

किफायती देखभाल अधिनियम (The Affordable Care Act, ACA) का हमारी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और बीमे की क्रियाविधि पर बड़ा प्रभाव पड़ा है। इसे स्वास्थ्य बीमा कवरेज को और अधिक निष्पक्ष, किफायती और समझने में आसान बनाने के लिए तैयार किया गया था। ACA ने कम आय वाले और अधिक लोगों को कवर करने के लिए Medicaid पात्रता का विस्तार भी किया और एक स्वास्थ्य बीमा बाज़ार विकसित किया।

स्वास्थ्य बीमा बाज़ार (The Health Insurance Marketplace) लोगों के लिए निजी या सार्वजनिक स्वास्थ्य कवरेज खरीदने, तुलना करने और इसमें शामिल होने का एक तरीका है। वित्तीय सहायता तब उपलब्ध होती है यदि आप कवरेज की लागत को कम करने में सहायता करने के लिए योग्यता प्राप्त करते हैं। यह वेबसाइट मुख्य रूप से इनके लिए है:

- + जिन लोगों के पास नौकरी या Medicare के माध्यम से बीमा नहीं होता है
- + 18-65 वर्ष की आयु वाले न्यू यॉर्क वासी
- + New York में 100 या उससे कम कर्मचारियों वाले लघु व्यवसाय अधिक जानकारी के लिए कृपया nystateofhealth.ny.gov पर जाएँ।

वाणिज्यिक या निजी बीमा क्या होता है?

वाणिज्यिक बीमे का प्रबंधन निजी बीमा कंपनियों द्वारा किया जाता है और सामान्य तौर पर आपकी नौकरी के माध्यम से पेश किया जाता है। इसका अर्थ है कि आपका नियोजक बीमा खरीदने की लागत का एक हिस्सा साझा करता है। यदि आपका नियोजक बीमा योजनाओं की पेशकश नहीं करता है, तो लोगों द्वारा वाणिज्यिक बीमा खरीदने के लिए स्वास्थ्य बीमा बाज़ार उपलब्ध है।

सार्वजनिक बीमा क्या होता है?

सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमे में Medicaid और Medicare जैसे सरकार समर्थित कार्यक्रम शामिल हैं। Medicaid कम आय से लेकर मध्यम आय वाले योग्य लोगों की स्वास्थ्य बीमे के संबंध में सहायता करता है। यदि आप गर्भवती हैं और आपकी आय 18 वर्ष से कम है, तो आप आप्रवासन स्थिति और आय की परवाह किए बिना Medicaid के लिए आवेदन दे सकते हैं। अधिक जानकारी के लिए कृपया www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ पर जाएँ।

प्रबंधित देखभाल योजनाएँ क्या होती हैं?

प्रबंधित देखभाल योजनाएँ ऐसी स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ होती हैं जिनका स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और/या चिकित्सा सुविधाओं के साथ कम लागत पर देखभाल प्रदान करने का अनुबंध होता है। प्रबंधित देखभाल योजनाओं के विभिन्न प्रकार हैं, जैसे की: HMO, PPO, POS और EPO (शब्दावली देखें)।

छात्र स्वास्थ्य कार्यक्रम क्या होते हैं?

छात्रों को अक्सर स्वास्थ्य बीमे की आवश्यकता होती है, और कॉलेज छात्रों को छात्र स्वास्थ्य कार्यक्रम (SHP) नामक स्वास्थ्य बीमा प्रदान कर सकते हैं। छात्रों को एक SHP में भाग लेने या यह सिद्ध करने की आवश्यकता हो सकती है कि उनके पास एक ऐसा अन्य बीमा कवरेज है जो कम से कम उतनाही अच्छा है ("तुलनात्मक कवरेज")। कृपया ध्यान रखें कि यदि आपको गंभीर चिकित्सा समस्याएँ हैं या आप नियमित रूप से दवाओं का सेवन करते हैं तो यह संभव है कि SHPs से कवरेज पर्याप्त नहीं हो सकता है।

मैं अपने माता-पिता का स्वास्थ्य बीमा कैसे प्राप्त कर सकता/सकती हूँ?

यदि आपके माता-पिता को उनकी नौकरी के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा प्राप्त है, तो आप अक्सर 26 वर्ष की आयु तक, और कुछ मामलों में 29 वर्ष की आयु तक उनकी योजना में बने रह सकते हैं, परन्तु यह बीमे के अनुसार बदलता है। दुर्भाग्यवश, नवीनतम जानकारी के अनुसार आप 19 वर्ष की आयु तक अपने परिवार की Medicaid योजना में बने रह सकते हैं। यदि आप गोपनीय लैंगिक और प्रजनन संबंधित देखभाल चाहते हैं, तो आप यह सुनिश्चित करने के लिए परिवार नियोजन लाभ कार्यक्रम (Family Planning Benefits Program, FPBP) के लिए आवेदन देने में दिलचस्प हो सकते हैं कि इन सेवाओं का आपके माता-पिता के बीमे से अलग से बिल तैयार किया जाए। अधिक जानकारी के लिए कृपया संसाधन पृष्ठ देखें।

स्वास्थ्य योजना का चयन करते समय मुझे किन बातों पर ध्यान देना चाहिए?

- + **लागत:**
 - मासिक प्रीमियम: आप बीमा योजना के लिए हर महीने कितना भुगतान करते हैं
 - कटौती योग्य राशि: बीमा भुगतान से पहले आप देखभाल के लिए अपनी जेब से कितना भुगतान करते हैं
 - सह-बीमा और सह-भुगतान: कार्यालय के दौरो (प्राथमिक देखभाल और विशेषता), निर्धारणों, आदि के लिए तुरंत देयलागत।
- + **कवर की गई सेवाएँ:** इनका तब विचार करें यदि मानसिक स्वास्थ्य, दंत चिकित्सा और निर्धारण को कवर किया जाता है
- + **योजना के निष्कासन:** आपकी योजना में कौनसी सेवाएँ शामिल नहीं हैं
- + आपके अनुसार आपको इस साल में डॉक्टर के पास कितने दौरो की आवश्यकता हो सकती है (इसका विचार तब करें यदि आपको कोई गंभीर बीमारी है जिसे नियमित चिकित्सा दौरो की आवश्यकता है)
- + आपको कितनी बार दवा की आवश्यकता होती है
- + आपके डॉक्टरों और विशेषज्ञों के लिए कवरेज: इन-नेटवर्क बनाम आउट-ऑफ-नेटवर्क (शब्दावली देखें)
- + कोई भी भविष्य की लागतों को कम करने में सहायता के लिए अपने नियोजक से एक लचीले व्यय खाते या स्वास्थ्य बचत खाते की उपलब्धता

विकलांगता स्वास्थ्य बीमा को किस प्रकार प्रभावित करती है?

यदि आप विकलांग हैं और इसके कारण आप काम करने में असमर्थ हैं, तो आप 26 वर्ष की आयु के हो जाने के बाद भी अपने माता-पिता के निजी स्वास्थ्य बीमे में बने रह सकते हैं। इस प्रक्रिया को पूरा करने के लिए आपको अतिरिक्त दस्तावेज़ प्रस्तुत करने की आवश्यकता हो सकती है। अधिक जानकारी के लिए कृपया अपना बीमा देखें।

यदि आप विकलांग हैं और अपने माता-पिता की Medicaid बीमा योजना के तहत कवर हैं, तो आपका 19 वर्ष की आयु में अपनी स्वयं की Medicaid बीमा योजना पर स्विच करना अनिवार्य होगा। अपने माता-पिता को अपनी बीमा योजना का अधिकार देने हेतु, आपका एक रिलीज़ फॉर्म पर हस्ताक्षर करना अनिवार्य होगा।

NYC HEALTH+ HOSPITALS

भरपूर सेहत के साथ जियें

NYC YOUNG MEN'S INITIATIVE



इस ब्रौशर तक ऑनलाइन पहुँच के लिए अपने स्मार्ट फोन से इस क्यूआर (QR) कोड को स्कैन करें।



संपर्क में रहें। हमें फॉलो करें।

www.nychealthandhospitals.org

नौजवान वयस्कों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा मार्गदर्शक

NYC HEALTH+ HOSPITALS



स्वास्थ्य बीमा क्या होता है?

स्वास्थ्य बीमा आपकी स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करने का एक तरीका है। यह आपको घायल या बीमार होने पर चिकित्सा सेवाओं की पूरी लागत का भुगतान करने से बचाता है। प्रत्येक स्वास्थ्य बीमा योजना भिन्न है और इसमें विभिन्न चिकित्सा लागतें शामिल होती हैं।

स्वास्थ्य बीमा क्यों महत्वपूर्ण है?

इसके कई कारण हैं:

- + यह आपको अप्रत्याशित, उच्च चिकित्सा लागतों का पूर्ण भुगतान करने से बचाता है।
- + यह आपको अपनी बीमा योजना में शामिल कुछ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का कम भुगतान करने की सुविधा प्रदान करता है।
- + यह आपको विशेष बीमारियों से सुरक्षा के लिए निः शुल्क देखभाल तक पहुँच प्रदान करता है, जैसे कि टीके, जाँचें और स्क्रीनिंग्स।

ध्यान दें: कृपया अपने बीमा प्रदाता से यह पूछें कि आपकी योजना में कौन-सी सेवाएँ शामिल हैं। कुछ सेवाएँ पूर्ण रूप से कवर हो सकती हैं, जबकि कुछ आंशिक रूप से कवर हो सकती हैं या बिल्कुल भी कवर नहीं हो सकती हैं।

मैं स्वास्थ्य बीमा कहाँ प्राप्त कर सकता/सकती हूँ?

- + आपकी नौकरी/नियोक्ता
- + आपका कॉलेज/विश्वविद्यालय (छात्र स्वास्थ्य कार्यक्रम)
- + स्वास्थ्य बीमा बाज़ार
 - वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा
 - Medicaid
- + आपके माता-पिता/संरक्षक का स्वास्थ्य बीमा

यदि मेरा कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है तो क्या होगा?

- + आप स्वास्थ्य देखभाल की आंशिक, यदि पूर्ण न हो, लागतों को कवर करने के लिए आप ज़िम्मेदार होंगे।
- + यदि आपके पास अपना टैक्स रिटर्न फाइल करते समय न्यूनतम आवश्यक कवरेज या कवरेज छूट नहीं है, तो आपको भुगतान करना पड़ सकता है। यह जानने के लिए कि क्या आपको भुगतान करने या छूट के लिए योग्यता प्राप्त करने की आवश्यकता है, कृपया यहाँ जाएँ: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-calculating-the-payment

संसाधन

परिवार नियोजन लाभ कार्यक्रम (FPBP):

उन न्यू यॉर्क वासियों के लिए एक सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम जिन्हें परिवार नियोजन सेवाओं की आवश्यकता है, परन्तु उस के लिए खर्च करने में सक्षम नहीं हैं www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/longterm/familyplanbenprog.htm

NYC Health + Hospitals:

बीमे के लिए New York City Health + Hospitals संसाधन केंद्र www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/

Youth Health वेबसाइट:

स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े अतिरिक्त संसाधनों हेतु किशोरों के लिए एक वेबसाइट www.nycyouthhealth.org/html/index.shtml

Medicaid वेबसाइट:

आधिकारिक New York Medicaid वेबसाइट www.health.ny.gov/publications/0548/medicaid.htm

कर दंड की जानकारी:

कर के दंडों और छूट के बारे में अधिक जानकारी के लिए एक वेबसाइट www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/nystateofhealth.ny.gov/exemptions.html

Healthcare.gov:

स्वास्थ्य देखभाल शब्दावली सहित, सामान्य जानकारी का भंडार www.healthcare.gov/ www.healthcare.gov/glossary/

“आयु 29” कानून की जानकारी:

26 वर्ष की आयु के बाद अपने माता-पिता के बीमे के तहत जारी कवरेज के बारे में जानकारी www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/cobra_and_premium_assistance

यदि आपके पास बीमा नहीं है और/या इसे प्राप्त करने के तरीके के बारे में अनिश्चित हैं, तो निम्नलिखित संसाधन सहायक हो सकते हैं:

NY राज्य स्वास्थ्य बीमा बाज़ार:

राज्य आधारित स्वास्थ्य बीमा बाज़ार जो कि यू यॉर्क में लोगों, परिवारों और छोटे व्यवसायों के लिए किरायायती स्वास्थ्य कवरेज की खरीद को आसान बनाता है। nystateofhealth.ny.gov/

Health Care for All: एक ऐसा सार्वजनिक संगठन जो स्वास्थ्य देखभाल, कानूनी सहायता, सामुदायिक आयोजन और सार्वजनिक शिक्षा तक पहुँच की जानकारी प्रदान करता है। hcfany.org/

शब्दावली

अपवाद: ऐसी स्थितियाँ, उपचार और अन्य सेवाएँ जिन्हें स्वास्थ्य योजना कवर नहीं करेगी। आपको अपनी योजना के बारे में दी गई सामग्री में ये स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट आवश्यक करनी चाहिए।

आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता: जिन डॉक्टरों का आपके स्वास्थ्य बीमा योजना के साथ अनुबंध नहीं है, उन के लिए आप उनको दिखाने के लिए अधिक भुगतान कर सकते हैं या पूरे बिल के भुगतान के लिए जिम्मेदार हो सकते हैं।

इन-नेटवर्क प्रदाता: वे डॉक्टर जिनका आपकी स्वास्थ्य बीमा योजना के साथ अनुबंध है, ताकि उन्हें दिखाने के लिए आपको अपनी जेब से बाहर के खर्चों का कम भुगतान करना पड़े।

कटौती योग्य राशि: वह राशि जिसका भुगतान आपको बीमे द्वारा लागतों को कवर करने से पहले स्वास्थ्य देखभाल खर्चों के लिए करना अनिवार्य है। अक्सर, बीमा योजनाएँ वार्षिक कटौती योग्य राशियों पर आधारित होती हैं।

जेब से बाहर अधिकतम/सीमा: आपके द्वारा इस योजना वर्ष में कवर की गई सेवाओं के लिए अदा की जाने वाली अधिकतम राशि। जब आप इस राशि को इन-नेटवर्क देखभाल और सेवाओं के लिए कटौती राशि, सह-भुगतान, और सह-बीमा पर खर्च करते हैं, तो आपकी बीमा योजना कवर किए गए लाभों की लागत का 100% भुगतान करती है।

दीर्घकालिक बीमारी: एक ऐसी चिकित्सा स्थिति जिसके 3 महीने से अधिक तक जारी रहने की अपेक्षा की जाती है और इसके लिए सामान्य तौर पर चल रही देखभाल की आवश्यकता होती है।

परिवार नियोजन लाभ कार्यक्रम (Family Planning Benefits Program, FPBP):

FPBP उन न्यू यॉर्क वासियों के लिए एक सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम है, जिन्हें परिवार नियोजन सेवाओं की आवश्यकता होती है, परन्तु संभवतः वे उन्हें वहन करने में सक्षम नहीं होते हैं। इसका उद्देश्य गोपनीय लैंगिक और प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को बढ़ाना भी है। अधिक जानकारी के लिए संसाधन पृष्ठ देखें।

पसंदीदा प्रदाता संगठन (Preferred Provider Organization, PPO): एक प्रकार की स्वास्थ्य बीमा योजना, जहाँ यदि आप योजना के नेटवर्क में होनेवाले प्रदाताओं का उपयोग करते हैं तो आपको कम भुगतान करने की आवश्यकता होगी। आप अतिरिक्त लागत के लिए रेफरल के बिना, नेटवर्क के बाहर डॉक्टरों, अस्पतालों और प्रदाताओं का उपयोग कर सकते हैं।

पॉइंट ऑफ़ सर्विस (Point of Service, POS): एक प्रकार की स्वास्थ्य बीमा योजना, जहाँ आप इस योजना के नेटवर्क से संबंधित डॉक्टरों, अस्पतालों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का उपयोग करने पर कम भुगतान करते हैं। POS योजनाओं के अनुसार आपको किसी विशेषज्ञ को दिखाने के लिए अपने प्राथमिक देखभाल चिकित्सक से एक रेफरल प्राप्त करने की आवश्यकता होती है।

प्रीमियम: वह राशि जिसका आप स्वास्थ्य योजना के सदस्य बनने के लिए भुगतान करते हैं, जो सामान्य तौर पर मासिक तौर पर किया जाता है।

लचीला खर्च खाता (Flexible Spending Account, FSA): एक ऐसा खाता जिसे आप उन अधिकांश चिकित्सा खर्चों का भुगतान करने के लिए अपने नियोक्ता के



माध्यम से स्थापित करते हैं, जो आपके बीमा द्वारा कवर नहीं किए जाते हैं। आपका नियोक्ता स्वचालित रूप से आपके पे चेक से एक पूर्व-कर राशि (यह राशि भिन्न होगी) की कटौती कर देगा। हालांकि, यदि आप वर्ष के अंत तक इस खाते में पूरी धनराशि का उपयोग नहीं करते हैं, तो आप इसे खो देंगे।

विशेष प्रदाता संगठन (Exclusive Provider Organization, EPO): एक प्रबंधित देखभाल स्वास्थ्य बीमा योजना जिसमें सेवाएँ केवल तभी कवर की जाती हैं जब आप योजना के नेटवर्क में (किसी आपातकालीन स्थिति को छोड़कर) डॉक्टरों, विशेषज्ञों या अस्पतालों का उपयोग करते हैं।

सह-बीमा: ऐसी राशि जिसका आपको कटौती योग्य भुगतान के बाद स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए भुगतान करने की आवश्यकता होगी। सह-बीमा अक्सर कुल लागत के प्रतिशत अनुसार निर्धारित किया जाता है। उदाहरण के लिए, आप एक सेवा की लागत के लिए 20 प्रतिशत का भुगतान कर सकते हैं और आपकी बीमा कंपनी 80 प्रतिशत का भुगतान कर सकती है।

सह-भुगतान: एक ऐसी निश्चित राशि जिसका आप सामान्य तौर पर अपने दौरे के समय कवर अधीन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए भुगतान करते हैं। सामान्य तौर पर, कम मासिक प्रीमियम वाली योजनाओं में सह-भुगतान अधिक होता है और उच्च मासिक प्रीमियम वाली योजनाओं में सह-भुगतान सामान्य तौर पर कम होता है। **स्वास्थ्य बचत खाता (Health Savings Account, HSA):** लचीले व्यय खाते के समान, इसे छोड़कर यदि आप उस वर्ष के अंत में धन का उपयोग नहीं करते हैं, तो इसे अगले वर्ष में स्थानांतरित किया जाएगा।

स्वास्थ्य सुधार संगठन (Health Maintenance Organization, HMO): एक ऐसी स्वास्थ्य बीमा योजना जो सामान्य तौर पर कवरेज को उन डॉक्टरों से देखभाल तक सीमित करती है जो HMO में कार्यरत हैं या अनुबंध अधीन हैं। इस में सामान्य तौर पर एक आपातकालीन स्थिति को छोड़कर, नेटवर्क से बाहर की देखभाल कवर नहीं होती है। एक HMO के अनुसार आपको कवरेज के योग्य होने के लिए इसके सेवा क्षेत्र में रहने या काम करने की आवश्यकता हो सकती है। HMOs अक्सर समन्वित देखभाल प्रदान करते हैं और रोकथाम और तंदरुस्ती पर ध्यान देते हैं।