

5 DOMANDE DA PORSI QUANDO SI SCEGLIE UN PIANO

Il Mercato dell'assicurazione sanitaria offre diversi tipi di piani per soddisfare diverse esigenze e budget. Quasi tutti hanno i requisiti per ricevere assistenza finanziaria per la copertura medica. Paragona i piani in base a quello che è importante per te, e scegli la combinazione di prezzo e copertura adatta alle tue esigenze. Poniti queste 5 domande quando cerchi un piano nel Mercato.

1. Posso ricevere assistenza finanziaria per la copertura nel Mercato?

Potresti avere i requisiti per ricevere assistenza finanziaria e ridurre il costo della tua copertura. Otto persone su dieci che si sono iscritte per la copertura sanitaria su Healthcare.gov avevano i requisiti per ricevere assistenza finanziaria rendendo più accessibile la copertura. Difatti, quasi tutti hanno trovato piani per 75 dollari al mese o meno. Dopo aver compilato la domanda sul Mercato, saprai se hai i requisiti per ricevere assistenza finanziaria e ridurre il costo dei premi mensili e della cura. Questa assistenza finanziaria è anche applicabile alla copertura dentaria se fa parte del tuo piano sanitario.

Per maggiori informazioni su come ridurre i costi nel Mercato vai a [HealthCare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs).

2. Quali benefici coprono i piani dentari?

Tutti i piani sanitari nel Mercato offrono la stessa serie di prodotti e servizi noti come «benefici sanitari essenziali». Tali benefici coprono cose come visite dal medico, farmaci che richiedono prescrizione medica, ricoveri in ospedale, cura durante la gravidanza e altro ancora.

I piani possono offrire altri benefici, come oculistica, odontoiatria, o programmi di gestione medica per una malattia o condizione specifica. Tuttavia, i benefici specifici possono variare da Stato a Stato. Anche nello stesso Stato, possono esservi piccole differenze tra piani. Nel paragonare i piani, vedrai i benefici coperti da ciascun piano. Ciò è utile se hai esigenze mediche specifiche.

3. Come posso trovare un piano adatto al mio budget e alle mie esigenze?

Trovare un buon piano sanitario significa bilanciare quanto paghi ogni mese con le cure mediche che pensi tu e la tua famiglia riceverete durante l'anno. Se godi di buona salute e non vai dal medico molto spesso, un piano con un basso premio mensile (l'importo che devi pagare per la tua copertura) sarebbe probabilmente il più economico per te. Ma, se vai dal medico spesso, o hai bisogno di molti farmaci costosi, dovresti cercare un piano che preveda un costo minore per la cura che ricevi, o un costo vivo (come coassicurazione o ticket) inferiore. I piani nel Mercato sono divisi in 5 categorie (Bronzo, Argento, Oro, Platino e Catastrofico) per aiutarti a identificare che cosa puoi permetterti in base alle tue esigenze mediche. La categoria che scegli determina i costi del premio mensile e la porzione del costo a tuo carico per servizi come visite all'ospedale o farmaci che richiedono prescrizione medica - ma non riflette la qualità o quantità della cura offerta dai piani.

Categorie di piani sanitari

Bronzo:	il tuo piano sanitario paga il 60% dei costi totali medi per la cura. Tu paghi il 40%
Argento:	il tuo piano sanitario paga il 70% dei costi totali medi per la cura. Tu paghi il 30% .
Oro:	il tuo piano sanitario paga l' 80% dei costi totali medi per la cura. Tu paghi il 20% .
Platino:	il tuo piano sanitario paga il 90% dei costi totali medi per la cura. Tu paghi il 10% .
*Catastrofico:	il tuo piano sanitario paga meno del 60% dei costi totali medi per la cura.

*** NOTA:** Piani catastrofici sono disponibili solamente per chi ha meno di 30 anni o per individui che hanno un'esenzione per aversità. Per maggiori informazioni sulle "esenzioni per aversità", visita [HealthCare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions](https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/hardship-exemptions).

Sebbene tutti i piani nel Mercato coprano una serie principale di benefici, l'importo a tuo carico dipende dal piano. In genere, se i pagamenti mensili del premio sono bassi, il costo della cura, o il costo a tuo carico per cose come farmaci che richiedono prescrizioni o ricoveri in ospedale sarà superiore. Se paghi un importo maggiore ogni mese per il tuo premio, questi altri costi saranno più bassi.

Importante: se hai i requisiti per costi vivi inferiori in base alle dimensioni della tua famiglia e al tuo reddito e selezioni un piano Argento, potrai risparmiare di più. Questa caratteristica viene definita una "riduzione dei costi di condivisione".

Con una riduzione dei costi di condivisione, pagherai una franchigia (l'importo a tuo carico prima che la tua assicurazione inizi a pagare per la cura che ricevi), ticket e coassicurazione più bassi. In pratica otterrai i costi vivi inferiori di un piano Oro o Platino pur pagando il premio previsto per il piano Argento. Puoi scegliere un piano da qualsiasi categoria, ma otterrai questi risparmi sui costi a tuo carico solamente se ti iscrivi a un piano Argento.

4. Come funziona la copertura dentaria nel Mercato?

Dopo aver compilato la domanda nel Mercato e ottenuto i tuoi risultati, potrai vedere i piani sanitari che includono la copertura dentaria.

La copertura dentaria per i figli è un beneficio essenziale nel Mercato. Ciò significa che se hai un figlio di 18 anni o meno, la copertura dentaria deve essere disponibile come parte di un piano sanitario o come piano dentario separato. Per gli adulti, la copertura dentaria non deve essere offerta obbligatoriamente, ma molti piani nel Mercato la offrono come parte di un piano o piano dentario separato.

I piani dentari nel Mercato sono divisi in 2 categorie in base a come tu e il piano condividerete i costi della cura dentaria per i figli (le categorie sono applicabili solamente al beneficio essenziale della cura dentaria per i figli).

Basso: il tuo piano dentario coprirà circa il **70%** dei costi dentari per i figli.

Alto: il tuo piano dentario coprirà circa l'**85%** dei costi dentari per i figli.

Il piano dentario che scegli determina l'importo totale a tuo carico per la cura dentaria di tuo figlio durante l'anno.

La copertura dentaria viene offerta come parte di alcuni piani sanitari, ma non tutti. Se decidi che vuoi la copertura dentaria e il tuo piano non la offre, puoi iscriverti a un piano dentario separato quando ti iscrivi a un piano sanitario. Alcuni piani dentari coprono solamente i figli mentre altri coprono la famiglia. Dovresti controllare attentamente i dettagli del piano per assicurarti che i benefici che vuoi siano inclusi nel piano.

5. Prevedi di andare frequentemente dal medico, dentista o avere regolarmente bisogno di farmaci che richiedono prescrizione?

In tal caso, potresti preferire un piano sanitario Oro o Platino, e un piano dentario di livello Alto. Probabilmente avranno premi più alti, ma potresti pagare meno per ciascuna visita, farmaco o altri servizi medici o dentari. In caso contrario, potresti preferire un piano Bronzo o Argento e un piano dentario di livello Basso. Probabilmente i premi mensili saranno più bassi, ma pagherai di più quando vai dal medico.

Hai bisogno di assistenza?

Per chiarimenti o assistenza, visita [Localhelp](#). [HealthCare.gov](#). Puoi trovare qualcuno in grado di aiutarti di persona. Gli utenti TTY devono chiamare il numero 1-855-889-4325.

