

5 PYTAŃ JAKIE NALEŻY SOBIE ZADAĆ PRZY WYBORZE PLANU

Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych oferuje różne rodzaje przystępnych cenowo planów, które sprostają Twoim oczekiwaniom. Większość osób kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej która obniżając tym koszty ubezpieczenia zdrowotnego. Porównaj plany wg swoich priorytetów i wybierz kombinację ceny i zakresu świadczeń, która najbardziej Ci odpowiada. Zadaj sobie następujące 5 pytań podczas wybierania polisy na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.

1. Czy mogę uzyskać pomoc finansową w opłacaniu ubezpieczenia?

Być może kwalifikujesz się do otrzymania pomocy finansowej – która obniży Twoje koszty ubezpieczenia. Osiem na dziesięć osób ubiegających się o ubezpieczenie zdrowotne przez witrynę HealthCare.gov otrzymuje pomoc finansową a co przekłada się na tańsze ubezpieczenie. Faktycznie, większość osób znalazło plany, które kosztowały \$75 miesięcznie lub mniej. Aby dowiedzieć się czy jesteś uprawniony/a do uzyskania pomocy finansowej celem obniżenia kosztów comiesięcznych składek i opieki złóż wnioski o ubezpieczenie przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych. Pomoc finansowa będzie dotyczyć również świadczeń z zakresu stomatologii – jeśli zakres ten jest obejmowany przez Twój plan.

Dowiedź się więcej jak obniżyć koszty na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych odwiedzając stronę [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Jakie korzyści oferują plany zdrowotne?

Wszystkie plany zdrowotne dostępne na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych oferują ten sam zestaw podstawowych świadczeń zdrowotnych obejmujących np. wizyty lekarskie, leki na receptę, hospitalizacje, ciążę i inne.

Niektóre plany oferują dodatkowe korzyści takie jak zarządzanie programem w zakresie medycznym, okulistyki czy stomatologii. Jednakże należy pamiętać, że różne stany mogą oferować inne korzyści. Nawet w tym samym stanie mogą wystąpić małe różnice między planami. Porównując plany ubezpieczeniowe dowiesz się jakie korzyści oferują, szczególnie w przypadku jeśli wymagasz specyficznej opieki zdrowotnej.

3. Jak znaleźć plan dostosowany do mojego budżetu i potrzeb?

Dobry plan zdrowotny to taki który równoważy comiesięczne koszty ubezpieczenia z Twoim (oraz Twojej rodziny) rocznym zapotrzebowaniem na korzystanie z opieki zdrowotnej. Jeśli jesteście zdrowi i rzadko chodzicie do lekarzy – wtedy plan z niskimi składkami miesięcznymi (kwota jaka musi być zapłacona za świadczenia) kosztowałby najtaniej. Jeśli natomiast często chodzicie do lekarzy lub przyjmujecie dużo drogich leków na receptę, powinnście zwrócić uwagę na plany, które oferują niższe koszty świadczeń (koszty z własnej kieszeni, współpłatność, współubezpieczenie). Podczas dokonywania zakupu planu, zwróć uwagę, że są one podzielone na 5 kategorii (Brązowy, Srebrny, Złoty, Platynowy, Katastrofalny) aby ułatwić Ci wybór planu adekwatnego do Twoich potrzeb zdrowotnych. Kategoria jaką wybierasz ma wpływ na kwotę comiesięcznych składek oraz wysokość kwoty rachunku za pobyt w szpitalu lub leki na receptę ale nie ma wpływu na jakość lub ilość opieki oferowaną przez plan.

Kategorie Planów Zdrowotnych

Brązowy:	Twoje ubezpieczenie płaci 60% całkowitego średniego kosztu opieki zdrowotnej. Ty płacisz około 40%
Srebrny:	Twoje ubezpieczenie płaci 70% całkowitego średniego kosztu opieki zdrowotnej. Ty płacisz około 30%
Złoty:	Twoje ubezpieczenie płaci 80% całkowitego średniego kosztu opieki zdrowotnej. Ty płacisz około 20%
Platynowy:	Twoje ubezpieczenie płaci 90% całkowitego średniego kosztu opieki zdrowotnej. Ty płacisz około 10%
*Katastrofalny:	Twoje ubezpieczenie płaci mniej niż 60% całkowitego średniego kosztu opieki zdrowotnej.

* **UWAGA:** Plany Katastrofalne są dostępne tylko dla osób poniżej 30 roku życia lub osób będących wyjątkiem ze względu na trudności. Aby uzyskać więcej informacji na temat „wyjątków ze względu na trudności”, odwiedź stronę [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Mimo, że wszystkie plany dostępne na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych oferują podstawowy zakres świadczeń, kwota jaką będziesz płacić będzie inna w zależności od planu. Generalnie jeśli Twoja comiesięczna składka jest niska to Twoje koszty opieki zdrowotnej z własnej kieszeni za np. hospitalizację lub leki na receptę będą wyższe i na odwrót, wyższe comiesięczne składki to niższe koszty opieki zdrowotnej.

Ważne: Jeśli kwalifikujesz się obniżonych kosztów z tzw. własnej kieszeni na podstawie wielkości gospodarstwa domowego i dochodu i wybierasz plan Srebrny, zaoszczędzisz więcej. Nazywa się to „redukcja podziału kosztów”.

Korzystając z „redukcji podziału kosztów” zapłacisz niższy udział własny (czyli kwota jaką płacisz zanim twoje ubezpieczenie zaczyna płacić za świadczenie zdrowotne), współpłatność i współubezpieczenie. Czyli zapłacisz niższe koszty z własnej kieszeni wg planów Złotego lub Platynowego, płacąc comiesięczne składki wg planu Srebrnego. Oczywiście możesz wybrać plan zdrowotny z jakiegokolwiek kategorii ale aby skorzystać z wyżej wymienionych oszczędności musisz wybrać plan z kategorii Srebrnej.

4. Jak działa ubezpieczenie stomatologiczne na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych?

Po złożeniu wniosku o ubezpieczenie i otrzymaniu rezultatów możesz przyjrzeć się planom, które swoim zakresem obejmują świadczenia stomatologiczne.

Świadczenia stomatologiczne dla dzieci są uznawane jako podstawowe świadczenia zdrowotne na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Oznacza to, że jeśli twoje dziecko ma 18 lat lub mniej plan stomatologiczny musi być dostępny albo jako część planu zdrowotnego albo jako oddzielny plan stomatologiczny. W stosunku do osób dorosłych plan stomatologiczny nie musi być im oferowany jednakże wiele planów dostępnych na Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych oferuje ten zakres świadczeń jako część planu lub jako oddzielny plan stomatologiczny.

Plany stomatologiczne dzielą się na 2 kategorie w zależności od sposobu podziału kosztu usługi dentystycznej dla dzieci między Ciebie a ubezpieczenie (kategorie dotyczą tylko zakresu świadczenia stomatologicznego dla dzieci jako podstawowe świadczenie zdrowotne)

Niski: Twój plan stomatologiczny zapłaci około **70%** kosztów korzystania z dentysty przez dzieci.

Wysoki: Twój plan stomatologiczny zapłaci około **85%** kosztów korzystania z dentysty przez dzieci

Kategoria planu dentystycznego ma wpływ na wysokość Twoich łącznych kosztów własnych za usługi stomatologiczne w skali roku.

Zakres świadczeń stomatologicznych jest oferowany jako część niektórych planów ale nie wszystkich. Jeśli decydujesz się na plan stomatologiczny a Twój plan zdrowotny jaki wybierasz nie oferuje takiego zakresu świadczeń, wykup oddzielny plan stomatologiczny w tym samym czasie kiedy wykupujesz ubezpieczenie zdrowotne. Niektóre plany stomatologiczne pokrywają świadczenia tylko dla dzieci inne zaś dla całej rodziny. Zapoznaj się ze szczegółami planu aby upewnić się, że plan jaki wybierasz odpowiada Twoim zapotrzebowaniom.

5. Czy przewiduję częste wizyty u lekarza, dentysty lub regularnie przyjmuję leki na receptę?

Jeśli tak to rozważ plany z kategorii Złotej lub Platynowej oraz Wysoki plan stomatologiczny. Mają one zwykle wyższe składki ale za to płacisz mniej za każdą wizytę, receptę lub inną medyczną i dentystyczną usługę. W innym przypadku może Ci odpowiadać plan z kategorii Brązowej lub Srebrnej oraz Niski plan stomatologiczny, który przewiduje niższe składki ale wyższe koszty własne.

Potrzebujesz Pomocy?

eśli masz jakieś pytania lub potrzebujesz pomocy, odwiedź Localhelp.HealthCare.gov. Znajdziesz tam osobę która osobiście Ci pomoże. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 1-855-889-4325.

