

5 PERGUNTAS PARA FAZER A SI MESMO AO ESCOLHER UM PLANO

O Health Insurance Marketplace oferece diferentes tipos de planos para satisfazer uma variedade de necessidades e orçamentos. A maioria das pessoas é elegível para obter ajuda financeira para tornar a cobertura de saúde acessível. Compare os planos com base naquilo que é mais importante para você e escolha a combinação de preço e cobertura que seja adequada às suas necessidades. Ao procurar pela cobertura do Marketplace, faça as cinco seguintes perguntas a si mesmo.

1. Posso obter ajuda para pagar pela cobertura do Marketplace?

Você pode ser elegível para obter ajuda financeira para diminuir o custo da sua cobertura. Oito em cada dez pessoas que se inscreveram para a cobertura de saúde no site Healthcare.gov se qualificaram para receber ajuda financeira para tornar sua cobertura mais acessível. Na verdade, a maioria das pessoas descobriram planos que custavam US\$ 75 por mês ou menos. Após preencher uma solicitação no Marketplace, você saberá se é elegível para obter ajuda financeira para diminuir o custo de seus prêmios e cuidados mensais. Essa ajuda financeira também se aplicará à sua cobertura odontológica se esta fizer parte de seu plano de saúde.

Obtenha mais informações sobre como conseguir menores custos no Marketplace acessando [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs)

2. Quais são os benefícios cobertos pelos planos de saúde?

Todos os planos de saúde no Marketplace oferecem o mesmo conjunto de itens e serviços conhecidos como “benefícios de saúde essenciais”. Esses benefícios cobrem consultas, receitas, hospitalizações, gestação e muito mais.

Os planos de saúde podem oferecer outros benefícios, como oftalmologia, odontologia ou programas de gestão médica para uma doença ou condição específica. Entretanto, os benefícios específicos podem ser diferentes em cada estado. Até no mesmo estado, podem haver pequenas diferenças entre planos. Ao comparar os planos, você verá quais benefícios cada plano cobre. Isto será útil se você tiver necessidades específicas de cuidados de saúde.

3. Como encontro um plano adequado ao meu orçamento e às minhas necessidades?

Encontrar um bom plano de saúde significa equilibrar o quanto você paga a cada mês com a quantidade de cuidados de saúde que você e sua família vão precisar durante o ano. Se você está saudável e não vai ao médico com frequência, então um plano com prêmio mensal reduzido (quantidade que deve ser paga para a sua cobertura) provavelmente custaria o mínimo para você. Mas se você necessita ir ao médico com muita frequência ou se necessita de muitas receitas caras, você deveria procurar por planos onde o custo para obter assistência ou valores que você paga do seu próprio bolso (como cosseguro ou pagamento participativo) serão menores. Ao procurar por planos no Marketplace, você verá que eles estão divididos em cinco categorias (Bronze, Prata, Ouro, Platina e Catastrófico) para ajudá-lo a escolher aquele que você pode pagar, com base nas suas necessidades de cuidados de saúde. A categoria que você escolher afeta o custo do prêmio mensal, além da parte da conta que você paga por internações ou receitas, mas ela não reflete a qualidade ou Categorias de Planos de Saúde plano fornece.

Categorias de Planos de Saúde

Bronze:	O plano de saúde paga 60% dos custos médios totais da assistência. Você paga cerca de 40% .
Prata:	O plano de saúde paga 70% dos custos médios totais da assistência. Você paga cerca de 30% .
Ouro:	O plano de saúde paga 80% dos custos médios totais da assistência. Você paga cerca de 20% .
Platina:	O plano de saúde paga 90% dos custos médios totais da assistência. Você paga cerca de 10% .
*Catastrófico:	O plano de saúde paga menos de 60% dos custos médios totais da assistência.

* **OBSERVAÇÃO:** Os planos catastróficos estão disponíveis somente para pessoas abaixo de 30 anos ou para aquelas que possuem isenção por baixa renda. Para obter mais informações sobre “isenções por baixa renda”, acesse [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions)

Embora todos os planos no Marketplace cubram um conjunto de benefícios principais, a quantia que você paga será diferente de um plano para o outro. Em geral, se seus pagamentos de prêmios mensais são baixos, o custo para obter cuidados ou o quanto você pagará do seu próprio bolso por receitas ou internações em hospitais, será maior. Se você paga mais a cada mês pelo seu prêmio, esses outros custos serão menores.

Importante: Se você for elegível para custos adicionais menores, com base no tamanho de sua família e renda, e escolher um plano Prata, você pode economizar ainda mais. Isto é chamado de “redução de compartilhamento de custos”.

Com a redução de compartilhamento de custos, você pagará franquias (o valor que você paga antes que o seu seguro comece a pagar pelos cuidados que você recebe), pagamentos participativos e cosseguro menores. Basicamente, os custos que você pagará do seu próprio bolso serão menores que de um plano Ouro ou Platina, pagando pelo prêmio do plano Prata. Você pode escolher um plano de qualquer categoria, mas obtém essa economia sobre os custos adicionais somente se optar por um plano Prata.

4. Como funciona a cobertura odontológica no Marketplace?

Após concluir a inscrição no Marketplace e obter sua resposta, você poderá, então, visualizar os planos de saúde que incluem cobertura odontológica.

Cobertura odontológica para crianças no Marketplace é um benefício de saúde essencial. Isto significa que se seu filho tiver 18 anos ou menos, a cobertura odontológica deve estar disponível como parte de um plano de saúde ou como um plano odontológico independente. A cobertura odontológica não é obrigatoriamente oferecida para adultos, mas muitos planos do Marketplace oferecem essa cobertura como parte de um plano ou como um plano odontológico independente.

Os planos odontológicos do Marketplace estão divididos em duas categorias, com base em como você e o plano esperam compartilhar os custos de cuidados odontológicos para as crianças (as categorias aplicam-se somente ao benefício de saúde essencial para cobertura odontológica infantil).

Baixa: O plano odontológico pagará cerca de **70%** dos custos totais para as crianças.

Alta: O plano odontológico pagará cerca de **85%** dos custos totais para as crianças.

A categoria de plano odontológico que você escolher afeta a quantidade total adicional que você provavelmente gastará pelo cuidado odontológico de seu filho durante o ano.

A cobertura odontológica é oferecida como parte de alguns planos de saúde, mas não todos eles. Se você decidir que deseja cobertura odontológica e seu plano não oferecê-la, é possível optar por um plano odontológico independente no mesmo momento em que optar por um plano de saúde. Alguns planos odontológicos possuem cobertura somente para as crianças

e outros para toda a família. Você deve revisar os detalhes do plano para certificar-se que os benefícios que deseja estão incluídos.

5. Acredito que vou precisar de muitas consultas, cuidados odontológicos ou receitas regularmente?

Se a resposta for afirmativa, você pode necessitar de um plano de saúde Ouro ou Platina, além de um plano odontológico de alto nível. Eles provavelmente possuem prêmios maiores, mas você pagará menos por cada consulta, receita ou outro serviço médico e odontológico. Se a resposta for negativa, pode ser que você prefira um plano Bronze ou Prata, além de um plano odontológico de menor nível. Os prêmios mensais serão provavelmente menores, mas é provável que você tenha um custo maior quando fizer uma consulta.

Precisa de ajuda?

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de ajuda, acesse Localhelp.HealthCare.gov. Você poderá contar com atendimento pessoal. Usuários de TTY (telefone para deficientes auditivos) devem ligar para 1-855-889-4325.

