

Medicare po Polsku

Podstawowe informacje o ubezpieczeniach Medicare

Medicare – program ubezpieczeń społecznych, administrowany przez rząd Stanów Zjednoczonych, zapewniający ubezpieczenie zdrowotne dla osób w wieku 65 lat lub więcej oraz dla tych które są poniżej 65 lat, ale są niepełnosprawne fizycznie, mają wrodzoną niepełnosprawność fizyczną lub dla tych, którzy spełniają inne wymagane kryteria.

Wprowadzenie do ubezpieczeń Medicare

Medicare w USA, w pewnym sensie, przypomina jednego płatnika system opieki zdrowotnej, ale nim nie jest. Przed powstaniem Medicare, tylko 51% osób w wieku 65 lat lub starszych miało ubezpieczenie zdrowotne, a prawie 30% żyło poniżej federalnego poziomu ubóstwa. „Original Medicare” plan (zanim powstał) pokrywa około 80%, zatwierdzonych przez Medicare, kosztów świadczeń medycznych, a pozostałe około 20% kosztów (Medigap) musi być pokryte przez prywatne ubezpieczenie uzupełniające, jak na przykład Medicare Supplement plan lub Medicare Advantage (zwykle wymagające miesięcznych składek ubezpieczeniowych wpłacanych do firmy ubezpieczeniowej przez jej posiadacza) lub opłacone indywidualnie przez pacjenta z jego osobistych środków własnych

Plany Medicare Advantage (takie jak HMO lub PPO) nie są uzupełnieniem Medicare, ale przejmują benefity Originalnego Medicare. W zamian za to, ustalają podział kosztów i ustanawiają górną granicę rocznej odpowiedzialności własnej.

Medicare finansuje również programy szkoleniowe dla większości lekarzy w Stanach Zjednoczonych

„Social Security Act z 1965 roku” wszedł w życie mocą ustawy z dnia 30 lipca 1965 roku, podpisanej przez prezydenta Lyndon B. Johnsona jako poprawki do istniejących przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego. Przepisy te zawierają ustanowienie programu Medicare. Na ceremonii podpisania tej ustawy, Johnson zapisał byłego prezydenta Harry Trumana jako pierwszego beneficjenta Medicare i podarował mu pierwszą kartę Medicare, a jego żonie, Bess Truman, drugą.

medicare™
po polsku



— ★ ★ ★ —
DARMOWA KONSULTACJA
ZADZWOŃ I UMÓW SIĘ JUŻ DZISIAJ
844.65.45.185

WWW.MEDICAREPOPOLSKU.COM

Zbliżasz się do 65 roku życia
Posiadasz Medicare od lat?

Czy masz świadomość że part A i B
nie pokryja w 100% kosztów leczenia?

Administracja Medicare

Centers for Medicare i Medicaid Services (CMS), który jest częścią Department of Health and Human Services (HHS), zarządza Medicare, Medicaid, State Children's Health Insurance Program (CHIP) i Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). Razem z United States Department of Labor i United States Department of the Treasury, CMS wprowadza również w życie przepisy dotyczące reform ubezpieczeń zgodnie z Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) z 1996.

Social Security Administration jest odpowiedzialny za określenie zasad kwalifikacji do Medicare i zarządzania płatnościami dla programu Medicare.

Główny Aktuariusz CMS jest odpowiedzialny za dostarczenie informacji, dotyczącej księgowości i przypuszczalnych kosztów, do Rady Nadzorczej Medicare, aby pomóc im w ocenie kondycji finansowej programu. Rada nadzorcza jest zobowiązana prawnie do wydawania rocznych sprawozdań dotyczących statusu finansowego, Medicare Trust Funds. Sprawozdania te, muszą zawierać opinię Głównego Aktuariusza.

Od powstania programu Medicare, CMS zawiera umowy z prywatnymi firmami, działając jako pośrednik między rządem i dostawców usług medycznych. Dostawcami świadczeń są, już powszechnie działające,

firmy w dziedzinie ubezpieczeń lub służby zdrowia. Zakontraktowane procesy obejmują roszczenia i płatności, usługi call-center, rejestrację lekarzy oraz śledztwa dotyczących oszustw.

Finansowanie Medicare

Medicare jest finansowany z podatku od wynagrodzeń nałożonego przez Federal Insurance Contributions Act (FICA) i ze składek Self-Employment Contributions Act z 1954 roku. W przypadku pracowników, podatek ten wynosi 2,9% (1,45% przez pracownika i 1,45% płacone przez pracodawcę) wynagrodzenia i innych dodatków związanych z zatrudnieniem. Do dnia 31 grudnia 1993 roku, ustawa przewidywała maksymalną kwotę potrąceń, jakie mogą być nałożone dla Medicare w każdym roku. Począwszy od 1 stycznia 1994 roku, limit potrąceń został usunięty.

Osoby samo-zatrudnione (self-employed) muszą zapłacić całe 2,9% podatku od własnego zysku netto, ale mogą odliczyć połowę podatku od dochodu przy obliczaniu podatku dochodowego. Począwszy od 2013 r. 2,9% podatku ubezpieczenia szpitalnego, będzie nadal stosowane do pierwszych \$200000 dochodów dla osób lub \$250000 dla małżeństwa (płacących podatek wspólnie) i wzrośnie do 3,8% od dochodu powyżej tych kwot.

Kwalifikacja do ubezpieczenia Medicare

Generalnie, wszystkie osoby w wieku 65 lat lub starsze, które legalnie przebywają w Stanach Zjednoczonych przez co najmniej 5 lat, kwalifikują się do Medicare. Osoby niepełnosprawne poniżej 65 lat, mogą również ubiegać się, jeśli otrzymują Social Security Disability Insurance (SSDI). Specyficzne schorzenia, również mogą pomóc ludziom w zarejestrowaniu się do Medicare.

Osoby kwalifikują się do Medicare, a Medicare Część A jest całkowicie pominięty, gdy spełniają następujące warunki:

- Są w wieku 65 lat lub więcej i są obywatelami USA lub otrzymały prawo stałego pobytu na 5 lat ciągłego pobytu i oni; lub ich współmałżonek płacili podatki Medicare przez co najmniej 10 lat.

lub

- Są one poniżej 65 lat, niepełnosprawni i otrzymywały z SSDI świadczenia lub rentę z Railroad Retirement Board; muszą jednak otrzymywać jedno z tych świadczeń przez co najmniej 24 miesięcy od

daty uprawnienia (pierwsza płatność za niepełnosprawność), przed nabyciem uprawnień do zarejestrowania się w Medicare.

lub

- Otrzymują ciągle dializę w związku z przewlekłą, schyłkową niewydolnością nerek lub potrzebują przeszczep nerki.

lub

- Są uprawnione do SSDI i mają stwardnienie zanikowe boczne, znane jako ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) lub choroba Lou Gehriga

Ci, którzy mają 65 lat, lub więcej, muszą płacić miesięczne składki na pozostanie w Medicare, jeśli oni lub ich współmałżonkowie nie płacili podatku na Medicare przez ostatnie 10 lat pracy

Osoby niepełnosprawne, które otrzymują SSDI, kwalifikują się do Medicare podczas gdy w dalszym ciągu otrzymują świadczenia SSDI. Tracą uprawnienia do Medicare związane z niepełnosprawnością, jeżeli przestali otrzymywać SSDI. Wyłączenie z otrzymywania świadczeń na 24 miesiące oznacza, że osoby, które stały się niepełnosprawne, muszą czekać 2 lata zanim otrzymają rządowe ubezpieczenie zdrowotne, chyba że mają jedną z wymienionych chorób lub kwalifikują się one do Medicaid.

Wielu beneficjentów jest „Medicare dual eligible”. Oznacza to, że kwalifikują się one zarówno do Medicare i Medicaid. W niektórych stanach tym, którzy są poniżej określonego dochodu, Medicaid płaci za ich część świadczeń z Part B (w większości gdy byli zatrudnieni wystarczająco długo i nie mieli Part A), a także płaci za leki, które nie są objęte Part D.

W roku 2008, Medicare zapewnił ubezpieczenie zdrowotne dla 45 milionów amerykańców. Przepuszcza się, że w roku 2030 wyniesie 78 milionów, kiedy generacja baby-boomers z wyżu demograficznego po II wojnie światowej, będzie w pełni włączona.

Wiecej infomacji na temat Medicare po Polsku znajdziecie na stronie

<http://medicarepopolsku.com>