medicare® po polsku

BEZPŁATNY PRZEWODNIK · BEZ ZOBOWIĄZAŃ · PO POLSKU

Przewodnik po Medicare 2027

po polsku

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

Licencjonowana, niezależna agencja ubezpieczeniowa
Jefferson Park, Chicago · 844-654-5185
By calling this number you are connecting with a licensed insurance agency.
medicarepopolsku.com

WYDANIE 2027
Medicare po Polsku

Medicare po Polsku is not affiliated with or endorsed by the government or Federal Medicare Program.

Robert Sobczak
Licencjonowany Doradca 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 po polsku.

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 i bez zobowiązań. Prowadzimy ją po polsku.

Z wyrazami szacunku,

Robert Sobczak

Robert Sobczak
Licencjonowany Doradca 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

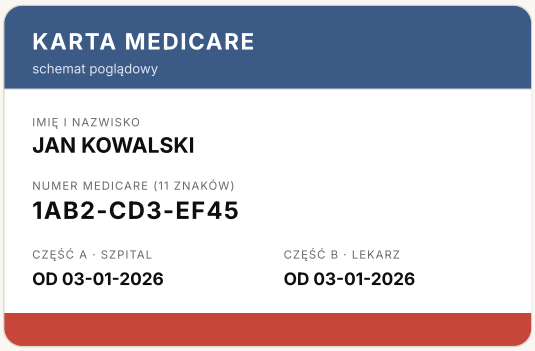
Trzy główne grupy osób:

- **Osoby w wieku 65 lat lub starsze.** Osoby z uregulowanym statusem 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 co najmniej 24 miesiące.
- **Osoby z określonymi schorzeniami.** ESRD (końcowe stadium niewydolności nerek) lub ALS (stwardnienie zanikowe boczne), niezależnie od wieku.

Osoby z mniejszą liczbą rozliczonych kwartałów również mogą zapisać się na Medicare; w takiej sytuacji za Część A płaci się miesięczną stawkę ustalaną corocznie przez urząd CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services).

Państwa karta Medicare

Po zapisaniu otrzymają Państwo biało-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.



Not affiliated with or endorsed by CMS, HHS, or the Federal Medicare Program.

Uproszczony schemat karty Medicare. Prawdziwa karta jest biało-czerwono-niebieska; numer Medicare ma 11 znaków, zawiera litery i cyfry oraz nie zawiera Państwa numeru Social Security.

Prosimy sprawdzić, czy posiadają Państwo nową kartę. Jeśli nie, prosimy o kontakt. Pomożemy bezpłatnie i bez zobowiązań uzyskać nową kartę.

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.

Kwoty Części A i B: 2026 i prognoza na 2027

	2026	2027 (prognoza)
Część B, miesięczna stawka (standardowa)	$202.90	$209.50
Część B, roczny udział własny	$283	$292
Część A, udział własny za pobyt w szpitalu (za okres świadczeń)	$1,736	$1,788
Część A, szpital, dni 61–90, za dzień	$434	$447
Ośrodek opiekuńczy (SNF), dni 21–100, za dzień	$217	$223.50
Część A, miesięczna stawka: 30–39 kwartałów pracy / mniej niż 30	$311 / $565	$330 / $600
Część B, najwyższa miesięczna stawka (z dopłatą IRMAA)	$689.90	$712.10

Kwoty na 2026 rok pochodzą z komunikatu urzędu CMS z 14 listopada 2025 roku. Kwoty na 2027 rok podajemy szacunkowo, według prognozy z raportu powierników Medicare (2026 Medicare Trustees Report, 9 czerwca 2026 roku). Ostateczne kwoty Części A i B na 2027 rok CMS ogłasza jesienią i mogą się one różnić od prognozy.

> **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, ustalanymi corocznie przez urząd CMS.

CZĘŚĆ A	CZĘŚĆ B	CZĘŚĆ C	CZĘŚĆ D
Szpital	Wizyty	Advantage	Leki

Część A, ubezpieczenie szpitalne

Co pokrywa. Częściowy koszt pobytu 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 bez miesięcznej stawki, 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 ustalaną 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. Częściowy koszt opieki ambulatoryjnej, czyli 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 ustalaną corocznie przez urząd CMS. W większości przypadków jest pobierana bezpośrednio ze świadczeń Social Security. Osoby o wyższych dochodach płacą wyższą stawkę ze względu na zasady związane z 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 posiadają preferowaną grupę lekarską (network) lekarzy i szpitali, z której należy korzystać, aby uzyskać najniższe koszty leczenia.

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 ustalane 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 (formulary).

Medigap, polisa uzupełniająca, a 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 Medicare plus Medigap.

Cztery typowe drogi w Medicare

Droga 1

Oryginalne Medicare

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 koszty własne, 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.

W świecie Medicare obowiązują ściśle określone okna czasowe uprawniające do zapisu lub zmiany planu. Niewykorzystanie niektórych z nich 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 przesuwa się o miesiąc wcześniej.

−3	−2	−1	65	+1	+2	+3
3 M-CE PRZED	2 M-CE PRZED	1 M-C PRZED	MIESIĄC URODZIN	1 M-C PO	2 M-CE PO	3 M-CE PO

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 wybrany do 7 grudnia wchodzi w życie 1 stycznia kolejnego roku.

Co można zrobić. Zmienić 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 do Oryginalnego Medicare, z możliwością dołączenia osobnego planu Części D. **Medigap nie jest tu gwarantowany:** poza oknem Medigap i sytuacjami z gwarantowanym prawem zakupu firma może zadać pytania o zdrowie i odmówić polisy.

SEP (Special Election Periods) — Specjalne Okresy Zapisowe

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

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 każdym z nich. 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 ilości zatrudnionych pracowników (20+ lub mniej niż 20).

Czy mam ubezpieczenie z pracy (własne lub małżonka)?

TAK

Pracownicze może płacić pierwsze (przy 20+ pracownikach). **Część B można odłożyć** bez kary, pod warunkiem creditable coverage.

NIE

Najlepiej **zapisać się w IEP**. Pominięcie skutkuje dożywotnią karą za Część B.

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.

4

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, ograniczenia w sieci), albo Oryginalne Medicare plus polisa uzupełniająca Medigap plus osobny plan Części D na leki.

Nie ma uniwersalnej odpowiedzi. To zależy od Państwa potrzeb, 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. Różnicą jest cena, wypłacalność firmy i poziom obsługi klienta.

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.
- **Stawka niezależna od zdrowia.** Firma ubezpieczeniowa nie może naliczyć wyższej stawki z powodu obecnych ani wcześniejszych problemów zdrowotnych.

> **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 muszą być aktywne, 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 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 dostępu.

Oryginalne + Medigap + D

Sprawdza się, gdy:

- Zależy Państwu na swobodzie wyboru lekarzy w całych Stanach Zjednoczonych.
- Często Państwo podróżują (np. zimy na Florydzie, lata w Michigan).
- 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 on do naszych bieżących potrzeb.

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.** Jedyny sensowny sposób wyboru planu Części D to sprawdzenie Państwa konkretnej listy leków kandydata z formulary planów osiągalnych w danym miejscu zamieszkania. Plan „ogólnie tani" bywa drogi dla Państwa konkretnych leków.

Roczny limit wydatków na leki, $2,400 w 2027 roku

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

2027

Roczny limit wydatków własnych. W 2027 roku obowiązuje roczny limit $2,400 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 samodzielnym 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 $2,400 w 2027 roku.

Dodatkowa Pomoc Federalna (Extra Help)

Osoby o niskich dochodach i ograniczonych aktywach mogą kwalifikować się na Dodatkową Pomoc Federalną (Extra Help / Low-Income Subsidy, LIS). Jest to program federalny pokrywający większość lub całość kosztów Części D.

Dodatkowa Pomoc Federalna wpływa na:

- Miesięczną stawkę Części D — obniża lub eliminuje.
- Udział własny (deductible) — eliminuje.
- Koszty leków — redukcja do kilku dolarów za receptę.
- Karę za spóźniony zapis na Część D — zwalnia.

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

Kara za spóźniony zapis na Część D

Brak zapisu na Część D w odpowiednim terminie, bez porównywalnego ubezpieczenia na leki z innego źródła (np. z pracy lub od weterana), może skutkować 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 zawodowego lub 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, bez zobowiązań.

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, w szczególnych sytuacjach 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 ubezpieczeniem indywidualnym. Każda osoba kwalifikuje się osobno, na podstawie własnego wieku, własnej historii pracy oraz własnej sytuacji. Jeśli jednak jedno z małżonków wypracowało w USA 40 kwartałów, drugie może po 65. roku życia otrzymać Część A bez miesięcznej stawki (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 ilości pracowników w zakładzie pracy. 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 wyjazdowe, lecz lepsze niż brak pokrycia. Przy planowaniu dłuższego pobytu za granicą warto rozważyć osobne ubezpieczenie na czas podróży.

9. Czy można posiadać jednocześnie Medicare Advantage i Medigap?

Nie. To wybór: albo Medicare Advantage, albo Oryginalne Medicare plus Medigap. Sprzedaż polisy Medigap osobie z planem Medicare Advantage jest niezgodna z prawem, chyba że wraca ona do Oryginalnego Medicare. Przy posiadaniu Medicare Advantage i chęci przejścia na Medigap należy najpierw wypisać się z Advantage podczas odpowiedniego okna zapisu, a następnie złożyć wniosek o Medigap i zapisać się na Część D. Poza sześciomiesięcznym oknem Medigap i sytuacjami z gwarantowanym prawem zakupu firma może jednak zadać pytania o zdrowie i odmówić polisy, dlatego warto to sprawdzić przed wypisem.

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 urzędem stanowym lub federalnym i 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.

7

ROZDZIAŁ SIÓDMY

Plany Uzupełniające

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 dentystyczna 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 Dentystyczno-Okulistyczne (DVH)

Co to jest. Oryginalne Medicare nie pokrywa rutynowej opieki dentystycznej, okulistycznej ani aparatów słuchowych. Samodzielny plan dentystyczno-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 dentystyczno-okulistyczny zawarty w ich planie.

Plan na pokrycie kosztów wypadku (AME, Accidental Medical Expense)

Co to jest. Plan na pokrycie kosztów wypadku to prywatna polisa, która wypłaca ustaloną z góry kwotę po objętym polisą zdarzeniu, na przykład upadku, złamaniu czy innym urazie.

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 dokupieniem 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, bez zobowiązań.

Niniejszy przewodnik daje Państwu mapę. Konkretne rozwiązanie w Państwa sytuacji zależeć będzie 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, bez zobowiązań, 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

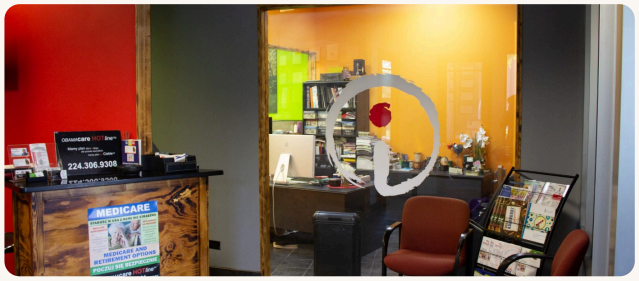
medicarepopolsku.com/konsultacja

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. Główne biuro znajduje się w Jefferson Park w Chicago, dzielnicy z największą polonijną tradycją w USA. Pracujemy z polskimi rodzinami w 18 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 czy 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 Doradca Ubezpieczeniowy

Jakub Slomczewski

Licencjonowany Doradca Ubezpieczeniowy

Disclosures

This is a solicitation of insurance. A licensed insurance agent may contact you.

Medicare po Polsku is not affiliated with or endorsed by the government or Federal Medicare Program. This material is for educational purposes only and does not replace official Medicare materials or individual advice from a licensed agent. The full list of plans available in your area can be checked at Medicare.gov or by calling 1-800-MEDICARE.

All amounts (e.g., the $2,400 annual Part D cap in 2027) are set yearly by CMS and may change. We confirm current values during the consultation.

2027 EDITION · © MEDICARE PO POLSKU · MEDICAREPOPOLSKU.COM