



Social Security

Medicare

www.socialsecurity.gov

Kontakt z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych

Prosimy odwiedzić naszą stronę internetową

Nasza strona internetowa www.socialsecurity.gov jest cennym źródłem informacji na temat programów Ubezpieczeń Społecznych. Przy pomocy naszej strony internetowej możecie Państwo także:

- Składać wnioski o przyznanie świadczeń;
- Uzyskać adres lokalnego biura Ubezpieczeń Społecznych;
- Wystąpić o przesłanie ważnych dokumentów, takich jak *Social Security Statement* (tłumaczenie: *Zestawienie Wszystkich Zarobków*), duplikat karty Medicare lub list potwierdzający wysokość uzyskiwanych świadczeń; lub
- Znaleźć kopie naszych publikacji.

Niektóre z wymienionych wyżej usług dostępne są jedynie w języku angielskim. Więcej informacji w języku polskim uzyskacie Państwo na naszej polskiej stronie internetowej pod adresem www.socialsecurity.gov/multilanguage.

Prosimy zadzwonić pod nasz numer 1-800

Dodatkowo do naszej strony internetowej, możecie Państwo uzyskać informacje dzwoniąc pod nasz bezpłatny numer **1-800-772-1213**. Odpowiadamy na szczegółowe pytania od 7:00 rano do 7:00 wieczorem w dni powszednie. Automatyczny Serwis Informacyjny udziela informacji 24 godziny na dobę. Dla osób niesłyszących i niedosłyszących dostępny jest specjalny numer TTY, **1-800-325-0778**.

Jeżeli potrzebny jest tłumacz do załatwienia spraw związanych z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych, zapewnimy go bezpłatnie. Pomoc tłumacza zapewniona jest, zarówno przy załatwianiu spraw drogą telefoniczną, jak i w biurach Ubezpieczeń Społecznych. Aby skorzystać z pomocy polskiego tłumacza należy zadzwonić na numer **1-800-772-1213**, wycisnąć nr 1 i poczekać na zgłoszenie się przedstawiciela Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. Przedstawiciel skontaktuje się z tłumaczem, który pomoże nam w załatwieniu sprawy. Jeżeli sprawy nie uda się załatwić telefonicznie, umówimy Pana(ą) na wizytę w lokalnym biurze Ubezpieczeń Społecznych, w którym zostanie Panu(i) zapewniony polski tłumacz.

Wszystkie rozmowy traktowane są poufnie. Staramy się zapewnić fachową i uprzejmą obsługę. Dlatego też, niektóre rozmowy telefoniczne monitorowane są przez innego przedstawiciela Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Spis treści

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| Medicare | 4 |
| Czym jest Medicare? | 4 |
| Kto może korzystać z ubezpieczenia Medicare | 6 |
| Pomoc dla niektórych osób o niskich dochodach | 9 |
| Jak przystąpić do Medicare | 12 |
| Rodzaje otrzymywanych świadczeń zdrowotnych | 16 |
| Gdy posiadają Państwo inne ubezpieczenie zdrowotne | 16 |

Medicare

Niniejsza broszura zawiera podstawowe informacje na temat tego, czym jest Medicare, kogo dotyczy to ubezpieczenie oraz z jakich opcji mogą korzystać osoby wybierające ubezpieczenie Medicare. Aby uzyskać najświeższe informacje o Medicare, prosimy odwiedzić stronę internetową lub zadzwonić pod podany niżej bezpłatny numer telefonu.

Medicare

Strona internetowa: **www.medicare.gov**
Bezpłatny numer telefonu: **1-800-MEDICARE**
(1-800-633-4227)
Numer TTY: **1-877-486-2048**

Czym jest Medicare?

Medicare jest krajowym programem ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku co najmniej 65 lat. Niektóre osoby, które nie ukończyły jeszcze 65 lat, mogą również być uprawnione do świadczeń Medicare, w tym osoby niepełnosprawne oraz osoby cierpiące na trwałą niewydolność nerek albo stwardnienie zanikowe boczne (chorobę Lou Gehrig'a). Program pomaga w pokryciu kosztów opieki zdrowotnej, ale nie pokrywa wszystkich wydatków medycznych, a w większości wypadków również i kosztów opieki długoterminowej.

Medicare jest finansowane przez część podatków od wynagrodzeń, opłacanych przez pracowników i ich pracodawców. Jest również finansowane częściowo przez comiesięczne składki potrącanie ze świadczeń z tytułu Ubezpieczeń Społecznych.

Urząd „The Centers for Medicare & Medicaid Services” jest agencją odpowiedzialną za prowadzenie programu Medicare. 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

- Ubezpieczenia szpitalnego (części A), które pomaga w pokryciu kosztów leczenia pacjenta w szpitalu lub w specjalistycznej

placówce opieki pielęgniarstwa (po pobycie w szpitalu), pewnych rodzajów opieki zdrowotnej w domu oraz opieki w hospicjum.

- Ubezpieczenia medycznego (części B), które pomagają w pokryciu kosztów usług lekarskich i wielu innych świadczeń medycznych oraz materiałów, których nie obejmuje ubezpieczenie szpitalne.
- Medicare Advantage (części C) dostępnego w wielu regionach kraju. Osoby korzystające z części A i B ubezpieczenia Medicare mogą zdecydować, aby otrzymywać wszelkie świadczenia zdrowotne za pośrednictwem jednego ze świadczeniodawców realizujących część C ubezpieczenia.
- Planu refundacji leków na receptę (części D), który pomaga w pokryciu kosztów leków przepisanych przez lekarza w celu leczenia chorego.

Więcej szczegółowych informacji na temat ubezpieczenia Medicare można znaleźć w publikacji *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050, *Medicare i Ty*—tylko w języku angielskim). Aby otrzymać jej kopię, należy zadzwonić pod bezpłatny numer Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, lub wejść na stronę internetową www.medicare.gov. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące mogą dzwonić pod numer TTY **1-877-486-2048**.

Kilka słów o Medicaid

Można by sądzić, że Medicaid i Medicare to jedno i to samo. W rzeczywistości są to dwa różne programy. Medicaid to program stanowy, który udostępnia ubezpieczenie szpitalne i medyczne osobom o niskich dochodach i małych zasobach lub nieposiadającym żadnych zasobów. 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, należy skontaktować się z lokalnym urzędem pomocy medycznej, urzędem opieki społecznej lub świadczeń socjalnych.

Ubezpieczenie szpitalne (część A)

Większość osób, w wieku co najmniej 65 lat, będących obywatelami lub stałymi mieszkańcami USA jest uprawnionych do bezpłatnego ubezpieczenia szpitalnego Medicare (część A). Osoba w wieku 65 lat ma prawo do tego ubezpieczenia, jeżeli spełnia jeden z następujących warunków:

- otrzymuje lub jest uprawniona do otrzymywania świadczeń z Ubezpieczeń Społecznych; lub
- otrzymuje lub jest uprawniona do otrzymywania emerytury kolejowej; lub
- sama lub gdy jej współmałżonek (żyjący lub zmarły, włączając osoby po rozwodzie) przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posadzie, płacąc podatki na Medicare; lub
- jest rodzicem pozostającym na utrzymaniu kogoś, kto przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posadzie, płacąc podatki na Medicare.

Jeżeli dana osoba nie spełnia tych wymagań, może ubiegać się o ubezpieczenie szpitalne Medicare, płacąc comiesięczną składkę ubezpieczeniową. Do takiego ubezpieczenia szpitalnego można zwykle przystąpić tylko w wyznaczonych terminach rejestracji.

UWAGA: *Chociaż pełny wiek emerytalny nie wynosi już 65 lat, do Medicare należy przystąpić na trzy miesiące przed ukończeniem 65 roku życia.*

Osoba, która nie osiągnęła jeszcze 65 lat ma prawo do bezpłatnego ubezpieczenia szpitalnego Medicare, jeżeli spełnia jeden z następujących warunków:

- miała prawo do świadczeń z Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy przez okres 24 miesięcy; lub
- otrzymuje rentę dla osób niezdolnych do pracy od urzędu emerytur kolejowych (railroad retirement board) i spełnia określone wymagania; lub

- cierpi na chorobę Lou Gehrig’a (stwardnienie zanikowe boczne); lub
- przepracowała dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie, płacąc podatki na Medicare oraz spełnia wymagania programu Ubezpieczeń Społecznych dotyczące osób niezdolnych do pracy;
- jest dzieckiem kogoś lub jest wdowcem albo wdową po kimś, włączając w to wdowców i wdowy po rozwodzie i ma co najmniej 50 lat, kto przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie, płacąc podatki na Medicare, i spełnia wymagania programu Ubezpieczeń Społecznych dla osób niezdolnych do pracy,
- cierpi na trwałą niewydolność nerek i poddawana jest dializie podtrzymującej lub transplantacji nerek, oraz:
 - jest uprawniona lub otrzymuje comiesięczne świadczenia z systemu Ubezpieczeń Społecznych lub systemu emerytur kolejowych; lub
 - przepracowała dostatecznie długi okres na objętej ubezpieczeniem Medicare państwowej posiadzie; lub
 - jest dzieckiem lub współmałżonkiem (włączając w to osoby rozwiedzione) pracownika (żyjącego lub zmarłego), który przepracował dostatecznie długi okres na państwowej posiadzie objętej Ubezpieczeniami Społecznymi lub ubezpieczeniem Medicare.

Ubezpieczenie medyczne (część B)

Każda osoba, która jest uprawniona do bezpłatnego ubezpieczenia szpitalnego (część A), może przystąpić do ubezpieczenia medycznego Medicare (część B), płacąc każdego miesiąca składki na ubezpieczenie. Więcej informacji na ten temat można znaleźć publikacji *Medicare Part B Premiums: New Rules For Beneficiaries With Higher Incomes* (publikacja nr 05-10161, tylko w języku angielskim) lub poprzez naszą witrynę internetową www.socialsecurity.gov/mediinfo.htm.

Jeżeli dana osoba nie jest uprawniona do bezpłatnego ubezpieczenia szpitalnego, może wykupić sobie ubezpieczenie

medyczne bez konieczności wykupywania ubezpieczenia szpitalnego, o ile ma co najmniej 65 lat oraz jeżeli jest:

- obywatelem amerykańskim lub
- obcokrajowcem legalnie mieszkającym w U.S.A od co najmniej pięciu lat.

Plany Medicare Advantage (część C)

Jeżeli ubezpieczony korzysta z części A i B ubezpieczenia Medicare, może przystąpić do planu Medicare Advantage (wcześniej Medicare + Choice). Osoba korzystająca z jednego z tych planów nie musi mieć polisy Medigap, ponieważ plany Medicare Advantage obejmują w zasadzie te same świadczenia, jakie obejmowałyby polisa Medigap, takie jak dodatkowe dni pobytu w szpitalu po wykorzystaniu liczby dni przewidzianych ubezpieczeniem Medicare.

Plany Medicare Advantage obejmują:

- plany Medicare managed care (plany opieki zarządzane przez Medicare);
- plany Medicare preferred provider organization (PPO—preferowane przez Medicare plany świadczeniodawców);
- plany Medicare private fee-for-service (prywatne, płatne od usługi plany Medicare) oraz
- plany Medicare specjalty (plany specjalistyczne Medicare).

Jeżeli ubezpieczony zdecyduje się przystąpić do planu Medicare Advantage, w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych będzie używać karty, którą otrzyma od świadczeniodawcy planu Medicare Advantage. Być może będzie również musiał każdego miesiąca płacić składki na swój plan Medicare Advantage ze względu na dodatkowe świadczenia, jakie ten plan oferuje.

Osoby nowo uprawnione do świadczeń w ramach ubezpieczenia Medicare mogą przystępować do niego w pierwszym dostępnym dla nich terminie rejestracji (jak to wyjaśniono na stronie 11, *Jak przystąpić do Medicare*) lub w corocznie uzgadnianym terminie w okresie od 15 listopada do 31 grudnia każdego roku. W niektórych sytuacjach

dostępne będą również dodatkowe terminy przystępowania do ubezpieczeń.

Plany refundacji leków na receptę w ramach ubezpieczenia Medicare (część D)

Każda osoba mająca ubezpieczenie szpitalne Medicare (część A), ubezpieczenie medyczne (część B) lub korzystająca z planu Medicare Advantage ma prawo do refundacji leków wydawanych z przepisu lekarza (część D). Przystąpienie do planu refundacji leków na receptę Medicare jest dobrowolne i wtedy ubezpieczony płaci dodatkową comiesięczną składkę ubezpieczeniową. Osoba ubezpieczająca się może poczekać z wykupieniem części D ubezpieczenia Medicare, jeżeli posiada inne ubezpieczenie zapewniające refundację leków na receptę. Jeżeli jednak nie posiada ubezpieczenia, które jest co najmniej tak korzystne jak ubezpieczenie Medicare, będzie musiała zapłacić karę, jeżeli zdecyduje się na wykupienie tego ubezpieczenia w terminie późniejszym. Karę tę będzie musiała płacić tak długo, jak długo będzie korzystała z planu refundacji leków na receptę Medicare.

Osoby, które po raz pierwszy nabywają prawo do ubezpieczenia Medicare, powinny przystąpić do niego w pierwszym terminie rejestracji (jak to wyjaśniono na stronie 11, *Jak przystąpić do Medicare*). Po pierwszym terminie rejestracji corocznie uzgadnianym terminem rejestrowania się lub zmiany świadczeniodawcy będzie okres od 15 listopada do 31 grudnia każdego roku. W pewnych sytuacjach możliwe będą również dodatkowe terminy rejestracji.

Pomoc dla niektórych osób o niskich dochodach

Jeżeli kogoś nie stać na opłacanie składek na ubezpieczenie Medicare oraz innych kosztów medycznych, może otrzymać pomoc od stanu, w którym zamieszkuje. Poszczególne stany oferują programy dla osób, które są upoważnione do świadczeń Medicare i mają niskie dochody. Programy te mogą opłacać część lub całość składek Medicare, jak również pokrywać koszty udziału własnego i współubezpieczenia. Aby nabrać

uprawnień do tego programu, ubezpieczony musi posiadać część A ubezpieczenia (ubezpieczenie szpitalne), ograniczone dochody, a jego zasoby, takie jak rachunki bankowe, akcje i obligacje, nie mogą w większości stanów przekraczać 4000 USD na osobę lub 6000 USD na małżeństwo.

Jeżeli ubezpieczony nie ma pewności, czy jest objęty częścią A ubezpieczenia, powinien sprawdzić to na swojej czerwono-biało-niebieskiej karcie Medicare. Będzie na niej widnieć napis „Hospital (Part A)” w lewym dolnym rogu. W razie dalszych wątpliwości można zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Więcej informacji na temat tych programów można uzyskać w urzędach Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), lub wejść na stronę internetową www.medicare.gov. Należy poprosić o kopię publikacji *If you need help paying Medicare costs, there are programs that can help you save money* (publikacja nr CMS-10126 *Jak zaoszczędzić na wydatkach na Medicare*—tylko w języku angielskim).

Tylko organy stanowe mogą zdecydować, czy dana osoba może uzyskać pomoc w ramach tych programów. Aby to sprawdzić, należy skontaktować się ze stanową lub lokalną agencją pomocy medycznej (Medicaid), urzędem opieki społecznej lub świadczeń socjalnych.

Można również otrzymać dodatkową pomoc na opłacenie udziału własnego, comiesięcznych składek ubezpieczeniowych oraz współpłaty związanych z programem refundacji leków na receptę (część D). W przypadku ograniczonych dochodów (odpowiadających federalnemu poziomowi ubóstwa) oraz ograniczonych zasobów można ubiegać się o dodatkową pomoc. Wartości maksymalne dochodów i zasobów zmieniają się co roku i w celu uzyskania aktualnych danych należy się z nami skontaktować.

W przypadku posiadania zarówno ubezpieczenia Medicaid z planem refundacji leków na receptę, jak i Medicare, posiadania Medicare oraz otrzymywania zasiłków uzupełniających z Ubezpieczeń Społecznych lub opłacania składek na Medicare

przez stan otrzymuje się tę dodatkową pomoc automatycznie i nie musi się o nią występować.

Aby otrzymać więcej informacji na temat, jak uzyskać pomoc w pokryciu kosztów leków na receptę, należy zadzwonić pod bezpłatny numer Urzędu Ubezpieczeń Społecznych lub odwiedzić naszą stronę internetową. Można starać się o nią również za pośrednictwem Internetu na stronie Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Jak przystąpić do Medicare

Kiedy należy złożyć wniosek?

Jeżeli pobiera już Pan/Pani emeryturę z Ubezpieczeń Społecznych, zasiłek dla osób niezdolnych do pracy albo emeryturę kolejową, ktoś skontaktuje się z Panem/Panią na kilka miesięcy przed uzyskaniem przez Pana/Panią prawa do ubezpieczenia Medicare, i udzieli niezbędnych informacji. Zostanie Pan/Pani objęty/a ubezpieczeniem Medicare w jego części A i B automatycznie. Ze względu jednak na fakt, że na część B ubezpieczenia płaci się składki, będzie Pan/Pani mieć możliwość zrezygnowania z tej części.

Jeżeli nie pobiera Pan/Pani jeszcze świadczeń emerytalnych, powinien Pan/Pani skontaktować się z nami na około trzy miesiące przed swoimi 65 urodzinami, aby przystąpić do programu ubezpieczeń Medicare. Do programu Medicare może Pan/Pani przystąpić nawet wtedy, jeżeli nie zamierza Pan/Pani przechodzić na emeryturę w wieku 65 lat.

Po przystąpieniu do Medicare otrzyma Pan/Pani czerwono-biało-niebieską kartę Medicare, pokazującą, czy jest Pan/Pani objęty/a częścią A, częścią B, czy obydwooma tymi ubezpieczeniami. 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 internetowej **www.socialsecurity.gov** lub zadzwonić pod bezpłatny numer Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. Otrzyma Pan/Pani również broszurę *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050), która

opisuje świadczenia Medicare oraz możliwe do wyboru plany ubezpieczeń Medicare.

Sytuacje szczególne przy rejestrowaniu się w programie ubezpieczeń

W sprawie przyznania ubezpieczenia Medicare powinien się Pan/Pani skontaktować z Urzędem Ubezpieczeń Społecznych również wtedy, gdy:

- jest Pan/Pani niezdolnym/ną do pracy wdowcem lub wdową w wieku od 50 do 65 lat, ale nie ubiegał/a się Pan/Pani o zasiłek dla niezdolnych do pracy, ponieważ otrzymuje Pan/Pani już inny rodzaj świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych;
- jest Pan/Pani pracownikiem państwowym i stał/a się niezdolnym/ną do pracy przed osiągnięciem 65 roku życia;
- Pan/Pani, Pana/Pani współmałżonek lub dziecko pozostające na Pana/Pani utrzymaniu cierpi na trwałą niewydolność nerek;
- miał/a Pan/Pani ubezpieczenie medyczne Medicare w przeszłości, ale zrezygnował/a Pan/Pani z niego, lub
- nie przyjął/jęła Pan/Pani ubezpieczenia medycznego Medicare, kiedy uzyskał/a Pan/Pani prawo do ubezpieczenia szpitalnego (części A).

Pierwszy termin rejestracji do części B ubezpieczenia

Gdy po raz pierwszy nabywa Pan/Pani prawo do ubezpieczenia szpitalnego (część A), ma Pan/Pani siedem miesięcy (pierwszy termin przystąpienia do ubezpieczeń) na to, aby przystąpić do programu ubezpieczenia medycznego (części B). Opóźnienie z Pana/Pani strony spowoduje opóźnienie w ubezpieczeniu i w konsekwencji wyższe składki na ubezpieczenie. Jeżeli ma Pan/Pani prawo do ubezpieczenia w wieku 65 lat, pierwszy termin rejestracji zaczyna się na trzy miesiące przed osiągnięciem 65 urodzin, obejmuje miesiąc, w którym ukończy Pan/Pani 65 lat i kończy się po trzech miesiącach od dnia urodzin. Jeżeli ma Pan/Pani prawo do ubezpieczenia Medicare na skutek niezdolności do

pracy lub trwałej niewydolności nerek, Pana/Pani pierwszy termin rejestracji zależy od daty rozpoczęcia się Pana/Pani niezdolności do pracy lub daty rozpoczęcia leczenia/dializ.

Kiedy moje ubezpieczenie w części B zaczyna obowiązywać?

Jeżeli zaakceptuje Pan/Pani automatyczne przystąpienie do części B ubezpieczenia Medicare, lub jeżeli przystąpi Pan/Pani do części B ubezpieczenia podczas pierwszych trzech miesięcy pierwszego okresu rejestracji, ubezpieczenie medyczne zacznie obowiązywać w miesiącu, w którym po raz pierwszy nabył/a Pan/Pani do niego prawa. Jeżeli do ubezpieczenia przystąpi Pan/Pani w ciągu ostatnich czterech miesięcy, zacznie ono obowiązywać w terminie od jednego do trzech miesięcy od momentu przystąpienia do programu ubezpieczeń.

Poniższa tabela pokazuje, kiedy zaczyna obowiązywać część B ubezpieczenia Medicare:

| Jeżeli przystąpi Pan/Pani do ubezpieczenia w tym miesiącu pierwszego okresu rejestracji: | to wtedy część B ubezpieczenia Medicare zacznie obowiązywać: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1 | w miesiącu, w którym nabył/a Pan/Pani uprawnienia do Medicare |
| 2 | w miesiącu, w którym nabył/a Pan/Pani uprawnienia do Medicare |
| 3 | w miesiącu, w którym nabył/a Pan/Pani uprawnienia do Medicare |
| 4 | po jednym miesiącu od chwili przystąpienia do ubezpieczenia |
| 5 | po dwóch miesiącach od chwili przystąpienia do ubezpieczenia |
| 6 | po trzech miesiącach od chwili przystąpienia do ubezpieczenia |
| 7 | po trzech miesiącach od chwili przystąpienia do ubezpieczenia |

Ogólny termin rejestracji do części B ubezpieczenia

Jeżeli nie przystąpi Pan/Pani do części B Medicare w pierwszym okresie rejestracji, każdego roku będzie mieć Pan/Pani dodatkową możliwość przystąpienia do niej w „ogólnym okresie rejestracji” (general enrollment period), od 1 stycznia do 31 marca. Pana/Pani ubezpieczenie zacznie obowiązywać od lipca tego roku. **Jednakże miesięczna składka na ubezpieczenie wzrasta o 10 procent za każdy okres 12-miesięczny, w którym miał/a Pan/Pani prawo do części B ubezpieczenia Medicare, ale nie przystąpił/a Pan/Pani do niego.**

Specjalny termin rejestracji dla osób ubezpieczonych w ramach planów grupowych ubezpieczeń zdrowotnych realizowanych przez pracodawców

Jeżeli ma Pan/Pani co najmniej 65 lat i jest Pan/Pani objęty/a planem grupowych ubezpieczeń zdrowotnych z tytułu **aktualnego własnego zatrudnienia lub zatrudnienia współmałżonka**, może Pan/Pani skorzystać ze „specjalnego terminu”, aby przystąpić do części B ubezpieczenia Medicare. To oznacza, że może Pan/Pani opóźnić przystąpienie do części B ubezpieczenia Medicare, ale niekoniecznie musi Pan/Pani czekać na ogólny termin rejestracji i płacić o 10 procent wyższą składkę za opóźnienie w przystąpieniu do ubezpieczenia. Te zasady pozwalają:

- przystąpić do części B ubezpieczenia Medicare w dowolnej chwili w czasie kiedy jest się ubezpieczonym w ramach planu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wynikającego z aktualnego zatrudnienia; lub
- przystąpić do części B ubezpieczenia Medicare podczas 8-miesięcznego okresu, który zaczyna się w miesiącu, w którym ustaje Pana/Pani grupowe ubezpieczenie zdrowotne lub w miesiącu, w którym ustaje Pana/Pani zatrudnienie, zależnie od tego, co nastąpi wcześniej.

Zasady dotyczące specjalnego terminu nie obowiązują, jeżeli wynikający z zatrudnienia plan grupowych ubezpieczeń zdrowotnych lub plan świadczony przez pracodawcę ustaje w pierwszym okresie rejestracji.

Jeżeli nie przystąpi Pan/Pani do ubezpieczeń do końca ośmiomiesięcznego okresu, będzie musiał/a Pan/Pani czekać do następnego ogólnego terminu rejestracji, który zacznie się 1 stycznia następnego roku. Być może będzie musiał/a Pan/Pani również płacić wyższą składkę, jak to opisano na tej stronie.

Osoby pobierające świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy i objęte ubezpieczeniem w ramach planów grupowych ubezpieczeń zdrowotnych z tytułu aktualnego własnego zatrudnienia lub zatrudnienia członka rodziny również mogą korzystać ze specjalnego terminu rejestracji oraz uprawnień dotyczących składek ubezpieczeniowych, które są podobne do tych, jakie obowiązują w stosunku do pracowników w wieku od 65 lat.

Rodzaje otrzymywanych świadczeń zdrowotnych

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

Więcej informacji na temat opcji dotyczących opieki zdrowotnej można znaleźć w następujących publikacjach:

- *Medicare & You* (publikacja nr CMS-10050, *Medicare i Ty*—tylko w języku angielskim)—Ten ogólny informator jest wysyłany do ubezpieczonych po ich przystąpieniu do Medicare, a potem wysyłana jest do nich uaktualniona wersja każdego roku.
- *Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance For People With Medicare* (publikacja nr CMS-02110, *Wybór polisy Medigap: Przewodnik po ubezpieczeniach zdrowotnych dla osób korzystających z Medicare*—tylko w języku angielskim)—Ten przewodnik podaje, jak inne zdrowotne plany ubezpieczeniowe uzupełniają Medicare i oferuje pewne wskazówki odnośnie wyboru świadczeń, dla osób rozpatrujących ewentualne przystąpienie do tych planów.

Aby otrzymać kopię tych publikacji, należy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** lub wejść na stronę internetową www.medicare.gov. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące mogą dzwonić na nasz numer TTY: **1-877-486-2048**.

Gdy posiadają Państwo inne ubezpieczenie zdrowotne

Ubezpieczenie szpitalne Medicare jest bezpłatne prawie dla każdego, ale na ubezpieczenie medyczne trzeba płacić miesięczne składki. Czy w sytuacji, kiedy ma Pan/Pani już inne ubezpieczenie zdrowotne w momencie, kiedy nabywa Pan/Pani prawo do ubezpieczenia Medicare, warto jest płacić każdego miesiąca składki na to, aby móc korzystać z ubezpieczenia medycznego Medicare?

Odpowiedzi będą zależeć od sytuacji danej osoby oraz rodzaju posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego. Chociaż nie możemy odpowiedzieć na to pytanie po prostu „tak” lub „nie”, możemy podać kilka wskazówek, które mogą się przydać przy podejmowaniu decyzji.

Jeżeli korzysta Pan/Pani z prywatnego planu ubezpieczeniowego

Należy skontaktować się ze swoim agentem ubezpieczeniowym i sprawdzić, jak prywatny plan ubezpieczeń pasuje do ubezpieczenia medycznego Medicare. Jest to szczególnie ważne wtedy, gdy członkowie Pana/Pani rodziny objęci są tą samą polisą ubezpieczeniową. Ponadto należy pamiętać, że tak jak Medicare nie obejmuje wszystkich świadczeń zdrowotnych, tak i większość planów prywatnych również ich nie obejmuje. Planując własne ubezpieczenie zdrowotne należy pamiętać o tym, że większość świadczeń w zakresie opieki pielęgniarskiej w domu nie jest pokrywana przez Medicare ani prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Jedno ważne ostrzeżenie: we własnym interesie, **nie należy anulować**

zadnego aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego do czasu, kiedy zaczniesz obowiązywać ubezpieczenie Medicare.

Jeżeli posiada Pan/Pani ubezpieczenie z tytułu planu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego świadczonego przez pracodawcę

W ramach planów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązujących w przypadku pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników, prawo wymaga, aby pracownikom oraz ich współmałżonkom w wieku od 65 lat zapewnić takie same świadczenia zdrowotne, jakie zapewnia się młodszym pracownikom.

Jeżeli aktualnie jest Pan/Pani objęty/a planem grupowego ubezpieczenia zdrowotnego świadczonego przez pracodawcę, powinien/powinna Pan/Pani najpierw porozmawiać z pracownikiem biura spraw osobowych, zanim przystąpi Pan/Pani do ubezpieczenia zdrowotnego Medicare.

Jeżeli posiada Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne w ramach innych planów

Jeżeli jest Pan/Pani ubezpieczony/a w ramach programu Departamentu Obrony, Pana/Pani świadczenia mogą się zmienić lub ustać z chwilą nabycia praw do ubezpieczenia Medicare. Powinien/powinna się Pan/Pani skontaktować z Departamentem Obrony lub doradcą ds. wojskowych świadczeń zdrowotnych, zanim podejmie Pan/Pani decyzję co do przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego Medicare.

Jeżeli jest Pan/Pani objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach programu Świadczeń Zdrowotnych dla Indian, Departamentu ds. Weteranów 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 dla Pana/Pani korzystne.

W celu uzyskania dalszych informacji o tym, jak inne plany ubezpieczeń zdrowotnych współdziałają z ubezpieczeniem

Medicare, należy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu Medicare: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** i poprosić o publikację *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First* (publikacja nr CMS-02179, *Medicare i inne świadczenia zdrowotne: Twój informator o tym, kto płaci pierwszy*—tylko w języku angielskim) lub odwiedzić stronę internetową **www.medicare.gov**. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące mogą dzwonić pod numer TTY: **1-877-486-2048**

www.socialsecurity.gov



Social Security Administration
SSA Publication No. 05-10043-PO
Medicare (Polish)
September 2007