

**Краткое изложение льгот и страхового покрытия:**

стоимость каких услуг покрывается этим планом, и сколько вы платите за покрываемые услуги

Период действия страховки: [See Instructions]

[Insurer Name/Logo]: [Plan Name and Metal Level]

Страховое покрытие для: [Individual/Family/etc.] | Тип плана: [PPO/EPO/etc.]



Документ «Краткое изложение льгот и страхового покрытия» (SBC) поможет вам выбрать **план** медицинского страхования. В SBC описан порядок распределения оплаты за покрываемое страховкой медицинское обслуживание между вами и **планом**. ПРИМЕЧАНИЕ.

Информация о стоимости этого **плана** (называемой **страховой премией**) будет предоставлена отдельно.

Это лишь краткое изложение. Для получения более подробной информации о страховом покрытии или для получения копии полных условий предоставления страхового покрытия [insert contact information]. Полное определение общих терминов, таких как **допустимая сумма**, **выставление счета по оплате остаточного баланса**, **сострахование**, **доплата**, **нестрахуемый минимум**, **поставщик**, и других **подчеркнутых** терминов см. в глоссарии. Ознакомьтесь с глоссарием можно на веб-сайте [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) или заказав его копию, позвонив по тел. 1-800-[insert]. [ДОПОЛНИТЕЛЬНО: по любым вопросам звоните по тел. 1-800-[insert] или посетите наш веб-сайт [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) для получения более подробной информации или получения копии вашего **plan's summary plan description / policy documents**.]

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Что такое <b>нестрахуемый минимум</b> ?	\$	<p><b>[YES:]</b> Обычно вы должны оплачивать все расходы на услуги <b>поставщиков</b> до достижения <b>нестрахуемого минимума</b>, прежде чем ваши счета начнет оплачивать <b>план</b>. <b>[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]</b> Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками <b>плана</b>, каждый из них должен достичь своего индивидуального <b>нестрахуемого минимума</b> так, чтобы общая сумма <b>нестрахуемого минимума</b>, выплаченная всеми членами семьи, достигла суммы <b>нестрахуемого минимума</b>, определенного для семьи. <b>[2. Family coverage with non-embedded deductible:]</b> Если какие-либо члены вашей семьи имеют страховое свидетельство, необходимо достичь общего <b>нестрахуемого минимума</b> на семью, прежде чем ваши счета начнет оплачивать <b>план</b>.</p> <p><b>[NO:]</b> Стоимость услуг, покрываемых данным <b>планом</b>, приведена в таблице стандартных медицинских явлений ниже.</p>
Есть ли услуги, стоимость которых покрывается до достижения <b>нестрахуемого минимума</b> ?	\$	<p><b>[YES:]</b> Этот <b>план</b> покрывает стоимость некоторых товаров и услуг, даже если вы еще не достигли <b>нестрахуемого минимума</b>. Но в этом случае могут применяться <b>доплаты</b> или <b>сострахование</b>. <b>[For non-grandfathered plans insert:]</b> Например, этот <b>план</b> покрывает стоимость определенных <b>профилактических услуг</b> без вашего <b>участия в затратах</b> и до достижения вами <b>нестрахуемого минимума</b>. Список покрываемых <b>профилактических услуг</b> см. на веб-сайте <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>.</p> <p><b>[NO:]</b> Вы должны достичь <b>нестрахуемого минимума</b>, прежде чем <b>план</b> начнет платить за какие-либо услуги.</p>
Имеются ли другие <b>нестрахуемые минимумы</b> для специализированных услуг?		<p><b>[YES:]</b> Вы должны оплачивать полную стоимость этих услуг до достижения определенного <b>нестрахуемого минимума</b>, прежде чем этот <b>план</b> начнет оплачивать эти услуги.</p> <p><b>[NO:]</b> Для специализированных услуг достижение <b>нестрахуемого минимума</b> не требуется.</p>

<p>Что представляет собой <a href="#">лимит наличных расходов</a> для этого <a href="#">плана</a>?</p>	<p>\$</p>	<p><b>[YES:]</b> <a href="#">Лимит наличных расходов</a> — это максимальная сумма, которую вы можете выплачивать в год за покрываемые услуги. <b>[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:]</b> <b>[1. Family coverage with embedded MOOP:]</b> Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками этого <a href="#">плана</a>, они должны достичь своего <a href="#">лимита наличных расходов</a> до достижения общего <a href="#">лимита наличных расходов</a> на семью. <b>[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]</b> Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками этого <a href="#">плана</a>, должен быть достигнут общий <a href="#">лимит наличных расходов</a> на семью.</p> <p><b>[NO:]</b> В этом <a href="#">плане</a> не предусмотрен <a href="#">лимит наличных расходов</a> для ваших затрат.</p>
<p>Что не входит в <a href="#">лимит наличных расходов</a>?</p>		<p><b>[YES:]</b> Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <a href="#">лимита наличных расходов</a>.</p> <p><b>[NO:]</b> В этом <a href="#">плане</a> не предусмотрен <a href="#">лимит наличных расходов</a> для ваших затрат.</p>
<p>Будете ли вы платить меньше при обращении к <a href="#">поставщику, входящему в сеть</a>?</p>		<p><b>[YES:]</b> <b>[If simple network:]</b> Этот <a href="#">план</a> имеет <a href="#">сеть поставщиков</a>. Вы будете платить меньше, если будете пользоваться услугами <a href="#">поставщика</a>, входящего в <a href="#">сеть</a> плана. При обращении к <a href="#">поставщику, не входящему в сеть</a>, вы будете платить больше и можете получить от <a href="#">поставщика</a> счет на оплату разницы между стоимостью услуг поставщика и суммой, которую оплачивает <a href="#">план (выставление счета по оплате остаточного баланса)</a>. Имейте в виду, что ваш <a href="#">поставщик, входящий в сеть</a>, может обратиться к <a href="#">поставщику, не входящему в сеть</a>, для предоставления некоторых видов услуг (например, для проведения лабораторных анализов). Узнайте об этом у своего <a href="#">поставщика</a> перед получением услуг.</p> <p><b>[If tiered network:]</b> Вы платите меньше при обращении к <a href="#">поставщику</a>, входящему в <a href="#">[insert tier name]</a>. Вы платите больше при обращении к <a href="#">поставщику</a>, входящему в <a href="#">[insert tier name]</a>. При обращении к <a href="#">поставщику, не входящему в сеть</a>, вы будете платить больше и можете получить от <a href="#">поставщика</a> счет на оплату разницы между стоимостью услуг <a href="#">поставщика</a> и суммой, которую оплачивает <a href="#">план (выставление счета по оплате остаточного баланса)</a>. Имейте в виду, что ваш <a href="#">поставщик, входящий в сеть</a>, может обратиться к <a href="#">поставщику, не входящему в сеть</a>, для предоставления некоторых видов услуг (например, для проведения лабораторных анализов). Узнайте об этом у своего <a href="#">поставщика</a> перед получением услуг.</p> <p><b>[NO:]</b> Этот <a href="#">план</a> не имеет <a href="#">сети поставщиков</a>. Вы можете получать покрываемые услуги у любого <a href="#">поставщика</a>.</p>
<p>Необходимо ли <a href="#">направление</a> для обращения к <a href="#">специалисту</a>?</p>		<p><b>[YES:]</b> Этот <a href="#">план</a> оплатит часть или полную стоимость приема у <a href="#">специалиста</a>, совершенного для получения покрываемых услуг, но только в том случае, если перед визитом к <a href="#">специалисту</a> вы получите <a href="#">направление</a>.</p> <p><b>[NO:]</b> Вы можете посещать любого выбранного вами <a href="#">специалиста</a> без <a href="#">направления</a>.</p>

[\* Более подробную информацию об ограничениях и исключениях см. в документах по плану или страховом свидетельстве на веб-сайте [www.insert.com].]



Все [доплаты](#) и [сострахование](#), приведенные в этой таблице, применяются после достижения вами [нестрахуемого минимума](#), если в плане предусмотрен [нестрахуемый минимум](#). [include only if plan has deductible]

Стандартное медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		[Входящий в сеть] поставщик (часть вашей оплаты меньше)	[Не входящий в сеть] поставщик (часть вашей оплаты больше)	
Посещение офиса или клиники <a href="#">поставщика</a> медицинских услуг	Прием у основного лечащего врача для лечения травмы или заболевания			
	Прием у <a href="#">специалиста</a>			
	<a href="#">Профилактический осмотр/скрининг/вакцинация</a>			
Проведение обследований	<a href="#">Диагностическое обследование</a> (рентген, анализ крови)			
	Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)			
Если вам необходимы препараты для лечения заболевания Более подробную информацию о <a href="#">покрытии стоимости рецептурных препаратов</a> см. на веб-сайте <a href="#">www.[insert].com</a> .	Патентованные препараты			
	Предпочтительные брендовые препараты			
	Непредпочтительные брендовые препараты			
	<a href="#">Препараты особой категории</a>			
Амбулаторная хирургическая процедура	Оплата услуг больницы (например, центра амбулаторной хирургии)			
	Оплата услуг врача/хирурга			
Необходимость неотложной медицинской помощи	<a href="#">Прием в отделении реанимации</a>			
	<a href="#">Транспортировка на карете скорой помощи</a>			
	<a href="#">Прием в пункте неотложной помощи</a>			
Госпитализация	Оплата услуг больницы (например, за больничную палату)			
	Оплата услуг врача/хирурга			

[\* Более подробную информацию об ограничениях и исключениях см. в документах по плану или страховом свидетельстве на веб-сайте [www.insert.com].]

Стандартное медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		[Входящий в сеть] поставщик (часть вашей оплаты меньше)	[Не входящий в сеть] поставщик (часть вашей оплаты больше)	
Если вам необходимы психиатрическая помощь, поведенческая терапия или услуги по лечению химической зависимости	Амбулаторное обслуживание			
	Стационарное обслуживание			
Беременность	Визиты к врачу			
	Профессиональные акушерские услуги			
	Услуги родильного дома			
Если вам нужна помощь в восстановлении здоровья или у вас есть другие особые медицинские потребности	<a href="#">Медицинская помощь на дому</a>			
	<a href="#">Реабилитационные услуги</a>			
	<a href="#">Услуги по адаптации</a>			
	<a href="#">Профессиональный сестринский уход</a>			
	<a href="#">Медицинское оборудование длительного пользования</a>			
	<a href="#">Услуги хосписа</a>			
Если вашему ребенку необходимы стоматологические или офтальмологические услуги	Проверка зрения у детей			
	Очки для детей			
	Стоматологический осмотр для детей			

## Исключенные и другие покрываемые услуги

Услуги, стоимость которых обычно НЕ покрывается [планом](#) (более подробную информацию и список иных [исключенных услуг](#) см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану страхования.)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Услуги мануального терапевта             | • Лечение бесплодия   | • Услуги персональной медсестры                      |
| • Косметическая хирургия                   | • Долговременный медицинский уход                                   | • Плановые офтальмологические осмотры (для взрослых) |
| • Стоматологическое лечение (для взрослых) | • Неэкстренная медицинская помощь при путешествиях за пределами США | • Плановый осмотр у подолога                         |
| • Слуховые аппараты                        |   |  |

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения; список является неполным; см. ваши документы по [плану](#) страхования)

- |                  |                           |                            |
|------------------|---------------------------|----------------------------|
| • Иглоукалывание | • Бариатрическая хирургия | • Программы по потере веса |
|------------------|---------------------------|----------------------------|

**Ваши права на продление страхового покрытия.** Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций: [\[insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information\]](#). Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая возможность покупки индивидуального плана медицинского страхования на [рынке](#) медицинского страхования. Для получения более подробной информации о [рынке](#) посетите веб-сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) или позвоните по тел. 1-800-318-2596.

**Ваши права на подачу претензий и апелляций.** Существуют организации, которые могут помочь вам в случае, если у вас есть жалоба на ваш [план](#) в отношении отклонения вашего [заявления](#). Такая жалоба называется [претензией](#) или [апелляцией](#). Подробную информацию о ваших правах см. в объяснении льгот, которое вы получите в ответ на ваше [заявление](#) о выплате страхового возмещения. Также в документах по вашему [плану](#) содержится полная информация о подаче [жалобы](#), [апелляции](#) или [претензии](#) в отношении вашего [плана](#) по какой-либо причине. Для получения более подробной информации о ваших правах, этом уведомлении или для получения помощи обращайтесь: [\[insert applicable contact information from instructions\]](#).

**Предоставляет ли этот план минимальное необходимое страховое покрытие? [Да/нет]**

Если у вас нет ежемесячного [минимального необходимого страхового покрытия](#), вам придется осуществлять выплату при подаче налоговой декларации, если только вы не попадаете под исключение от требования обязательного наличия медицинской страховки на этот месяц.

**Отвечает ли этот план стандартам по минимальной стоимости? [Да/нет]**

Если ваш [план](#) не отвечает [стандартам по минимальной стоимости](#), вы можете иметь право на получение [налоговой льготы на страховую премию](#), которая поможет вам оплатить стоимость [плана](#) на [рынке](#).

## 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, kwijigoholne' [\[insert telephone number\]](#).]

Примеры покрытия этим планом стоимости типовых медицинских ситуаций приведены в следующем разделе.

[\* Более подробную информацию об ограничениях и исключениях см. в документах по плану или страховом свидетельстве на веб-сайте [\[www.insert.com\]](http://www.insert.com).]



**Это не калькулятор расходов.** Виды лечения приведены только в качестве примеров того, как этот [план](#) может покрывать стоимость медицинского обслуживания. Фактические расходы могут отличаться в зависимости от полученных вами услуг, расценок вашего [поставщика](#) и многих других факторов. Учитывайте долю вашего [участия в затратах](#) ([нестрахуемый минимум](#), [доплаты](#) и [сострахование](#)) и [исключенные услуги](#) в рамках вашего [плана](#). Используйте эту информацию для сравнения доли ваших расходов в рамках разных [планов](#) медицинского страхования. Обратите внимание, что эти примеры страхового покрытия приведены для варианта индивидуального страхования.

### Пэг беременна

(9 месяцев ведения беременности у поставщиков, входящих в сеть, и роды в больнице)

- Общая сумма [нестрахуемого минимума](#), предусмотренная [планом](#) \$
- [Услуги специалиста](#) [доля вашего участия в затратах] \$
- Услуги больницы (медицинского учреждения) [доля вашего участия в затратах] %
- Другое [доля вашего участия в затратах] %

В данном ПРИМЕРЕ необходимы следующие услуги.

Приемы у специалиста (ведение беременности)  
 Профессиональные акушерские услуги  
 Услуги родильного дома  
 Диагностические обследования (УЗИ и анализ крови)  
 Прием специалиста (анестезия)

<b>Общие расходы в этом случае</b>	<b>\$</b>
------------------------------------	-----------

В этом примере Пэг будет платить

Доля участия в затратах	
Нестрахуемый минимум	\$
Доплаты	\$
Сострахование	\$
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$
<b>Общая сумма расходов Пэг</b>	<b>\$</b>

### Контроль диабета 2-го типа у Джо

(год планового обслуживания у поставщиков, входящих в сеть, по поводу хорошо контролируемого состояния)

- Общая сумма [нестрахуемого минимума](#), предусмотренная [планом](#) \$
- [Услуги специалиста](#) [доля вашего участия в затратах] \$
- Услуги больницы (медицинского учреждения) [доля вашего участия в затратах] %
- Другое [доля вашего участия в затратах] %

В данном ПРИМЕРЕ необходимы следующие услуги.

Приемы в офисе основного лечащего врача (включая санитарно-просветительские мероприятия)  
 Диагностическое обследование (анализ крови)  
 Рецептурные препараты  
 Медицинское оборудование длительного пользования (глюкометр)

<b>Общие расходы в этом случае</b>	<b>\$</b>
------------------------------------	-----------

В этом примере Джо будет платить

Доля участия в затратах	
Нестрахуемый минимум	\$
Доплаты	\$
Сострахование	\$
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$
<b>Общая сумма расходов Джо</b>	<b>\$</b>

### Неосложненный перелом у Мии

(посещение отделения неотложной помощи, входящего в сеть, и последующее наблюдение)

- Общая сумма [нестрахуемого минимума](#), предусмотренная [планом](#) \$
- [Услуги специалиста](#) [доля вашего участия в затратах] \$
- Услуги больницы (медицинского учреждения) [доля вашего участия в затратах] %
- Другое [доля вашего участия в затратах] %

В данном ПРИМЕРЕ необходимы следующие услуги.

Услуги отделения неотложной помощи (включая медицинские принадлежности)  
 Диагностическое обследование (рентген)  
 Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)  
 Реабилитационные услуги (физиотерапия)

<b>Общие расходы в этом случае</b>	<b>\$</b>
------------------------------------	-----------

В этом примере Миа будет платить

Доля участия в затратах	
Нестрахуемый минимум	\$
Доплаты	\$
Сострахование	\$
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$
<b>Общая сумма расходов Мии</b>	<b>\$</b>