

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**

какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

Страховое покрытие для: \_\_\_\_\_ | Тип плана: \_\_\_\_\_



**Это лишь краткое изложение.** Если вы хотите получить более подробную информацию о вашем страховом покрытии и оплате, см. полные условия в страховом свидетельстве или документах по плану на веб-сайте [www.\[insert\]](#) или позвоните по тел. [1-800-\[insert\]](#).

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
<b>Что такое <u>нестрахуемый минимум</u>?</b>	\$	<p><b>[YES:]</b> Вы должны самостоятельно оплачивать все расходы до достижения <b>нестрахуемого минимума</b>, прежде чем этот план начнет оплачивать стоимость предоставляемых вам покрываемых услуг. Ознакомьтесь со страховым свидетельством или документами по плану, чтобы узнать, когда начинается отсчет накопления суммы <b>нестрахуемого минимума</b> (обычно, но не всегда, с 1 января). См. таблицу на странице 2, где указана доля ваших расходов за покрываемые услуги после достижения <b>нестрахуемого минимума</b>.</p> <p><b>[NO:]</b> Суммы ваших расходов на услуги, покрываемые этим планом, приведены в таблице на странице 2.</p>
<b>Имеются ли другие <u>нестрахуемые минимумы</u> для специализированных услуг?</b>	\$	<p><b>[YES:]</b> Вы должны оплачивать полную стоимость этих услуг до достижения определенного <b>нестрахуемого минимума</b>, прежде чем этот план начнет оплачивать эти услуги.</p> <p><b>[NO:]</b> Для специализированных услуг достижение <b>нестрахуемого минимума</b> не требуется, но ознакомьтесь с таблицей на странице 2, чтобы узнать долю ваших расходов за услуги, покрываемые этим планом.</p>
<b>Существует ли <u>лимит наличных расходов</u> для моих затрат?</b>	\$	<p><b>[YES:]</b> <b>Лимит наличных расходов</b> — это максимальная сумма, которую вы можете выплатить в качестве вашей доли расходов за покрываемые услуги в течение периода действия страхового покрытия (обычно один год). Этот лимит помогает вам планировать ваши расходы на медицинское обслуживание.</p> <p><b>[NO:]</b> Лимит на сумму, которую вы можете выплатить в качестве вашей доли расходов за покрываемые услуги в течение периода действия страхового покрытия, отсутствует.</p>
<b>Что не входит в <u>лимит наличных расходов</u>?</b>		<p><b>[YES:]</b> Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <b>лимита наличных расходов</b>.</p> <p><b>[NO:]</b> Неприменимо, поскольку <b>лимит на сумму наличных расходов</b> для ваших затрат отсутствует.</p>

**Вопросы?** Звоните по тел. [1-800-\[insert\]](#) или посетите наш веб-сайт [www.\[insert\]](#). Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте [www.\[insert\]](#) или заказав его копию, позвонив по тел. [1-800-\[insert\]](#).

Краткое изложение льгот и страхового покрытия:

какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

Страховое покрытие для: \_\_\_\_\_ | Тип плана: \_\_\_\_\_

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Существует ли общий ежегодный лимит на сумму расходов, которые оплачивает план?		<p><b>[NO:]</b> В таблице на странице 2 описаны все лимиты выплат плана за <i>конкретные</i> покрываемые услуги, такие как визиты к врачу.</p> <p><b>[YES:]</b> План будет оплачивать стоимость покрываемых услуг только в пределах этого лимита в течение каждого периода действия страхового покрытия, даже если стоимость необходимых вам услуг будет больше. Вы несете ответственность за все расходы, превышающие этот лимит. В таблице на странице 2 описаны <i>конкретные</i> лимиты покрытия, например ограничения по количеству визитов к врачу.</p>
Имеет ли этот план <u>сеть поставщиков</u> ?		<p><b>[YES:]</b> Если вы обратитесь к врачу, входящему в сеть, или другому <u>поставщику</u> медицинских услуг, этот план полностью или частично оплатит стоимость покрываемых услуг. Имейте в виду, что ваш врач или больница, входящие в сеть, могут обратиться к <u>поставщику</u>, не входящему в сеть, для получения определенных услуг. Планы используют термины <u>входящий в сеть</u>, <u>предпочтительный</u> или <u>участвующий</u> для <u>поставщиков</u> из их <u>сети</u>. В таблице на странице 2 приведена информация о том, как этот план оплачивает услуги различных видов поставщиков.</p> <p><b>[NO:]</b> Этот план расценивает всех <u>поставщиков</u> одинаково при определении оплаты за одинаковые услуги.</p>
Необходимо ли направление для обращения к <u>специалисту</u> ?		<p><b>[YES:]</b> Этот план оплатит часть или полную стоимость приема у <u>специалиста</u>, совершенного для получения покрываемых услуг, но только в том случае, если перед визитом к <u>специалисту</u> вы получите разрешение от плана.</p> <p><b>[NO:]</b> Вы можете обратиться к выбранному вами <u>специалисту</u> без получения разрешения от плана.</p>
Существуют ли услуги, не покрываемые этим планом?		<p><b>[YES:]</b> Некоторые услуги, не покрываемые этим планом, перечислены на странице 4. Дополнительную информацию об <u>исключенных услугах</u> см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану.</p> <p><b>[NO:]</b> Информацию об <u>исключенных услугах</u> см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану.</p>

**Вопросы?** Звоните по тел. **1-800-[insert]** или посетите наш веб-сайт **www.[insert]**. Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте **www.[insert]** или заказав его копию, позвонив по тел. **1-800-[insert]**.

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**

какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

Страховое покрытие для: \_\_\_\_\_ | Тип плана: \_\_\_\_\_



- **Доплата** — это фиксированная сумма в долларах США (например, \$15), которую вы платите за покрываемое медицинское обслуживание, обычно при получении услуги.
- **Сострахование** — это *ваша* доля расходов за покрываемые услуги, рассчитываемая в процентах от **допустимой суммы** оплаты за услугу. Например, если **допустимая сумма** плана за суточное пребывание в больнице составляет \$ 1000, ваша доля **сострахования** в размере 20 % составит \$ 200. Эта сумма может измениться, если вы не достигли вашего **нестрахуемого минимума**.
- Сумма, оплачиваемая планом за покрываемые услуги, зависит от **допустимой суммы**. Если не входящий в сеть **поставщик** выставляет счет на сумму, превышающую **допустимую сумму**, вы должны будете самостоятельно оплатить разницу. Например, если больница, не входящая в сеть, выставляет счет на сумму \$ 1500 за суточное пребывание, а **допустимая сумма** составляет \$1000, вам придется заплатить разницу в размере \$500. (Это называется **выставлением счета по оплате остаточного баланса**.)
- **[If network plan:]** Этот план может стимулировать вас на обращение к **поставщикам** \_\_\_\_\_, назначая вам меньшую сумму **нестрахуемого минимума, доплат и сострахования**.
- **[If non-network plan:]** Доля вашего участия в расходах не зависит от того, входит ли **поставщик** в **сеть**.

Стандартное медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Ваши расходы при обращении к [входящему в сеть] поставщику	Ваши расходы при обращении к [не входящему в сеть] поставщику	Ограничения и исключения
<b>Посещение офиса или клиники поставщика медицинских услуг</b>	Прием у основного лечащего врача для лечения травмы или заболевания			
	Прием у специалиста			
	Прием у другого практикующего врача			
	Профилактический осмотр/скрининг/вакцинация			
<b>Проведение обследований</b>	Диагностическое обследование (рентген, анализ крови)			
	Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)			

**Вопросы?** Звоните по тел. **1-800-[insert]** или посетите наш веб-сайт **www.[insert]**. Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте **www.[insert]** или заказав его копию, позвонив по тел. **1-800-[insert]**.

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**  
какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

**Страховое покрытие для:** \_\_\_\_\_ | **Тип плана:** \_\_\_\_\_

Стандартное медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Ваши расходы при обращении к [входящему в сеть] поставщику	Ваши расходы при обращении к [не входящему в сеть] поставщику	Ограничения и исключения
<b>Если вам необходимы препараты для лечения заболевания</b>  Более подробную информацию о <b>покрытии стоимости рецептурных препаратов</b> см. на веб-сайте <a href="http://www.[insert].">www.[insert].</a>	[Патентованные препараты]			
	[Предпочтительные брендовые препараты]			
	[Непредпочтительные брендовые препараты]			
	[Препараты особой категории]			
<b>Амбулаторная хирургическая процедура</b>	Оплата услуг больницы (например, центра амбулаторной хирургии)			
	Оплата услуг врача/хирурга			
<b>Необходимость неотложной медицинской помощи</b>	Услуги отделения реанимации			
	Транспортировка на карете скорой помощи			
	Прием в пункте неотложной помощи			
<b>Госпитализация</b>	Оплата услуг больницы (например, за больничную палату)			
	Оплата услуг врача/хирурга			

**Вопросы?** Звоните по тел. [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) или посетите наш веб-сайт [www.\[insert\]](http://www.[insert]). Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте [www.\[insert\]](http://www.[insert]) или заказав его копию, позвонив по тел. [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]).

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**  
какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

**Страховое покрытие для:** \_\_\_\_\_ | **Тип плана:** \_\_\_\_\_

Стандартное медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Ваши расходы при обращении к [входящему в сеть] поставщику	Ваши расходы при обращении к [не входящему в сеть] поставщику	Ограничения и исключения
Если вам необходимы психиатрическая помощь, поведенческая терапия или услуги по лечению химической зависимости	Амбулаторная психиатрическая помощь/поведенческая терапия			
	Стационарная психиатрическая помощь/поведенческая терапия			
	Амбулаторное лечение расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ			
	Стационарное лечение расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ			
Беременность	Ведение беременности и постнатальный уход			
	Роды и все стационарные услуги			
Если вам нужна помощь в восстановлении здоровья или у вас есть другие особые медицинские потребности	Медицинская помощь на дому			
	Реабилитационные услуги			
	Услуги по адаптации			
	Профессиональный сестринский уход			
	Медицинское оборудование длительного пользования			
Если вашему ребенку необходимы стоматологические или офтальмологические услуги	Офтальмологический осмотр			
	Очки			
	Стоматологический осмотр			

**Вопросы?** Звоните по тел. **1-800-[insert]** или посетите наш веб-сайт **www.[insert]**. Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте **www.[insert]** или заказав его копию, позвонив по тел. **1-800-[insert]**.

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**  
какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

**Страховое покрытие для:** \_\_\_\_\_ | **Тип плана:** \_\_\_\_\_

### Исключенные и другие покрываемые услуги

**Услуги, НЕ покрываемые планом (список является неполным; информацию о других исключенных услугах см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги мануального терапевта</li> <li>• Косметическая хирургия</li> <li>• Стоматологическое лечение (для взрослых)</li> <li>• Слуховые аппараты</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение бесплодия</li> <li>• Долговременный медицинский уход</li> <li>• Неэкстренная медицинская помощь при путешествиях за пределами США</li> <li>• Услуги персональной медсестры</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Плановые офтальмологические осмотры (для взрослых)</li> <li>• Плановый осмотр у подолога</li> <li>• Программы по потере веса</li> </ul> |
|---|--|--|

**Другие покрываемые услуги (список является неполным; информацию о других покрываемых услугах и доле ваших расходов за эти услуги см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану)**

- Иглоукалывание
- Бариатрическая хирургия

### Ваши права на продление страхового покрытия

**\*\* Пример для индивидуального плана страхования -**

Федеральное и региональное законодательство может защищать ваши права на сохранение вашей медицинской страховки до тех пор, пока вы оплачиваете **страховую премию**. Тем не менее существуют исключения. Например, если:

- вы совершите мошенничество;
- страховая компания прекратит оказывать услуги в данном штате;
- вы переедете за пределы зоны обслуживания.

Для получения дополнительной информации о ваших правах на продление страхового покрытия обратитесь в страховую компанию по тел. **[contact number]**. Также вы можете обратиться в Департамент государственного страхования по тел. 1-800-927-HELP (4357) или посетив веб-сайт [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov).

**ИЛИ**

**\*\* Пример для группового плана страхования -**

Если вы лишитесь страховки в рамках плана, то в зависимости от обстоятельств федеральное или региональное законодательство может предоставить вам право на сохранение страховки. Любые такие права могут быть ограничены по времени, и вы должны будете платить **страховую премию**, которая может быть значительно выше суммы страховой премии, выплачиваемой вами за страховку в рамках плана. Также могут применяться другие ограничения в отношении ваших прав на продление страхового покрытия.

Для получения дополнительной информации о ваших правах на продление страхового покрытия обратитесь в план медицинского страхования по тел. **[contact number]**. Вы также можете обратиться в Департамент государственного страхования, Министерство труда США, Администрацию по пособиям и льготам для рабочих по тел. 1-866-444-3272 или на веб-сайте [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) или в Министерство здравоохранения и социальных служб США по тел. 1-877-267-2323 доб. 61565 или на веб-сайте [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

**Вопросы?** Звоните по тел. **1-800-[insert]** или посетите наш веб-сайт **www.[insert]**. Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте **www.[insert]** или заказав его копию, позвонив по тел. **1-800-[insert]**.



**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**

какие услуги покрываются этим планом и какова его стоимость.

Страховое покрытие для: \_\_\_\_\_ | Тип плана: \_\_\_\_\_

## Ваши права на подачу претензий и апелляций

**[FOR GROUP PLANS:]** Если у вас есть жалоба или вы не удовлетворены отказом в предоставлении страхового покрытия в рамках вашего плана, вы можете подать **апелляцию** или **претензию**. С вопросами о ваших правах, этом уведомлении или для получения помощи вы можете обратиться: **[insert applicable plan contact information]**; в Администрацию по пособиям и льготам для рабочих Министерства труда по тел. 1-866-444-EBSA (3272) или на веб-сайте [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); в Департамент страхования штата Калифорния, бюро по связи с потребителями услуг в сфере здравоохранения по адресу 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, по телефонам 1-800-927-HELP (4357) или 1-800-482-4833 TDD или на веб-сайте [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). Кроме того, программа помощи потребителям может помочь вам в подаче апелляции. Обратитесь в Департамент страхования штата Калифорния (контактная информация указана выше).

**[FOR INDIVIDUAL PLANS:]** Если у вас есть жалоба, или вы не удовлетворены отказом в предоставлении страхового покрытия в рамках вашего плана, вы можете подать **апелляцию** или **претензию**. С вопросами о ваших правах, этом уведомлении или для получения помощи вы можете обратиться: в Департамент страхования штата Калифорния, бюро по связи с потребителями услуг в сфере здравоохранения по адресу 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, по телефонам 1-800-927-HELP (4357) или 1-800-482-4833 TDD или на веб-сайте [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). Кроме того, программа помощи потребителям может помочь вам в подаче апелляции. Обратитесь в Департамент страхования штата Калифорния (контактная информация указана выше).

## Предоставляет ли эта страховка минимальное необходимое страховое покрытие?

В соответствии с законом о доступном медицинском обслуживании большинство людей должны иметь полис медицинского страхования, который квалифицируется как «минимальное необходимое страховое покрытие». **Этот план или страховое свидетельство не предоставляет минимальное необходимое страховое покрытие.**

## Отвечает ли эта страховка стандарту по минимальной стоимости?

Закон о доступном медицинском обслуживании устанавливает стандарт минимальной стоимости льгот в рамках плана медицинского страхования. Стандарт минимальной стоимости составляет 60 % (актуарная стоимость). **Эта медицинская страховка не отвечает стандарту минимальной стоимости для предоставляемых по ней льгот.**

## Переводческие услуги

**[Spanish (Español):** Para obtener asistencia en Español, llame al **[insert telephonenumber].**]

**[Tagalog (Tagalog):** Kung kailanganninyoangtulongsa Tagalog tumawagsa **[insert telephone number].**]

**[Chinese (中文):** 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 **[insert telephone number].**]

**[Navajo (Dine):** Dinek'ehgoshikaat'ohwolnininisingo, kwii jigoholne' **[insert telephone number].**]

Примеры покрытия этим планом стоимости типовых медицинских ситуаций приведены на следующей странице.

**Вопросы?** Звоните по тел. **1-800-[insert]** или посетите наш веб-сайт **www.[insert]**. Если вам непонятны какие-либо из подчеркнутых терминов, используемых в этом документе, см. глоссарий. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте **www.[insert]** или заказав его копию, позвонив по тел. **1-800-[insert]**.

## О примерах страхового покрытия

Эти примеры демонстрируют, как этот план может покрывать стоимость медицинского обслуживания, необходимого в данных ситуациях. Используйте эти примеры для получения общего представления о том, какую степень финансовой защиты может получить типовой пациент при наличии страхового покрытия в рамках разных планов страхования.



### Это не калькулятор расходов.

Не используйте эти примеры для оценки ваших фактических расходов в рамках этого плана. Фактически получаемые вами услуги, как и их стоимость, будут отличаться от этих примеров.

Важную информацию об этих примерах см. на следующей странице.

### Беременность (естественные роды)

- Сумма задолженности поставщикам: \$ 7540
- План платит \$
- Пациент платит \$

#### Примерная стоимость услуг

Услуги больницы (для матери)	\$ 2700
Плановая акушерская помощь	\$ 2100
Услуги больницы (для ребенка)	\$ 900
Анестезия	\$ 900
Лабораторные исследования	\$ 500
Рецептурные препараты	\$ 200
Рентгенологическое исследование	\$ 200
Вакцины и другие профилактические мероприятия	\$ 40
<b>Итого</b>	<b>\$ 7540</b>

#### Пациент платит

Нестраховуемый минимум	\$
Доплаты	\$
Сострахование	\$
Ограничения или исключения	\$
<b>Итого</b>	<b>\$</b>

### Контроль диабета 2-го типа (плановое наблюдение хорошо контролируемого состояния)

- Сумма задолженности поставщикам: \$ 5400
- План платит \$
- Пациент платит \$

#### Примерная стоимость услуг

Рецептурные препараты	\$ 2900
Медицинское оборудование и принадлежности	\$ 1300
Приемы у врача и процедуры	\$ 700
Санитарно-просветительские мероприятия	\$ 300
Лабораторные исследования	\$ 100
Вакцины и другие профилактические мероприятия	\$ 100
<b>Итого</b>	<b>\$ 5400</b>

#### Пациент платит

Нестраховуемый минимум	\$
Доплаты	\$
Сострахование	\$
Ограничения или исключения	\$
<b>Итого</b>	<b>\$</b>



## Вопросы и ответы в отношении примеров страхового покрытия

### Каковы условные допущения в отношении этих примеров страхового покрытия?

- В стоимость не включены **страховые премии**.
- Примерная стоимость услуг рассчитана на основании средних расценок по стране, предоставленных Министерством здравоохранения и социальных служб США, и не имеет отношения к определенной географической области или плану медицинского страхования.
- Состояние пациента не является исключительным или существовавшим ранее.
- Все услуги и лечение предоставлялись в рамках одного периода действия страхового покрытия.
- Какие-либо другие затраты на медицинское обслуживание для любого участника этого плана отсутствуют.
- Наличные расходы относятся только к лечению заболевания, приведенного в примере.
- Пациент получал все услуги от входящих в сеть **поставщиков**. Если бы пациент получал услуги от не входящих в сеть **поставщиков**, расходы были бы выше.

### Что демонстрирует пример страхового покрытия?

Для каждой медицинской ситуации пример страхового покрытия поможет вам понять, как начисляются **нестрахуемый минимум**, **доплаты** и **сострахование**. Также вы увидите, какие расходы могут быть полностью возложены на вас из-за того, что стоимость услуги или лечения не покрывается планом или размер оплаты ограничен.

### Показаны ли в примере страхового покрытия мои личные медицинские потребности?

✗ **Нет**. Виды лечения приведены только в качестве примеров. Медицинское обслуживание, которое вы будете получать, может отличаться в зависимости от рекомендаций вашего врача, вашего возраста, серьезности вашего заболевания и многих других факторов.

### Показаны ли в примере страхового покрытия мои будущие расходы?

✗ **Нет**. Примеры страхового покрытия **не** являются точными расчетами. Эти примеры нельзя использовать для оценки затрат на лечение фактического заболевания. Они приведены только для сравнения. Ваши личные расходы будут отличаться в зависимости от полученных вами услуг, расценок вашего **поставщика** и размера страхового возмещения, допустимого в рамках вашего плана медицинского страхования.

### Могу ли я использовать примеры страхового покрытия для сравнения разных планов?

✓ **Да**. В кратком изложении льгот и страхового покрытия для других планов вы найдете такие же примеры страхового покрытия. При сравнении планов обращайте внимание на пункт «Пациент платит» в каждом примере. Чем меньше эта сумма, тем большее страховое покрытие предлагает план.

### Есть ли другие расходы, которые необходимо учитывать при сравнении планов?

✓ **Да**. Важная часть расходов — это выплачиваемая вами **страховая премия**. Обычно чем меньше размер **страховой премии**, тем больше будет сумма ваших наличных расходов, таких как **доплаты**, **нестрахуемый минимум** и **сострахование**. Также необходимо учитывать взносы на такие счета, как медицинский сберегательный счет (HSA), сберегательный счет на случай непредвиденных растрат (FSA) или счет покрытия медицинских расходов (HRA), которые помогают вам выплачивать суммы наличных расходов.