

5 FRAGEN, DIE SIE SICH FRAGEN MÜSSEN, WENN SIE EINEN KRANKENVERSICHERUNGSPLAN AUSWÄHLEN

Der Health Insurance Marketplace bietet verschiedene Arten von Plänen an, die eine Palette von Bedürfnissen und Budgets abdecken. Die meisten Personen sind zu finanzieller Hilfe berechtigt, um Krankenversicherungsschutz bezahlbar zu machen. Vergleichen Sie Pläne basierend darauf, was für Sie wichtig ist, und wählen Sie die Kombination von Preis und Versicherungsschutz, der Ihren Bedürfnissen entspricht. Fragen Sie sich diese 5 Fragen, wenn Sie sich nach Krankenversicherungsschutz durch den Marketplace umsehen.

1. Kann ich Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherungsschutz durch den Marketplace erhalten?

Sie könnten zu finanzieller Hilfe zur Verringerung der Kosten Ihres Versicherungsschutzes berechtigt sein. Acht von zehn Personen, die sich bei HealthCare.gov für Krankenversicherungsschutz angemeldet haben, waren zu finanzieller Hilfe berechtigt, um Ihren Versicherungsschutz bezahlbarer zu machen. Die meisten Personen fanden sogar Pläne, die weniger als \$75 oder weniger pro Monat kosteten. Nachdem Sie Ihren Marketplace-Antrag ausfüllen, werden Sie herausfinden, ob Sie zu geringeren Kosten für Ihre monatlichen Beiträge berechtigt sind. Diese finanzielle Hilfe findet auch Anwendung für Ihren Zahnversicherungsschutz, wenn dieser Teil Ihres Krankenversicherungsplans ist.

Erfahren Sie mehr darüber, wie Sie im Marketplace niedrigere Kosten erhalten unter [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Welche Leistungen decken Krankenversicherungspläne ab?

Alle Krankenversicherungspläne im Marketplace bieten den gleichen Satz an Elementen und Gesundheitsdienstleistungen, die als „essentielle Gesundheitsdienstleistungen“ („essential health benefits“) bekannt sind. Diese Leistungen decken Dinge ab, wie z. B. Arztbesuche, Verschreibungen, Krankenhausaufenthalte, Schwangerschaften und mehr.

Krankenversicherungspläne können andere Leistungen bieten, wie augenärztliche Betreuung, zahnärztliche Betreuung oder Behandlungsprogramme für eine spezifische Krankheit oder einen medizinischen Zustand. Jedoch können spezifische Leistungen in jedem Bundesstaat verschieden sein. Selbst innerhalb des selben Bundesstaates kann es kleine Unterschiede zwischen den Plänen geben. Wenn Sie Pläne vergleichen, werden Sie sehen, welche Leistungen jeder Plan abdeckt. Dies wird hilfreich sein, wenn Sie spezifische Gesundheitsfürsorgebedürfnisse haben.

3. Wie finde ich einen Plan, der meinem Budget und meinen Bedürfnissen entspricht?

Wenn man einen guten Krankenversicherungsplan finden möchte, bedeutet dies, dass man abwägen muss, wie viel man pro Monat bezahlt und wie viel man glaubt an Gesundheitsfürsorge für sich und seine Familie zu benötigen. Wenn Sie gesund sind und nicht oft zum Arzt gehen, ist ein Plan mit einem niedrigen monatlichen Beitrag (der Betrag, der für Ihren Versicherungsschutz bezahlt werden muss) wahrscheinlich das, was Sie am wenigsten kosten würde. Wenn Sie oft zum Arzt gehen müssen oder viele Verschreibungen benötigen, sollten Sie nach Plänen suchen, bei denen die Kosten für die Gesundheitsfürsorge oder die aus eigener Tasche zu zahlenden Beträge (wie die prozentuale Mitversicherung oder eine Zuzahlung) niedriger sind. Wenn Sie sich im Marketplace nach Plänen umsehen, werden diese in 5 Kategorien eingeteilt (Bronze, Silber, Gold, Platin und Katastrophal (Catastrophic)), um Ihnen dabei zu helfen herauszufinden, was Sie sich basierend auf Ihren Gesundheitsfürsorgebedürfnissen leisten können. Die Kategorie, die Sie auswählen, beeinflusst, wie viel Ihr Beitrag jeden Monat kosten wird und welchen Anteil der Rechnung Sie für Dinge, wie z. B. Krankenhausbesuche und Verschreibungen bezahlen - aber sie reflektiert nicht die Qualität oder die Menge der Behandlung, die die Pläne bereitstellen.

Krankenversicherungsplankategorien

- Bronze :** Ihr Krankenversicherungsplan bezahlt **60 %** der durchschnittlichen gesamten Gesundheitsfürsorgekosten. Sie bezahlen ungefähr **40 %**.
- Silber:** Ihr Krankenversicherungsplan bezahlt **70 %** der durchschnittlichen gesamten Gesundheitsfürsorgekosten. Sie bezahlen ungefähr **30 %**.
- Gold:** Ihr Krankenversicherungsplan bezahlt **80 %** der durchschnittlichen gesamten Gesundheitsfürsorgekosten. Sie bezahlen ungefähr **20 %**.
- Platin:** Ihr Krankenversicherungsplan bezahlt **90 %** der durchschnittlichen gesamten Gesundheitsfürsorgekosten. Sie bezahlen ungefähr **10 %**.
- *Catastrophique:** Ihr Krankenversicherungsplan übernimmt weniger als **60 %** der durchschnittlichen gesamten Gesundheitsfürsorgekosten.

* **HINWEIS:** Katastrophale Pläne (Catastrophic Plans) sind nur für Personen unter 30 Jahren oder für Personen mit Härtefallausnahmen erhältlich. Um mehr über Härtefallausnahmen („hardship exemptions“) herauszufinden, besuchen Sie bitte [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Obwohl alle Pläne im Marketplace eine Reihe von Kernleistungen abdecken, ist der von Ihnen zu zahlende Betrag je nach Plan verschieden. Generell gesagt, wenn Ihre monatlichen Beitragszahlungen niedrig sind, sind die Kosten für Ihre Gesundheitsfürsorge oder Ihre aus eigener Tasche zu zahlenden Beträge für Dinge, wie z. B. Verschreibungen oder Krankenhausaufenthalte, höher. Wenn Sie jeden Monat mehr für Ihren Beitrag bezahlen, sind diese anderen Kosten niedriger.

Wichtig: Wenn Sie, basierend auf der Größe Ihres Haushalts und Höhe Ihres Einkommens, zu geringeren aus eigener Tasche zu zahlenden Kosten berechtigt sind und einen Silber-Plan auswählen, können Sie Geld sparen. Dies wird „Kostenteilungsminderung“ („cost-sharing reduction“) genannt.

Mit einer Kostenteilungsminderung bezahlen Sie niedrigere Selbstbehalte (die Beträge, die Sie bezahlen, bevor Ihre Versicherung anfängt für Ihre Gesundheitsfürsorge zu bezahlen), Zuzahlungen und prozentuale Eigenbeteiligung. Im Grunde genommen erhalten Sie die aus eigener Tasche zu bezahlenden Kosten eines Gold- oder Platin-Plans, während Sie den Beitrag eines Silber-Plans bezahlen. Sie können einen Plan aus jeder Plankategorie auswählen, aber Sie erhalten diese Einsparungen für aus eigener Tasche zu bezahlenden Kosten nur, wenn Sie einen Silber-Plan abschließen.

4. Wie funktioniert Zahnversicherungsschutz im Marketplace?

Nachdem Sie Ihren Marketplace-Antrag fertigstellen und Ihre Ergebnisse erhalten, können Sie Krankenversicherungspläne ansehen, die Zahnversicherungsschutz umfassen.

Kinderzahnversicherungsschutz im Marketplace ist eine essentielle Gesundheitsdienstleistung. Dies bedeutet, dass wenn Ihr Kind 18 oder jünger ist, Zahnversicherungsschutz als Teil eines Krankenversicherungsplans oder als eigenständiger Zahnversicherungsplan erhältlich sein muss. Erwachsenen muss kein Zahnversicherungsschutz angeboten werden, aber viele Marketplace-Pläne bieten ihn als Teil eines Plans oder als eigenständigen Zahnversicherungsplan an.

Zahnversicherungspläne des Marketplace werden in 2 Kategorien eingeteilt, basierend darauf, wie Sie und der Plan die Kosten für Zahnbehandlung für Kinder aufteilen (die Kategorien finden nur auf die essentielle Gesundheitsdienstleistung des Kinderzahnversicherungsschutzes Anwendung).

Niedrig: Ihr Zahnversicherungsplan bezahlt ungefähr **70 %** der Zahnbehandlungskosten für Kinder.

Hoch: Votre régime de soins dentaires paiera environ **85 %** des coûts des soins dentaires pour enfants.

Die Zahnversicherungsplankategorie, die Sie auswählen, beeinflusst die Höhe des aus eigener Tasche zu bezahlenden Anteils, den Sie wahrscheinlich für die Zahnbehandlungskosten Ihres Kindes für das Jahr bezahlen.

Zahnversicherungsschutz wird als Teil einiger Krankenversicherungspläne angeboten, aber nicht von allen. Wenn Sie sich entscheiden, dass Sie Zahnversicherungsschutz haben wollen, können Sie zum gleichen Zeitpunkt, in dem Sie einen Krankenversicherungsplan abschließen, auch einen

separaten, eigenständigen Zahnversicherungsplan abschließen. Einige Zahnversicherungspläne schützen nur Kinder und andere nur Familien. Sie sollten die Einzelheiten des Plans überprüfen, um sicherzustellen, dass die von Ihnen gewünschten Leistungen im Plan eingeschlossen sind.

5. Erwarten Sie viele Arztbesuche, viel Zahnbehandlung oder brauchen Sie regelmäßige Verschreibungen?

Wenn das der Fall ist, sollten Sie sich wahrscheinlich für einen Gold- oder Platin-Plan und einen Zahnversicherungsplan mit hoher Deckung entscheiden. Sie werden wahrscheinlich höhere Beiträge haben, aber es könnte sein, dass Sie weniger für jeden Besuch, jede Verschreibung oder andere medizinische und Zahndienstleistungen bezahlen müssen. Falls nicht, sollten Sie wahrscheinlich einen Bronze- oder Silber-Plan bevorzugen. Ihre monatlichen Beiträge werden wahrscheinlich niedriger sein, aber Sie werden wahrscheinlich mehr der Kosten bezahlen, wenn Sie zum Arzt gehen.

Brauchen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, besuchen Sie bitte Localhelp.HealthCare.gov. Sie können jemanden finden, der Ihnen persönlich helfen kann. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-855-889-4325 anrufen.

