



Medicare

Spis treści

| | |
|---|---|
| Medicare | 1 |
| Co to jest Medicare? | 1 |
| Kto może uzyskać ubezpieczenie Medicare? | 2 |
| Pomoc dla osób o niskich dochodach | 4 |
| Zapisy do Medicare | 5 |
| Inne możliwości uzyskania opieki zdrowotnej | 7 |
| Inne ubezpieczenia zdrowotne | 8 |
| Kontakty z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych | 9 |

Medicare

Niniejsza broszura zawiera podstawowe informacje na temat tego, kogo dotyczy oraz z jakich opcji mogą korzystać osoby wybierające ubezpieczenie Medicare. Aby uzyskać najnowsze informacje na temat Medicare, można odwiedzić stronę internetową lub zadzwonić pod wskazany poniżej numer bezpłatny.

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

Co to jest Medicare?

Medicare to podstawowy amerykański program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób, które ukończyły 65 rok życia. Do świadczeń Medicare mogą być również uprawnione niektóre osoby w wieku poniżej 65 lat, w tym osoby niepełnosprawne oraz cierpiące na trwałą niewydolność nerek lub stwardnienie zanikowe boczne (chorobę Lou Gehrig'a). Program pokrywa częściowo koszty opieki zdrowotnej, ale nie pokrywa wszystkich wydatków medycznych ani kosztów większości rodzajów opieki długoterminowej. Są różne sposoby uzyskania ubezpieczenia Medicare. Na pokrycie niektórych wydatków nie refundowanych przez

Medicare można dokupić polisę uzupełniającą świadczenia Medicare (tzw. Medigap) w prywatnej firmie ubezpieczeniowej.

Program Medicare jest finansowany z części podatków od wynagrodzeń opłacanych przez pracowników i ich pracodawców, i ze składek miesięcznych potrącanych ze świadczeń z tytułu Ubezpieczeń Społecznych.

Program Medicare prowadzą tzw. Ośrodki usług Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services). O ubezpieczenie Medicare należy jednak ubiegać się w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych, gdzie można również uzyskać ogólne informacje o programie Medicare.

Medicare składa się z czterech części

- Ubezpieczenie szpitalne (Part A) pomaga w pokryciu kosztów leczenia w szpitalu lub w specjalistycznej placówce opieki pielęgniarskiej (po pobycie w szpitalu), pewnych rodzajów opieki zdrowotnej w domu oraz opieki w hospicjum.
- Ubezpieczenie medyczne (Part B) pomaga w pokryciu kosztów usług lekarskich i wielu innych świadczeń medycznych oraz materiałów, których nie obejmuje ubezpieczenie szpitalne.
- Medicare Part C (Medicare Advantage) obejmuje wszystkie świadczenia i usługi objęte przez Part A i Part B. Niektóre plany obejmują ubezpieczenie lekowe Medicare (Medicare Part D) oraz świadczenia i usługi dodatkowe.
- Medicare Part D refunduje część wydatków na leki na receptę.

Więcej szczegółowych informacji na temat ubezpieczenia Medicare można znaleźć w publikacji *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050). Aby otrzymać egzemplarz, należy zadzwonić pod numer bezpłatny lub wejść na stronę internetową Medicare podaną na poprzedniej stronie www.medicare.gov.

Kilka słów o Medicare

Można by sądzić, że Medicaid i Medicare to jedno i to samo. Medicaid jest programem opieki zdrowotnej dla osób o niskich dochodach i w trudnej sytuacji materialnej. Każdy stan ma własne zasady określające, kto może korzystać z tych świadczeń i jakie świadczenia są pokrywane przez Medicaid. Niektóre osoby są uprawnione do korzystania zarówno ze świadczeń Medicare, jak i Medicaid. Aby uzyskać więcej informacji o programie Medicaid, prosimy zwrócić się do lokalnej placówki pomocy medycznej lub do urzędu usług społecznych.

Kto może uzyskać ubezpieczenie Medicare?

Medicare Part A (ubezpieczeni szpitalne)

Do ubezpieczenia szpitalnego Medicare są uprawnione osoby w wieku co najmniej 65 lat, będące obywatelami lub stałymi mieszkańcami USA. „Part A” przysługuje bezpłatnie osobom w wieku od 65 lat, które:

- Otrzymują lub są uprawnione do świadczeń z Ubezpieczeń Społecznych;
- Otrzymują lub są uprawnione do emerytury kolejowej;
- Małżonek jest uprawniony przysługując mu lub jej świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych lub emerytura kolejowa;
- Dana osoba lub jej małżonek (żyjący lub zmarły; dotyczy także małżonków rozwiedzionych) przepracowała dostatecznie długi okres na państwowej posadzie, płacąc podatki na Medicare;
- Jest rodzicem w pełni ubezpieczonego zmarłego dziecka.

Jeżeli powyższe wymogi nie są spełnione, istnieje możliwość uzyskania w Medicare Part A płacąc składki miesięczne. Do tego ubezpieczenia można zwykle przystąpić tylko w wyznaczonych terminach zapisów.

UWAGA: *Chociaż pełny wiek emerytalny nie wynosi już 65 lat, do Medicare należy przystąpić na trzy miesiące przed ukończeniem 65 roku życia. Wnioski o świadczenia można składać na stronie www.socialsecurity.gov.*

Przed ukończeniem 65 lat przysługuje bezpłatne ubezpieczenie szpitalne Medicare osobom, które:

- Miały prawo do świadczeń z Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy przez okres 24 miesięcy;
- Otrzymywały rentę inwalidzką przyznaną przez kolejową radę emerytalną;
- Otrzymywały rentę inwalidzką z Urzędu Ubezpieczeń Społecznych z powodu choroby Lou Gehriga (stwardnienia zanikowego bocznego);
- Przepracowały dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie, płacąc podatki na Medicare oraz były uprawnione do renty inwalidzkiej z Ubezpieczeń Społecznych przez 24 miesiące;
- Dzieciom oraz wdowcom i wdowom w wieku co najmniej 50 lat po kimś, kto przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie, płacąc podatki na Medicare i spełnia wymagania programu Ubezpieczeń Społecznych dla osób niezdolnych do pracy;
- Cierpią na trwałą niewydolność nerek i poddawane są dializie podtrzymującej lub transplantacji nerki:
 - Są uprawniona lub otrzymują comiesięczne świadczenia z systemu Ubezpieczeń Społecznych lub systemu emerytur kolejowych;
 - Przepracowały dostatecznie długi okres na objętej ubezpieczeniem Medicare państwowej posiadzie;
 - Dzieciom lub małżonkiem (dotyczy także małżonków rozwiedzionych) pracownika (żyjącego lub zmarłego), który przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie objętej Ubezpieczeniami Społecznymi lub ubezpieczeniem Medicare.

Medicare Part B (ubezpieczenie medyczne)

Każdy, kto jest uprawniony do bezpłatnego ubezpieczenia Medicare Part A, może przystąpić do ubezpieczenia Medicare (Part B) płacąc miesięczne składki. Niektórzy beneficjenci o wyższych dochodach będą płacić wyższą składkę na ubezpieczenie w ramach Part B. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w publikacji *Medicare Premiums: Rules For Higher-Income Beneficiaries* (publikacja Nr 05-10536) albo prosimy odwiedzić naszą stronę internetową www.socialsecurity.gov/medicare/mediinfo.html.

Kto nie ma uprawnień do bezpłatnego ubezpieczenia Part A, może wykupić Part B bez wykupywania Part A, o ile ma co najmniej 65 lat oraz jeżeli jest:

- Obywatелеm amerykańskim; lub
- Obcokrajowcem legalnie zamieszkałym w Stanach Zjednoczonych od co najmniej pięć 5 lat. Do Part B można przystąpić tylko w wyznaczonych terminach zapisów.

W przypadku rezygnacji z zapisania się do Medicare Part B z chwilą uzyskania uprawnień trzeba będzie płacić karę za spóźniony zapis dopóty, dopóki ubezpieczony będzie korzystać z Part B. Prosimy przeczytać Zapisy do Medicare na s. 5.

Medicare Part C (plany Medicare Advantage)

Osoby korzystające z ubezpieczenia części A i B bezpośrednio od rządu mają oryginalne ubezpieczenie Medicare. Plany Medicare Advantage są oferowane przez organizacje o tej samej nazwie i inne spółki zatwierdzone przez Medicare. Wiele z nich oferuje dodatkowe ubezpieczenie i obniża wydatki własne ubezpieczonych.

Osoby korzystające z Medicare A i B mogą przystąpić do planu Medicare Advantage. Plany Medicare Advantage są oferowane przez firmy prywatne i zatwierdzone przez Medicare.

Korzystając z jednego z tych planów nie trzeba mieć polisy Medigap, gdyż plany Medicare Advantage obejmują w zasadzie te same świadczenia, jakie obejmowałyby polisa Medigap, w tym dodatkowe dni pobytu w szpitalu po wykorzystaniu liczby dni przewidzianych przez ubezpieczenie Medicare.

Wśród planów Medicare Advantage są:

- Plany opieki medycznej koordynowane przez Medicare;
- Plany Medicare zarządzane przez preferowanych usługodawców;
- Prywatne plany Medicare typu „opłata za usługę,” oraz
- Specjalistyczne plany Medicare.

Korzystanie z Medicare Advantage umożliwia kartę (legitymacja) członkowska. Zwykle obowiązuje miesięczna składka za dodatkowe świadczenia oferowane przez plany Medicare Advantage.

Można się zapisać do Medicare Advantage podczas pierwszego po uzyskaniu uprawnień do Medicare wstępnego okresu rekrutacji (jak wyjaśniono na s. 10, Signing up for Medicare, Zapisy do Medicare.). Można się także zapisać w okresie otwartej rekrutacji od 15 października do 7 grudnia każdego roku. Ubezpieczenie wchodzi w życie 1 stycznia następnego roku. Istnieją również dodatkowe specjalne okresy rekrutacji.

Medicare Part D (refundacja leków na receptę przez Medicare)

Każdy uprawniony do Medicare Part A lub Part B ma prawo do ubezpieczenia lekowego (Part D). Świadczenia w ramach Part D są dostępne oddzielnie lub włączone do Medicare Advantage. Świadczenia lekowe są w obu przypadkach takie same. Ubezpieczenie lekowe jest nieobowiązkowe i dodatkowo odpłatne w formie miesięcznych składek. Niektórzy beneficjenci o wyższych dochodach będą płacić wyższą składkę na ubezpieczenie w ramach Part B. Dodatkowe informacje można znaleźć w publikacji

Medicare Premiums: Rules For Higher-Income Beneficiaries (publikacja Nr 05-10536) albo prosimy odwiedzić naszą stronę internetową www.socialsecurity.gov/medicare/mediinfo.html.

W przypadku niezapisania się do planu refundacji leków Medicare z chwilą uzyskania uprawnień trzeba będzie płacić karę za spóźniony zapis przystępując do planu później. Trzeba będzie płacić tę karę dopóty, dopóki ubezpieczony będzie korzystał z ubezpieczenia lekowego. Kara nie obowiązuje osób korzystających z programu *Extra Help* (patrz niżej) lub z innego wiarygodnego planu refundacji recept. Ubezpieczenie jest uznane za wiarygodne, gdy jest co najmniej równie korzystne, jak to, które oferuje standardowe ubezpieczenie lekowe Medicare.

Można się zapisać do Medicare Advantage podczas pierwszego po uzyskaniu uprawnień do Medicare wstępnego okresu rekrutacji (jak wyjaśniono na s. 5, Signing up for Medicare). Można się także zapisać w okresie otwartej rekrutacji od 15 października do 7 grudnia każdego roku. Ubezpieczenie wchodzi w życie 1 stycznia następnego roku. Istnieją również dodatkowe specjalne okresy rekrutacji.

Pomoc dla osób o niskich dochodach

Osoby, których nie stać na składki Medicare i inne wydatki medyczne, mogą uzyskać pomoc od władz stanowych. Stany oferują osobom o niskich dochodach uprawnionych do Medicare. Niektóre programy płacą składki Medicare, a niektóre płacą także udziały własne i współubezpieczenie. Aby nabyć uprawnienia, trzeba posiadać Medicare Part A oraz mieć ograniczone dochody i zasoby.

Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie internetowej Centers for Medicare & Medicaid Services. Zapraszamy do odwiedzenia strony www.medicare.gov/publications i znaleźć publikację *Get help with your Medicare costs* (publikacja nr CMS-10126) pod zakładką „Your Medicare Costs” (Wydatki własne na Medicare).

Tylko władze stanowe mogą zdecydować o uprawnieniach do korzystania z tych programów. Aby sprawdzić, czy przysługuje prawo do tej pomocy, można się zwrócić do lokalnej placówki pomocy medycznej (Medicaid), do urzędu usług społecznych lub zapomóg.

Można również uzyskać dodatkową pomoc (*Extra Help*) na opłacenie udziału własnego, miesięcznych składek ubezpieczeniowych oraz dopłat związanych z programem Medicare refundacji leków na receptę (Part D). O „dodatkową pomoc” mogą ubiegać się osoby osiągające niskie dochody (w odniesieniu do federalnego poziomu ubóstwa) i mające ograniczone środki materialne. Wartości maksymalne dochodów i zasobów zmieniają się co roku, dlatego w celu uzyskania aktualnych danych należy się z nami skontaktować.

Do uzyskania dodatkowej pomocy automatycznie kwalifikują się osoby posiadające ubezpieczenie Medicare i spełniające następujące wymagania:

- Posiadają pełne ubezpieczenie Medicaid;
- Pobierają zasiłek uzupełniający z ubezpieczenia społecznego (zasiłek uzupełniający);
- Biorą udział w programie stanowym, który pomaga w płaceniu składek Medicare.

Więcej informacji na temat uzyskania pomocy w opłaceniu kosztów leków na receptę można uzyskać pod numerem bezpłatnej infolinii lub na stronie internetowej. Można również złożyć wniosek na stronie www.socialsecurity.gov/extrahelp.

Zapisy do Medicare

Kiedy należy złożyć wniosek?

Z osobami już pobierającymi emeryturę z SSA lub kolejową, skontaktujemy się na kilka miesięcy przed nabyciem prawa do Medicare i udzielimy niezbędnych informacji. Osoby zamieszkałe w 50 stanach, w Waszyngtonie, na Marianach Północnych, na wyspie Guam,

na Samoa Amerykańskim i na Amerykańskich Wyspach Dziewiczych zostają także automatycznie objęte ubezpieczeniem Medicare Part A i part B. Jednakże ponieważ trzeba w płacić składki na Part B, można z tego uprawnienia zrezygnować.

UWAGA: *Osoby zamieszkałe w Portoryko i zagranicą nie otrzymują ubezpieczenia medycznego Części B automatycznie. Muszą o nie wystąpić.*

Kto nie pobiera jeszcze emerytury, powinienem się z nami skontaktować na trzy miesiące przed ukończeniem 65 lat, aby się zapisać na Medicare. Można wystąpić o Medicare nawet nie mając zamiaru przejścia na emeryturę w wieku 65 lat.

Nowi członkowie Medicare otrzymają czerwono-biało-niebieską kartę (legitymację) pokazującą, czy są ubezpieczeni w ramach Part A, Part B, czy w ramach obydwu. 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 na stronie *my Social Security account* portalu www.socialsecurity.gov/myaccount, lub zadzwonić pod bezpłatny numer Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. Nowi członkowie otrzymają również broszurę *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050), w której opisane są świadczenia oraz plany ubezpieczeń Medicare do wyboru.

Zapisy w sytuacjach szczególnych

Następujące osoby powinny się skontaktować z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych w sprawie przyznania ubezpieczenia Medicare:

- Wdowcy lub wdowy w wieku od 50 do 65 lat, niezdolne do pracy, ale nie ubiegające się o rentę inwalidzką, ponieważ otrzymują już inny rodzaj świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych;
- Pracownicy państwowi, którzy stali się niezdolni do pracy przed osiągnięciem 65 roku życia;

- Osoby cierpiące na trwałą niewydolność nerek oraz osoby, których małżonek lub dziecko cierpi na tę chorobę;
- Osoby, które miały Medicare Part B w przeszłości, lecz utraciły je;
- Osoby, które nie przyjęły Medicare (Part B), kiedy zapisali się do Part A; oraz
- Byli pracownicy lub małżonkowie pracowników kolei.

Pierwszy termin zapisów do Part B

Po uzyskaniu uprawnień do Medicare Part A można się zapisać do Part B w ciągu siedmiu miesięcy. Dla osób, które nabywają prawo do ubezpieczenia w wieku 65 lat, pierwszy termin 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 pierwszy termin zapisów zależy od daty nabycia niezdolności do pracy lub od daty rozpoczęcia leczenia.

UWAGA: W przypadku rezygnacji z zapisania się do Medicare Part B z chwilą uzyskania uprawnień trzeba będzie płacić karę za spóźniony zapis dopóty, dopóki ubezpieczony będzie korzystać z Part B. Można się nie zapisywać, lecz zaniechanie spowoduje opóźnienie w ubezpieczeniu.

Od kiedy zaczyna obowiązywać ubezpieczenie Part B?

Dla osób, które zaakceptują automatyczne przystąpienie do Medicare Part B lub zapiszą się podczas pierwszych trzech miesięcy pierwszego okresu zapisów, ubezpieczenie zacznie obowiązywać w miesiącu, w którym nabędą do niego prawa. Jeżeli przystąpią do ubezpieczenia w ciągu ostatnich czterech miesięcy, zacznie ono obowiązywać w terminie od jednego do trzech miesięcy od momentu przystąpienia do programu.

Poniższa tabela pokazuje, kiedy zaczyna obowiązywać Medicare Part B:

| Data przystąpienia do ubezpieczenia w pierwszym okresie zapisów | Termin wejścia w życie Medicare Part B |
|---|---|
| Od jednego do trzech miesięcy przed ukończeniem 65 lat | W miesiącu ukończenia 65 lat |
| W miesiącu ukończenia 65 lat | W miesiącu ukończenia 65 lat |
| Jeden miesiąc po ukończeniu 65 lat | Dwa miesiące po miesiącu, w którym przystąpiono do ubezpieczenia |
| Jeden miesiąc po ukończeniu 65 lat | Trzy miesiące po miesiącu, w którym przystąpiono do ubezpieczenia |

Powszechny okres zapisów do Part B

W przypadku nieprzystąpienia do Medicare Part B w pierwszym okresie zapisów, co roku będzie dodatkowa możliwość przystąpienia do niej w „powszechnym okresie zapisów” (general enrollment period) od 1 stycznia do 31 marca. Ubezpieczenie zacznie obowiązywać 1 lipca tego roku. **Jednakże może obowiązywać kara za zwłokę należna przez cały czas korzystania z ubezpieczenia w ramach Part B. Miesięczna składka na ubezpieczenie wzrasta o 10 procent za każde 12 miesięcy posiadania uprawnień do Medicare Part B, jeżeli uprawniony nie przystąpił do tego ubezpieczenia.**

Specjalny okres zapisów dla osób, które zrezygnowały z Part C

Osoby mające Medicare Part 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 Part D (planu refundacji leków na receptę Medicare) trwa także do 14 Lutego. Ubezpieczenie zacznie obowiązywać od pierwszego dnia następnego miesiąca po złożeniu formularza zapisu.

Specjalny okres zapisów dla ubezpieczonych grupowo przez pracodawcę

Osoby, które ukończyły 65 lat i są objęte planem grupowych ubezpieczeń zdrowotnych z tytułu **aktualnego zatrudnienia** własnego lub małżonka, mogą przystąpić do Medicare Part B w ciągu „specjalnego okresu rekrutacji”. To oznacza, że mogą opóźnić przystąpienie do Medicare Part B, ale nie muszą czekać na powszechny okres zapisów ani płacić o 10 procent wyższą składkę za opóźnienie w przystąpieniu do ubezpieczenia. Istnieją ograniczenia, dlatego usilnie zalecamy skontaktowanie się z Ośrodkiem Usługowym Medicare i Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), aby uzyskać więcej informacji. Dane kontaktowe CMS znajdują się na s. 4 tej 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;
- Przystąpić do Medicare Part B podczas ośmiomiesięcznego okresu, który zaczyna się w następnym miesiącu po tym, w którym ustaje bądź grupowe ubezpieczenie zdrowotne bądź też zatrudnienie.

Nie można się zapisać podczas specjalnego okresu rekrutacji, jeżeli zatrudnienie lub związany z zatrudnieniem plan ubezpieczeniowy kończy się podczas wstępnego okresu rekrutacji.

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

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

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

Osoby, które nie zapiszą się do końca okresu ośmiomiesięcznego, będą musiały poczekać do następnego ogólnego okresu rekrutacji, który się zaczyna 1 stycznia następnego roku. Być może będzie obowiązywać trwała kara za opóźnienie, jak opisano powyżej.

Osoby pobierające świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych 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 rekrutacji. Uprawnienia dotyczących składek ubezpieczeniowych są podobne do tych, jakie obowiązują w stosunku do pracowników w wieku od 65 lat. Więcej informacji udzielą Ośrodki Usługowe Medicare i Medicaid.

UWAGA: COBRA oraz ubezpieczenie zdrowotne dla emerytów nie jest traktowane jako ubezpieczenie związane z zatrudnieniem.

Inne możliwości uzyskania opieki zdrowotnej

Osoby korzystające ze świadczeń Medicare mogą mieć możliwość wyboru usług opieki zdrowotnej.

Więcej informacji na temat różnych planów opieki zdrowotnej można znaleźć w następujących publikacjach:

- *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050) — ten ogólny informator jest wysyłany do ubezpieczonych po ich przystąpieniu do

Medicare, a potem co roku wysyłana jest uaktualniona wersja.

- *Wybór polisy Medigap: A Guide to Health Insurance for People with 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 numer bezpłatny **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące mogą dzwonić pod numer TTY **1-877-486-2048**.

Inne ubezpieczenia zdrowotne

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

Odpowiedź zależy od sytuacji osobistej oraz od rodzaju posiadanego ubezpieczenia. Nie możemy więc odpowiedzieć „tak” lub „nie”, lecz możemy udzielić kilka wskazówek, które mogą okazać się przydatne przy podejmowaniu decyzji. Możemy również określić, czy naliczana będzie kara za spóźnioną rekrutację.

Ubezpieczenia prywatne

Jest to szczególnie ważne, gdy tą samą polisą ubezpieczeniową objęci są członkowie rodzin. Jest to szczególnie ważne, gdy tą samą polisą ubezpieczeniową objęci są członkowie rodzin. Ponadto należy pamiętać, że i Medicare, i większość planów prywatnych nie refunduje wszystkich kosztów opieki zdrowotnej. Planując własne ubezpieczenie należy pamiętać o tym, że większość świadczeń w zakresie opieki pielęgniarskiej w domu nie jest refundowana ani

przez Medicare, ani prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ważna przestroga: **w własnym interesie nie należy anulować żadnego aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego do czasu, kiedy zaczniesz obowiązywać ubezpieczenie Medicare.**

Grupowe ubezpieczenia zdrowotne udzielane przez pracodawców

W ramach planów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązkowo udzielanych przez pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników, prawo wymaga, aby pracownikom oraz ich małżonkom w wieku od 65 lat zapewnić takie same świadczenia zdrowotne, jakie zapewnia się młodszemu pracownikom.

Osoby aktualnie objęte przez pracodawcę grupowym ubezpieczeniem zdrowotnym i ich małżonkowie powinny zanim przystąpią do Medicare Part B porozmawiać z pracownikiem działu kadr.

Health Savings Accounts (HSA) (Konta oszczędnościowe na ubezpieczenia zdrowotne)

Posiadacze kont HSA po zapisaniu się na Medicare nie mogą nadal wpłacać na HSA. Dalsze wpłaty na HSA po wejściu w życie ubezpieczenia Medicare mogą pociągnąć za sobą karę podatkową. Aby móc nadal wpłacać na HSA, nie należy się starać o Medicare, Social Security ani świadczenia kolejowe (Railroad Retirement Board (RRB)).

UWAGI: *Bezskładkowe ubezpieczenie w ramach Part A zaczyna się na 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku o Medicare (lub o świadczenia Social Security/RRB), lecz nie wcześniej niż w pierwszym miesiącu, w którym nabyte zostało uprawnienie do Medicare. Aby uniknąć kary podatkowej, należy zaprzestać wpłat na HSA co najmniej na 6 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 praw do Medicare. Dotyczy to wszystkich przypadków, niezależnie od wieku i miejsca zamieszkania. Emeryci wojskowi i członkowie ich rodzin muszą się zapisać do Part A i Part B, gdy zaczyna im przysługiwać ubezpieczenie TRICARE. Poradnik świadczeń wojskowej służby zdrowia można znaleźć na stronie www.milconnect.dmdc.mil lub uzyskać je telefonicznie pod nr **1-800-538-9552** (TTY **1-866-363-2883**) przed podjęciem decyzji, czy zapisać się do planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicare (Part B).

Osoby objęte ubezpieczeniem w ramach programu ochrony zdrowia dla Indian, Department of Veterans Affairs (Departamentu ds. Kombatantów) lub programu stanowej pomocy zdrowotnej, należy skontaktować się z pracownikami tych urzędów w celu uzyskania pomocy w podjęciu decyzji, czy przystąpienie do ubezpieczenia zdrowotnego Medicare będzie korzystne.

WAŻNE: W przypadku rezygnacji z zapisania się do Medicare Part B z chwilą uzyskania uprawnień trzeba będzie płacić karę za spóźniony zapis dopóty, dopóki ubezpieczony będzie korzystał z Part B. Można się nie zapisywać, lecz zaniechanie spowoduje opóźnienie w ubezpieczeniu.

Aby uzyskać dalsze informacje o tym, jak inne plany ubezpieczeń zdrowotnych współdziałają z ubezpieczeniem Medicare, należy odwiedzić stronę internetową www.medicare.gov/publications i przeczytać broszurę *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First* (publikacja nr CMS-02179) lub zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące mogą dzwonić pod numer TTY **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 | September 2017
Medicare

Medicare (Polish)
Produced and published at U.S. taxpayer expense
Wyprodukowano i opublikowano na koszt amerykańskiego podatnika