaktuj się z Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 1-855-889-4325.

Masz prawo uzyskać informacje z Marketplace w dostępnym formacie, takim jak duży druk, brajl lub audio. Każdy ma prawo prawo złożyć skargę, jeżeli czuje się ofiarą dyskryminacji. Aby uzyskać więcej informacji, należy odwiedzić [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), lub zadzwonić do Marketplace Call Center pod nr 1-800-318-2596. Osoby niedosłyszące mogą telefonować pod numer TTY 1-855-889-4325.

Opłacane przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej.

