

medicare[®]
po polsku

BEZPŁATNY PRZEWODNIK · PO POLSKU

Przewodnik do Medicare 2026

po polsku

*Co warto wiedzieć przed 65. rokiem życia, podczas zapisu oraz
każdego roku po zapisie.*

WYDANIE 2026

Licencjonowana, niezależna agencja ubezpieczeniowa
Jefferson Park, Chicago · 844-654-5185
medicarepopolsku.com



Robert Sobczak
Licencjonowany Agent
Ubezpieczeniowy

Szanowni Państwo,

dziękujemy, że zechcieli Państwo sięgnąć po ten przewodnik. To znaczy, że traktują Państwo decyzję o Medicare poważnie, a my właśnie z taką postawą lubimy współpracować.

Pierwszy raz, drugi raz, czy już z Medicare przez lata, ten przewodnik jest dla Państwa. Spokojnie wytłumaczy podstawy, bez pośpiechu, w języku, który większość z nas nosi w głowie z Polski.

Medicare to dla wielu polskich rodzin w USA pierwszy kontakt z amerykańskim systemem zdrowia jako osoby ubezpieczone indywidualnie, a nie przez pracodawcę. Listy urzędowe przychodzą po angielsku, terminologia nie zawsze da tłumaczyć się dosłownie, a od podjętych w tym momencie decyzji zależy nasze pokrycie zdrowotne na lata. Dlatego zebraliśmy najważniejsze informacje w jednym miejscu.

Niniejszy materiał nie zastępuje rozmowy z licencjonowanym agentem. Każda sytuacja jest inna; lekarze, leki, plany podróży, budżet i historia pracy w USA układają się u każdego inaczej. Ten przewodnik jest dla Państwa punktem startowym. Po lekturze będą Państwo wiedzieć, jakie pytania zadać, oraz na co zwrócić uwagę przed zapisem.

W razie jakichkolwiek wątpliwości zapraszamy do kontaktu. Rozmowa jest bezpłatna, niezobowiązująca i prowadzona po polsku.

Z wyrazami szacunku,

Robert Sobczak

Robert Sobczak
Licencjonowany Agent Ubezpieczeniowy
Medicare po Polsku

1

ROZDZIAŁ PIERWSZY

Co to jest Medicare?



Federalny program ubezpieczenia zdrowotnego w USA, utworzony w 1965 roku.

Medicare pomaga milionom Amerykanów pokrywać koszty opieki medycznej. Jest głównie przeznaczony dla osób po 65. roku życia, choć kwalifikują się również młodsze osoby z rentą inwalidzką oraz z określonymi schorzeniami.

Kto kwalifikuje się do Medicare

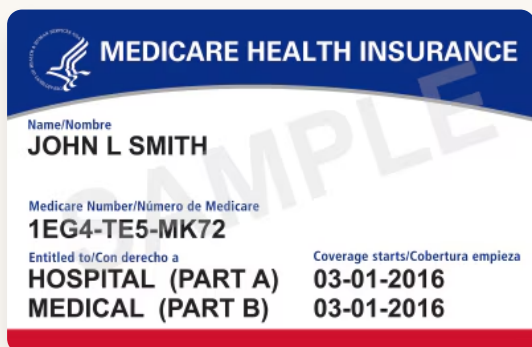
Trzy główne grupy osób:

- **Osoby w wieku 65 lat lub starsze.** Po pięciu latach legalnego pobytu w USA i w większości przypadków, po 40 kwartałach rozliczonych z podatków (około 10 lat).
- **Osoby poniżej 65 lat z rentą inwalidzką.** Otrzymujące SSDI (Social Security Disability Insurance) przez 24 miesiące.
- **Osoby z określonymi schorzeniami.** ESRD (końcowe stadium niewydolności nerek) lub ALS (stwardnienie zanikowe boczne), niezależnie od wieku.

Osoby z mniejszą liczbą kwartałów również mogą zapisać się na Medicare; w takiej sytuacji Część A nie jest bezpłatna i wiąże się z miesięczną stawką ustalaną corocznie przez urząd CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services).

Państwa karta Medicare

Po zapisaniu otrzymają Państwo białą-czerwono-niebieską kartę z 11-znakowym numerem Medicare. Karta ta zastąpiła starą wersję z numerem Social Security w styczniu 2020 roku. Stare karty nie są już aktywne.



Tak wygląda nowa karta Medicare. Numer Medicare ma 11 znaków, miesza litery i cyfry, oraz nie zawiera Państwa numeru Social Security.

Prosimy sprawdzić, czy posiadają Państwo nową kartę. Jeśli nie, prosimy o kontakt; pomożemy bezpłatnie.

Czy Medicare jest za darmo

Niestety nie do końca.

- **Część A.** Dla większości beneficjentów bez miesięcznej stawki, pod warunkiem wypracowania 40 kwartałów.
- **Część B.** Miesięczna stawka ustalana corocznie przez urząd CMS, zależna również od poziomu Państwa dochodów.
- **Części C, D oraz Medigap.** Plany prywatne, każdy z własnymi stawkami miesięcznymi.

Oprócz samych stawek miesięcznych ponosimy także koszty przy korzystaniu z opieki: udział własny (deductible), opłata własna (co-pay) oraz udział wspólny (coinsurance). To one decydują o realnej cenie naszego pokrycia w danym roku.

Warto zapamiętać. Medicare to nie jeden plan, lecz zestaw czterech części, z których każda pokrywa inny zakres świadczeń i wiąże się z innymi zasadami oraz kosztami. Pełne omówienie znajdą Państwo w Rozdziale 2.

Skąd nazwa „Medicare” w polskich domach

Część rodzin polonijnych mówi o Medicare „rządowe ubezpieczenie 65+”, inni „medicare'y”. W tym przewodniku używamy oryginalnej nazwy Medicare, ponieważ tak wygląda ona na każdej oficjalnej karcie i w każdym liście urzędowym. Polskie tłumaczenia podajemy w nawiasach tam, gdzie pomagają zrozumieć termin.

2

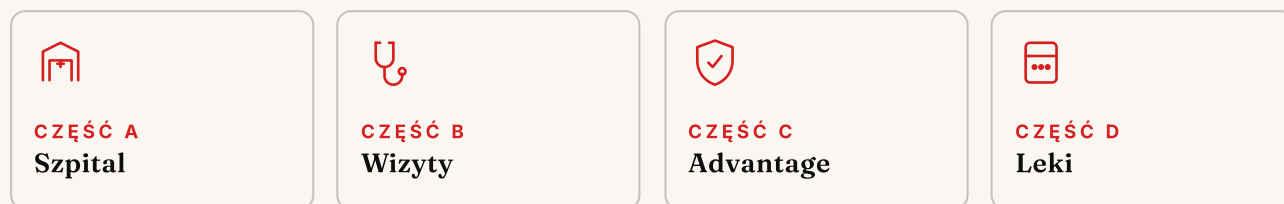
ROZDZIAŁ DRUGI

Cztery części Medicare



A, B, C i D, co pokrywa każda z nich.

Medicare to nie jedno ubezpieczenie. To zestaw czterech części, które razem tworzą pełne pokrycie zdrowotne. Każda część pokrywa inny rodzaj opieki oraz wiąże się z innymi zasadami i kosztami, ustalonymi corocznie przez urząd CMS.



Część A, ubezpieczenie szpitalne

Co pokrywa. Pobyt w szpitalu jako pacjent stacjonarny, pobyt w specjalistycznym ośrodku opiekuńczym (skilled nursing facility) po hospitalizacji, opiekę hospicyjną oraz niektóre usługi opieki domowej.

Ile kosztuje. Dla większości beneficjentów Część A jest bezpłatna, pod warunkiem wypracowania w USA co najmniej 40 kwartałów rozliczonych z podatków Medicare. Przy mniejszej liczbie kwartałów Część A jest nadal dostępna, lecz z miesięczną stawką ustaloną corocznie przez urząd CMS.

Czego nie pokrywa. Opieki długoterminowej (np. stałego pobytu w domu opieki niezwiązanego z rehabilitacją), większości wizyt lekarskich (to zakres Części B), leków na receptę poza szpitalem (to zakres Części D).

Część B, ubezpieczenie medyczne

Co pokrywa. Opiekę ambulatoryjną, czyli wszystko poza pobytem w szpitalu. Wizyty lekarskie, opiekę specjalistyczną, badania diagnostyczne, usługi profilaktyczne (szczepienia, badania przesiewowe, coroczne wizyty kontrolne), transport medyczny w nagłych wypadkach, sprzęt medyczny trwałego użytku oraz część rehabilitacji ambulatoryjnej.

Ile kosztuje. Część B posiada miesięczną stawkę ustaloną corocznie przez urząd CMS. W większości przypadków jest pobierana bezpośrednio ze świadczeń Social Security. Osoby o wyższych dochodach płacą wyższą stawkę zwaną IRMAA (Income-Related Monthly Adjustment Amount).

Roczny udział własny. Po jego przekroczeniu Medicare pokrywa 80% zatwierdzonych kosztów, a pozostałe 20% pokrywają Państwo we własnym zakresie, chyba że posiadają Państwo dodatkowe ubezpieczenie, które tę różnicę pokrywa.

Warto zapamiętać. Części A i B razem tworzą tak zwane Oryginalne Medicare (Original Medicare).

Część C, Medicare Advantage

Co to jest. Alternatywa dla Oryginalnego Medicare. Zamiast rozliczania opieki bezpośrednio z urzędem CMS, zapisują się Państwo do prywatnego planu zatwierdzonego przez Medicare. Plan łączy Część A i Część B w jednym produkcie, a w wielu przypadkach zawiera również Część D (leki); jest to wówczas plan typu MAPD.

Jak to działa. Po wybraniu Medicare Advantage pozostają Państwo w programie Medicare, lecz opieka rozliczana jest przez prywatną firmę ubezpieczeniową posiadającą kontrakt z urzędem CMS. Plany zwykle mają preferowaną grupę lekarską (network) lekarzy i szpitali, z której należy korzystać, aby uzyskać pełne pokrycie.

Wymóg. Aby zapisać się na plan Medicare Advantage, należy posiadać aktywne Części A i B.

Część D, plan zniżkowy na leki na receptę

Co to jest. Plan zniżkowy na leki na receptę (Prescription Drug Plan). W przeciwieństwie do Części A i B nie jest administrowana bezpośrednio przez urząd CMS. Są to produkty firm prywatnych, spełniające standardy ustalone corocznie przez urząd CMS.

Jak to działa. Część D można dokupić jako osobny plan do Oryginalnego Medicare lub otrzymać w ramach planu Medicare Advantage (jeśli wybrany plan MA zawiera pokrycie leków). Każdy plan Części D posiada własną listę leków objętych pokryciem, nazywaną listą leków (formularz).

Medigap, polisa uzupełniająca, nie kolejna część

Oprócz czterech głównych części istnieje również kategoria polis uzupełniających, znanych jako Suplementy do Medicare (Medigap). Medigap nie zastępuje żadnej z części Medicare. Uzupełnia Oryginalne Medicare (A + B), pomagając pokryć koszty własne, których samo Medicare nie pokrywa.

Warto zapamiętać. Medigap działa wyłącznie z Oryginalnym Medicare. Nie można posiadać jednocześnie planu Medicare Advantage oraz Medigap. To wybór: albo Advantage, albo Oryginalne plus Medigap.

Cztery typowe drogi w Medicare

Droga 1

Oryginalne Medicare samo

Sama Część A plus B. Pokrycie szpitalne oraz medyczne, lecz bez leków, oraz nadal 20% udziału własnego po przekroczeniu deductible przy wizytach. Rzadko optymalne bez dodatkowego ubezpieczenia.

Droga 2

Oryginalne Medicare plus Część D

Części A i B plus osobny plan zniżkowy na leki. Nadal bez pomocy w pokryciu 20% udziału, lecz przynajmniej leki są objęte.

Droga 3

Oryginalne Medicare plus Medigap plus Część D

Klasyczne rozwiązanie dla osób, które chcą swobody wyboru lekarzy oraz przewidywalnych kosztów. Medigap pokrywa większość kosztów, których Oryginalne Medicare nie pokrywa, a Część D zajmuje się lekami.

Droga 4

Medicare Advantage (MAPD)

Jeden plan, jedna karta, jedna preferowana grupa lekarska. Często z niższymi miesięcznymi stawkami w zamian za ograniczenie do sieci.

Która droga jest właściwa? To zależy od Państwa lekarzy, leków, planów podróży, budżetu oraz tego, jak często korzystają Państwo z opieki. Dlatego warto porozmawiać z agentem, który zna Państwa sytuację.

3

ROZDZIAŁ TRZECI

Kiedy się zapisać?



Medicare nie pozwala zapisać się w dowolnym momencie. Istnieją ściśle określone okna czasowe.

Poza tymi oknami trzeba czekać, a w przypadku niektórych zapisów spóźnienie skutkuje dożywotnią karą finansową.

IEP (Initial Enrollment Period) — Początkowy Okres Zapisowy

Dla kogo. Osoby wchodzące w Medicare po raz pierwszy, najczęściej w okolicach 65. urodzin.

Kiedy obowiązuje. Siedmiomiesięczne okno wokół Państwa 65. urodzin, czyli trzy miesiące przed miesiącem urodzin, miesiąc urodzin oraz trzy miesiące po. Jeśli urodziny wypadają pierwszego dnia miesiąca, okno przesuwają się o miesiąc wcześniej.



Siedmiomiesięczne okno IEP wokół 65. urodzin.

Co można zrobić. Zapisać się na Część B (jeśli nie nastąpi to automatycznie), zapisać się na Medicare Advantage, kupić polisę Medigap, lub zapisać się na samodzielny plan Części D.

AEP (Annual Election Period) — Coroczny Okres Zapisowy

Dla kogo. Każda osoba posiadająca już Medicare.

Kiedy obowiązuje. Między 15 października, a 7 grudnia każdego roku. Plan otrzymany do 7 grudnia wchodzi w życie 1 stycznia kolejnego roku.

Co można zrobić. Zmienić jeden plan Medicare Advantage na inny, wypisać się z Medicare Advantage i wrócić na Oryginalne Medicare, zmienić Oryginalne Medicare na Medicare Advantage, zapisać się na plan Części D, zmienić go lub się wypisać.

Dlaczego AEP jest tak ważny. Plany co roku zmieniają miesięczne stawki, zakres świadczeń, listy leków oraz preferowane grupy lekarskie. To, co działało rok temu, może nie pasować w tym roku. Zalecamy każdemu klientowi coroczny przegląd podczas AEP, nawet gdy wydaje się, że wszystko jest w porządku.

MA-OEP (Medicare Advantage Open Enrollment Period) — Otwarty Okres Zapisowy Medicare Advantage

Dla kogo. Wyłącznie osoby, które już posiadają plan Medicare Advantage.

Kiedy obowiązuje. Między 1 stycznia, a 31 marca każdego roku.

Co można zrobić. Jednorazowa zmiana planu Medicare Advantage na inny, lub wypis z Medicare Advantage i powrót na Oryginalne Medicare, opcjonalnie z dołączeniem Części D.

SEP (Special Election Periods) — Specjalne Okresy Zapisowe

Dla kogo. Osoby w określonej sytuacji życiowej, uprawniającej do zmiany planu poza standardowymi oknami.

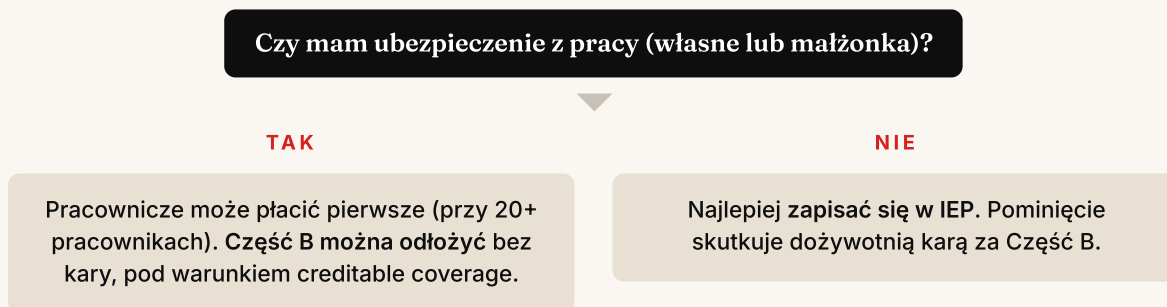
Najczęstsze sytuacje uprawniające do SEP:

- **Przeprowadzka.** Do stanu, w którym obecny plan nie działa, lub poza obszar obsługi.
- **Utrata ubezpieczenia z pracy.** Utrata grupowego ubezpieczenia posiadającego creditable coverage.
- **Otrzymanie lub utrata Medicaid.** Lub Dodatkowej Pomocy Federalnej (Extra Help).
- **Plan kończy kontrakt z Medicare.** Przysługuje gwarantowane prawo przejścia na inny.
- **Powrót do USA** po długim pobycie za granicą.

SEP zwykle trwa dwa do trzech miesięcy od daty zdarzenia. Reguły są specyficzne; w przypadku możliwej kwalifikacji prosimy o kontakt.

Decyzja: pracuję dalej po 65., co z Medicare?

Mając porównywalne ubezpieczenie z pracy, można odłożyć zapis na Część B bez kary, pod warunkiem creditable coverage. To, które ubezpieczenie płaci pierwsze, zależy od wielkości pracodawcy (20+ pracowników lub mniej niż 20).



W momencie utraty ubezpieczenia z pracy (przejście na emeryturę, zwolnienie, redukcja godzin) otwiera się Specjalny Okres Zapisowy trwający osiem miesięcy. W tym oknie można zapisać się na Część B bez kary.

Pułapka, o której łatwo zapomnieć. Nie każde ubezpieczenie z pracy zwalnia z kary za spóźniony zapis na Część B. Musi to być creditable coverage, a to nie zawsze oznacza „dobre pokrycie”. Przed odłożeniem Części B prosimy o kontakt w celu sprawdzenia.

Najczęstszy błąd przy zapisie

Wybór planu z reklamy telewizyjnej bez weryfikacji. Reklama nie zna Państwa lekarzy, leków, ani planów podróży. Sprawdzenie zajmuje 30 minut z agentem, a oszczędza miesiące późniejszych poprawek.



ROZDZIAŁ CZWARTY

Plan wyboru, Medigap czy Advantage?



Dwie drogi, dwie filozofie.

Po wybraniu Oryginalnego Medicare (Części A i B) stoją Państwo przed jedną z najważniejszych decyzji w Medicare. Albo Medicare Advantage (jeden plan, jedna karta, ograniczenie do sieci), albo Oryginalne Medicare plus polisa uzupełniająca Medigap plus osobny plan Części D na leki.

Nie ma uniwersalnej odpowiedzi. To zależy od Państwa lekarzy, leków, podróży i budżetu.

Medigap, polisa uzupełniająca

Co to jest. Prywatna polisa uzupełniająca Oryginalne Medicare, pokrywająca koszty, które Oryginalne Medicare zostawia po stronie pacjenta. Słowo „gap” po angielsku oznacza „lukę”, a Suplementy do Medicare te luki zapełniają.

Jak działa. Polisy Medigap są standaryzowane federalnie przez urząd CMS. Plan o tej samej literze (np. Plan G, Plan N) oferuje dokładnie ten sam zakres świadczeń, niezależnie od firmy ubezpieczeniowej. Plan G od firmy A pokrywa dokładnie to samo, co Plan G od firmy B. Jedyna różnica to cena.

Decyzję podejmuje się w dwóch krokach

- **Najpierw litera planu.** Wybór zakresu świadczeń.
- **Następnie firma.** Porównanie cen tego samego planu u różnych ubezpieczycieli.

Ważna uwaga. Medigap nie pokrywa leków. Przy wyborze drogi „Oryginalne Medicare plus Medigap” niemal zawsze dodaje się również osobny plan Części D.

Najważniejsze, jednorazowe okno 6 miesięcy na Medigap

To jedno z najczęstszych źródeł nieporozumień i żalu w Medicare. Prosimy przeczytać uważnie.

Mają Państwo jednorazowe, sześciomiesięczne okno zwane Medigap Open Enrollment Period. Zaczyna się w miesiącu ukończenia 65 lat, pod warunkiem posiadania aktywnej Części B. W tym oknie obowiązują trzy gwarancje:

- **Gwarantowane prawo zakupu.** Firma ubezpieczeniowa nie może odmówić polisy Medigap.
- **Brak weryfikacji zdrowotnej.** Firma nie może zadawać pytań o stan zdrowia.
- **Preferowana cena.** Gwarantowana najlepsza stawka, niezależnie od historii chorób.

Warto zapamiętać. To okno otwiera się tylko raz w życiu. Po jego zamknięciu firmy w większości stanów mogą wymagać weryfikacji zdrowotnej, odmówić polisy lub zażądać wyższej miesięcznej stawki ze względu na stan zdrowia. Dlatego osoby rozważające Medigap zachęcamy do rozmowy z agentem na początku swojego sześciomiesięcznego okna, a nie na końcu.

Medicare Advantage, alternatywa „wszystko w jednym”

Co to jest. Sposób otrzymania świadczeń Medicare przez prywatny plan ubezpieczeniowy zatwierdzony przez urząd CMS. Plan łączy Część A i Część B, a w wielu przypadkach również Część D.

Jak to działa. Państwa Części A i B nadal istnieją, lecz zamiast rozliczania każdej wizyty bezpośrednio z urzędem CMS, cała opieka rozliczana jest przez wybrany plan prywatny. Otrzymują Państwo jedną kartę ubezpieczenia, jeden numer kontaktowy, jedną strukturę kosztów.

Sieć, czyli preferowana grupa lekarska. To najważniejsza różnica. W Oryginalnym Medicare mogą Państwo skorzystać z usług dowolnego lekarza akceptującego Medicare. W Medicare Advantage obowiązuje preferowana grupa lekarska (network), czyli lista lekarzy, specjalistów, szpitali i aptek, z którymi plan ma kontrakt.

Dwie główne struktury sieci

- **HMO (Health Maintenance Organization).** Korzystanie wyłącznie z lekarzy w sieci planu. Zwykle wymagany lekarz prowadzący (Primary Care Physician), wystawiający skierowania do specjalistów. Opieka poza siecią zwykle nie jest pokrywana, z wyjątkiem nagłych wypadków.
- **PPO (Preferred Provider Organization).** Sieć obowiązuje, lecz można również korzystać z lekarzy spoza sieci, przy wyższych kosztach. Często nie jest wymagane skierowanie do specjalisty.

Porównanie dwóch dróg

Medicare Advantage

Sprawdza się, gdy:

- Państwa stabilny lekarz prowadzący znajduje się w sieci planu.
- Nie podróżują Państwo często poza stan.
- Preferują Państwo jedną kartę, jeden plan, jeden numer telefonu.
- Niższa miesięczna stawka jest priorytetem nawet kosztem ograniczenia do sieci.

Oryginalne + Medigap + D

Sprawdza się, gdy:

- Zależy Państwu na swobodzie wyboru lekarzy w całym Stanach Zjednoczonych.
- Często Państwo podróżują (np. zimy na Florydzie, lata w Polsce).
- Posiadają Państwo skomplikowaną historię medyczną i potrzebują dostępu do specjalistów bez barier.
- Przewidywalność kosztów jest priorytetem nawet przy wyższej miesięcznej stawce.

Decyzja na dekady. Wybór Medicare Advantage po 65. urodzinach, a następnie po dwóch latach decyzja o powrocie na Oryginalne Medicare plus Medigap, może okazać się problematyczny: bez gwarancji zapisu, z weryfikacją zdrowotną. To nie jest decyzja na jeden rok.

W praktyce ten wybór nie jest „raz na zawsze”. Wiele osób zmienia strategię wraz ze zmianą sytuacji życiowej. Dlatego warto co roku przejrzeć plan i sprawdzić, czy nadal pasuje.

5

ROZDZIAŁ PIĄTY

Część D, leki na receptę

Plan zniżkowy na leki, kategoria, w której koszty mogą najmocniej różnić się między planami.

W praktyce istnieją dwa sposoby ubezpieczenia leków w ramach Medicare:

- **Osobny plan Części D (standalone PDP).** Dodawany do Oryginalnego Medicare lub do Medigap.
- **Wbudowany plan Części D (MAPD).** Zawarty wewnątrz planu Medicare Advantage.

Nie można posiadać osobnego planu Części D jednocześnie z większością planów Medicare Advantage. To kombinacja zakazana zgodnie z regulacjami urzędu CMS.

Lista leków (formulary) i tiery

Lista leków (formulary) to spis leków, które plan Części D zobowiązuje się pokryć. Każdy plan posiada własną listę. Ta sama recepta może kosztować różnie w różnych planach.

Lista leków dzieli leki na tiery, czyli poziomy cenowe. Typowa struktura:



Im wyżej w piramidzie, tym wyższy udział własny pacjenta.

Ten sam lek może znajdować się w tier 2 w jednym planie i w tier 4 w drugim, co drastycznie zmienia roczny rachunek.

Najważniejsza zasada wyboru Części D. Jedyne sensowny sposób wyboru planu Części D to sprawdzenie Państwa konkretnej listy leków w formularzy każdego kandydata. Plan „ogólnie tani” bywa drogi dla Państwa konkretnych leków.

Roczny limit wydatków na leki, \$2,100 w 2026 roku

To największa zmiana w Części D od dekady. Wynika z federalnej ustawy Inflation Reduction Act (IRA).

2026

Roczny limit wydatków własnych. W 2026 roku obowiązuje roczny limit \$2,100 na leki na receptę pokrywane przez plan Części D. Po osiągnięciu tego limitu w danym roku, do końca roku nie płacą Państwo nic za leki objęte Państwa planem Części D.

Limit obowiązuje od 2025 r. i jest aktualizowany corocznie przez urząd CMS zgodnie z ustawą IRA.

Limit dotyczy wyłącznie leków na receptę pokrywanych przez Państwa plan Części D, zarówno w standalone PDP, jak i w MAPD. Nie obejmuje leków z Części B (podawanych w gabinecie lekarskim) ani leków nieobjętych listą leków planu.

Zlikwidowano również tak zwany „donut hole”. Wcześniej Część D miała cztery fazy kosztów: deductible, initial coverage, coverage gap (donut hole) i catastrophic. Obecna struktura jest prostsza: deductible, initial coverage oraz catastrophic z rocznym limitem \$2,100 w 2026 roku.

Dodatkowa Pomoc Federalna (Extra Help)

Osoby o niskich dochodach i ograniczonych aktywach mogą kwalifikować się do Dodatkowej Pomocy Federalnej (Extra Help / Low-Income Subsidy, LIS). To program federalny pokrywający większość lub całość kosztów Części D.

W ramach Dodatkowej Pomocy Federalnej dostępne są:

- Miesięczna stawka Części D obniżona lub wyeliminowana.
- Udział własny (deductible) wyeliminowany.
- Koszty leków zredukowane do kilku dolarów za receptę.
- Zwolnienie z kary za spóźniony zapis.

Dla wielu polskich klientów (zwłaszcza osób, które pracowały „na cash” i otrzymują niższe świadczenia Social Security) Dodatkowa Pomoc Federalna stanowi ogromną różnicę. Warto sprawdzić kwalifikację.

Kara za spóźniony zapis na Część D

Brak zapisu na Część D w okresie zapisu, bez porównywalnego ubezpieczenia na leki z innego źródła (np. z pracy lub od weterana), skutkuje dożywotnią karą.

Kara wynosi 1% średniej krajowej miesięcznej stawki bazowej Części D za każdy pełny miesiąc bez pokrycia na leki dłuższy niż 63 dni. Kwota jest doliczana do miesięcznej stawki dożywotnio, również po późniejszej zmianie planu.

Jak uniknąć kary. Zapis na Część D podczas Początkowego Okresu Zapisowego (IEP), lub utrzymywanie tzw. creditable coverage, czyli ubezpieczenia na leki porównywalnego z Częścią D, z pracy, związku, VA itp. Prosimy o przechowywanie pisemnego potwierdzenia creditable coverage, na wypadek konieczności udowodnienia.

6

ROZDZIAŁ SZÓSTY

Najczęstsze pytania, dziesięć odpowiedzi



Pytania, które najczęściej słyszymy od polskojęzycznych klientów.

W przypadku bardziej złożonej sytuacji zapraszamy Państwa na bezpłatną konsultację po polsku.

1. Czy Medicare jest obowiązkowe w wieku 65 lat?

Nie. Medicare nie jest obowiązkowe, jednak są ważne wyjątki. Osoby pobierające już świadczenia Social Security są automatycznie zapisywane do Części A i B w miesiącu, w którym kończą 65 lat. Osoby, które nadal pracują i mają porównywalne ubezpieczenie zdrowotne z firmy (zwykle przy zatrudnieniu w firmie 20+ pracowników), mogą odłożyć zapis na Część B bez kary. W innych przypadkach odłożenie zapisu skutkuje dożywotnią karą.

2. Co zrobić, gdy przegapię Początkowy Okres Zapisowy?

Możliwe są trzy ścieżki. Po pierwsze, Specjalny Okres Zapisowy (SEP), jeśli mają Państwo porównywalne ubezpieczenie z pracy. Po drugie, GEP (General Enrollment Period) — Ogólny Okres Zapisowy, od 1 stycznia do 31 marca każdego roku, z pokryciem od pierwszego dnia miesiąca następującego po zapisie (zgodnie ze zmianami przyjętymi przez urząd CMS w 2023 roku); po nim najczęściej naliczana jest dożywotnia kara. Po trzecie, po szczególnych zdarzeniach życiowych (przeprowadzka, zmiana sytuacji ubezpieczeniowej). Prosimy o kontakt, abyśmy ocenili, która ścieżka dotyczy Państwa sytuacji.

3. Czy małżonek automatycznie otrzymuje Medicare, gdy ja już je mam?

Nie. Medicare jest indywidualne. Każda osoba kwalifikuje się osobno, na podstawie własnego wieku, własnej historii pracy oraz własnej sytuacji. Jednak przy wypracowaniu 40 kwartałów w USA, małżonek może kwalifikować się do Części A bez miesięcznej stawki po ukończeniu 65 lat, na podstawie tych zarobków (spousal benefit).

4. Czy można mieć Medicare i ubezpieczenie z pracy jednocześnie?

Tak. Przy zatrudnieniu (własnym lub małżonka) z ubezpieczeniem grupowym można posiadać oba jednocześnie. To, które ubezpieczenie płaci pierwsze, zależy od wielkości pracodawcy. W większości przypadków można odłożyć Część B bez kary, pod warunkiem creditable coverage z pracy. Po utracie ubezpieczenia pracowniczego przysługuje Special Enrollment Period (SEP) na zapis Części B bez kary, zwykle osiem miesięcy.

5. Jaka jest różnica między Medicare a Medicaid?

To dwa różne programy. Medicare to federalne ubezpieczenie zdrowotne, zależne głównie od wieku (65+) lub statusu niepełnosprawności, niezależne od dochodów. Medicaid to program federalno-stanowy dla osób o niskich dochodach, niezależnie od wieku, obsługiwany lokalnie przez każdy stan. Niektórzy kwalifikują się do obu programów jednocześnie; nazywa się to dual eligible. W tej sytuacji obowiązują specjalne okresy zapisowe i dedykowane plany typu D-SNP.

6. Czy Medicare pokryje wszystkie leki?

Nie. Medicare samo w sobie (Części A i B) pokrywa bardzo ograniczony zakres leków, głównie te podawane w gabinecie lekarskim lub szpitalu. Większość codziennych leków na receptę wymaga osobnego planu Części D. Każdy plan Części D posiada własną listę leków oraz własne kategorie cenowe. Dlatego wybór planu Części D zaczyna się od listy konkretnych leków, a nie od miesięcznej stawki.

7. Czy Medicare pokrywa opiekę długoterminową lub dom opieki?

W ograniczonym zakresie. Medicare pokrywa pobyt w ośrodku opiekuńczym (skilled nursing facility) po kwalifikującej hospitalizacji, do 100 dni, z wyższymi kosztami po dniu 20. To opieka rehabilitacyjna, nie długoterminowa. Medicare nie pokrywa stałego, długoterminowego pobytu w domu opieki (custodial care) ani pomocy domowej w codziennych czynnościach, gdy nie ma medycznego powodu. Dla tych sytuacji istnieją osobne produkty: Long-Term Care Insurance, niektóre typy polis hybrydowych lub Medicaid.

8. Czy Medicare pokryje pobyt podczas wyjazdu do Polski?

Zasadniczo nie. Medicare pokrywa opiekę wyłącznie na terenie Stanów Zjednoczonych oraz terytoriów USA. Niektóre polisy Medigap (Plany C, D, F, G, M, N) obejmują pomoc w nagłych wypadkach poza USA, zwykle do 80% kosztów, z rocznym limitem dożywotnim oraz deductible ustalonym w polisie przez firmę ubezpieczeniową. To nie jest pełne ubezpieczenie podróżne, lecz lepsze niż brak pokrycia. Przy planowaniu dłuższego pobytu za granicą warto rozważyć osobne ubezpieczenie podróżne.

9. Czy można posiadać jednocześnie Medicare Advantage i Medigap?

Nie. To wybór: albo Medicare Advantage, albo Oryginalne Medicare plus Medigap. Próba posiadania obu jednocześnie jest niezgodna z regulacjami; jedna z polis zostanie anulowana. Przy posiadaniu Medicare Advantage i chęci przejścia na Medigap należy najpierw wypisać się z Advantage podczas odpowiedniego okna zapisu, a następnie zapisać się na Medigap (przy spełnieniu warunków zapisu bez weryfikacji zdrowotnej).

10. Co to jest TPMO i dlaczego widoczne jest to oświadczenie na materiałach agencji?

TPMO (Third-Party Marketing Organization) to termin używany przez urząd CMS do określenia firm lub osób promujących plany Medicare Advantage lub Część D, lecz nie będących ubezpieczycielem. Niezależne agencje ubezpieczeniowe, takie jak Medicare po Polsku, są właśnie TPMO. Urząd CMS wymaga od TPMO wyraźnego oznaczenia, że nie jesteśmy rządem, nie jesteśmy Medicare, ani nie oferujemy wszystkich planów dostępnych w Państwa okolicy. Pełną listę planów dostępnych w Państwa okolicy można sprawdzić na Medicare.gov lub pod numerem 1-800-MEDICARE.



ROZDZIAŁ SIÓDMY

Plany Uzupelniające



Prywatne polisy poza Medicare, które pomagają pokryć koszty własne planu głównego.

Ani Oryginalne Medicare, ani plany Medicare Advantage nie pokrywają wszystkiego. Zostają koszty własne (deductible, co-pay, coinsurance) oraz luki, takie jak rutynowa opieka dentystryczna oraz okulistyczna. Plany Uzupełniające to osobne, prywatne polisy, które pomagają domknąć te luki w zamian za miesięczną stawkę.

To prywatne polisy ubezpieczeniowe, niezwiązane z programem Medicare. Nie są częścią Medicare, nie zastępują Oryginalnego Medicare ani planu Medicare Advantage i nie są regulowane przez program Medicare. To osobne, dodatkowe ubezpieczenia, które mogą pomóc pokryć Państwa koszty własne (deductible, co-pay, coinsurance) w planie głównym.

Plan Szpitalny (Hospital Indemnity Plan, HIP)

Co to jest. Plan Szpitalny (Hospital Indemnity Plan, HIP) to prywatna polisa, która w zamian za miesięczną stawkę pomaga pokryć Państwa koszty własne przy korzystaniu z opieki: dzienny koszt pobytu w szpitalu, koszt wizyty na ostrym dyżurze (ER), karetki pogotowia lub niektórych wizyt, czyli deductible, co-pay oraz coinsurance, które zostawia plan główny.

Jak to działa. Plan Szpitalny najczęściej dokupuje się do planu Medicare Advantage, lecz także do Suplementów do Medicare (Medigap). Warto rozważyć go zwłaszcza przy planach Medicare Advantage, w których ponoszą Państwo koszty własne przy każdej hospitalizacji, wizycie w ER lub korzystaniu z karetki. To jeden z możliwych sposobów pokrycia kosztów własnych planu typu „wszystko w jednym”: plan Medicare Advantage pokrywa świadczenia Części A i B, a Plan Szpitalny pomaga pokryć koszty własne tego planu.

Plany Dentystryczno-Okulistyczne (DVH)

Co to jest. Oryginalne Medicare nie pokrywa rutynowej opieki dentystrycznej, okulistycznej ani aparatów słuchowych. Samodzielny plan dentystryczno-okulistyczny (po angielsku często DVH, od dental, vision, hearing) to prywatna polisa, która pomaga pokryć czyszczenie oraz leczenie zębów, badania wzroku oraz okulary, a także aparaty słuchowe.

Dla kogo. Dla osób na Oryginalnym Medicare, ponieważ ich plan nie obejmuje tych świadczeń, oraz dla osób na Medicare Advantage, które chcą szerszego pokrycia niż ewentualny dodatek dentystryczno-okulistyczny zawarty w ich planie.

Plan na Wypadek (AME, Accidental Medical Expense)

Co to jest. Plan na Wypadek to prywatna polisa, która wypłaca ustaloną z góry kwotę po objętym polisą zdarzeniu, na przykład upadku, złamaniu czy innym urazie. Środki trafiają bezpośrednio do Państwa i mogą zostać przeznaczone na dowolny cel: dopłatę do rachunku, transport, opiekę domową lub rehabilitację po wypisie.

Dla kogo. Dla osób, które chcą zabezpieczyć się przed nagłymi, jednorazowymi kosztami związanymi z wypadkiem, niezależnie od tego, ile faktycznie wyniesie leczenie.

Polisa na Chorobę Krytyczną (Critical Illness)

Co to jest. Polisa na Chorobę Krytyczną to prywatna polisa, która wypłaca jednorazową, ustaloną w umowie kwotę po zdiagnozowaniu jednej z określonych chorób, zwykle zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek lub niektórych nowotworów. Kwota jest niezależna od rzeczywistych kosztów leczenia.

Dla kogo. Dla osób, które chcą mieć zabezpieczenie finansowe na wypadek poważnej diagnozy, niezależnie od tego, co pokryje plan główny.

Jak to działa razem z Medicare

Plany Uzupełniające nie zastępują Medicare ani planu Medicare Advantage, lecz działają razem z nimi. Plan główny (Oryginalne Medicare, Medigap lub Medicare Advantage) pozostaje podstawą, a polisa uzupełniająca pomaga pokryć to, czego plan główny nie pokrył.

To, czy któraś z tych polis ma dla Państwa sens, zależy od pokrycia planu głównego, stanu zdrowia, budżetu oraz tego, jak często korzystają Państwo z opieki. Dlatego nie polecamy żadnej z nich „w ciemno”. Najpierw poznajemy Państwa sytuację, a dopiero potem wspólnie sprawdzamy, czy uzupełnienie jest potrzebne, czy też byłoby zbędnym dublowaniem pokrycia, które już Państwo mają.

Warto zapamiętać. Plany Uzupełniające to produkty prywatne, poza programem Medicare. Można je nabyć obok planu Medicare, lecz nie są one świadczeniem Medicare. Przed zakupieniem którejkolwiek z tych polis warto sprawdzić, czego nie pokrywa Państwa plan główny, aby uniknąć podwójnego pokrycia.

8

ROZDZIAŁ ÓSMY

Co dalej?



Bezpłatna 30-minutowa konsultacja po polsku.

Niniejszy przewodnik daje Państwu mapę. Konkretnie rozwiązanie dla Państwa sytuacji zależy od kilku informacji, których nie da się ułożyć z poradnika: kto jest Państwa lekarzem prowadzącym, jakie leki Państwo regularnie przyjmują, gdzie Państwo mieszkają przez większość roku, ile razy korzystali Państwo ze szpitala w ostatnich latach, jaki jest Państwa budżet.

Konsultacja jest:

- **Bezpłatna.** Nasza praca z klientem nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi kosztami z Państwa strony. Agenci wynagradzani są bezpośrednio przez firmy ubezpieczeniowe.
- **Niezobowiązująca.** Decyzję o zapisie podejmują Państwo sami, po rozmowie. Nie naciskamy.
- **Po polsku.** Cała rozmowa, każde wyjaśnienie, każdy termin.
- **Ok. 30 minut.** Pierwsza rozmowa zwykle zajmuje pół godziny. Bardziej złożone sprawy omawiamy w kilku spotkaniach.

Trzy proste kroki

1

Kontakt

Telefon 844-654-5185, e-mail, lub formularz na stronie.

2

Rozmowa

Bezpłatna, po polsku, ok. 30 minut. Bez pośpiechu.

3

Decyzja

Podejmują Państwo na spokojnie, w swoim czasie, po pełnym zrozumieniu opcji.

Jak się skontaktować

TELEFON

844-654-5185

Po polsku, w godzinach biura

E-MAIL

**kontakt@
medicarepopolsku.com**

Odpowiadamy w 1 dzień roboczy

FORMULARZ

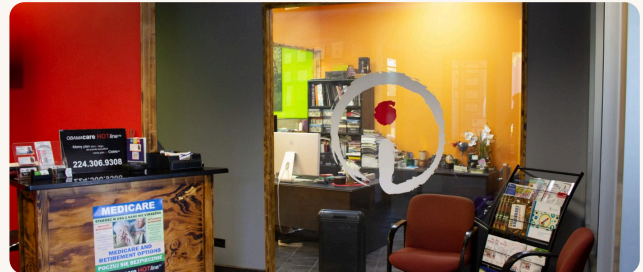
**medicarepopolsku.com
/konsultacja**

Wybór terminu online

Co warto przygotować przed rozmową. Listę przyjmowanych leków (nazwa, dawka, częstotliwość). Listę swoich lekarzy (lekarz prowadzący, specjaliści, ulubiony szpital). Datę 65. urodzin oraz informację, czy obecnie posiadają Państwo ubezpieczenie z pracy. To wystarczy. Resztę ułożymy razem.

O nas

Medicare po Polsku to licencjonowana, niezależna agencja ubezpieczeniowa, służąca polskojęzycznej społeczności w stanach tj. Illinois, Floryda, Michigan, Arizona i nie tylko.



Biuro w Jefferson Park, Chicago — nasza siedziba od 15 lat.

Działamy jako rodzinna firma od ponad piętnastu lat. Biuro mamy w Jefferson Park w Chicago, dzielnicy z największą polonijną tradycją w USA. Pracujemy z polskimi rodzinami w 17 stanach, w tym z osobami, które na zimę wyjeżdżają na Florydę, latem wracają do Polski, lub przeprowadzają się do dzieci w innym stanie.

Co robimy

- Wyjaśniamy Medicare po polsku, krok po kroku, na spokojnie.
- Porównujemy oferty firm ubezpieczeniowych dostępnych w Państwa okolicy.
- Sprawdzamy, czy Państwa lekarze i lekarstwa są pokrywane przez dany plan.
- Pomagamy w dopełnieniu wszystkich formalności związanych z zapisem.
- Jesteśmy dostępni cały rok, nie tylko w okresie zapisu.

Czego nie robimy

- Nie stosujemy presji w sprzedaży telefonicznej.
- Nie polecamy planu bez sprawdzenia Państwa lekarzy i leków.
- Nie reprezentujemy jednej firmy ubezpieczeniowej; pracujemy niezależnie.

Praca z naszą agencją nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi kosztami z Państwa strony. Agenci wynagradzani są bezpośrednio przez firmy ubezpieczeniowe.



Robert Sobczak

Licencjonowany Agent Ubezpieczeniowy

„Wytfumaczę Medicare po polsku, krok po kroku, na spokojnie.”

Zastrzeżenia

Medicare po Polsku nie jest powiązane z rządem Stanów Zjednoczonych ani z federalnym programem Medicare. Niniejszy materiał ma charakter wyłącznie edukacyjny i nie zastępuje oficjalnych materiałów Medicare ani indywidualnej porady licencjonowanego agenta. Pełną listę planów dostępnych w Państwa okolicy można sprawdzić na Medicare.gov lub pod numerem 1-800-MEDICARE.

Wszelkie kwoty (np. roczny limit wydatków na leki \$2,100 w 2026 roku) są ustalane corocznie przez urząd CMS i mogą ulec zmianie. Aktualne wartości potwierdzimy podczas konsultacji.

WYDANIE 2026 · © MEDICARE PO POLSKU · MEDICAREPOPOLSKU.COM