

 **Սա միայն ամփոփում է:** Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ մանրամասներ ստանալ ձեր ապահովագրման ու ծախսերի մասին, կարող եք ստանալ ամբողջական պայմանները ապահովագրության կամ ծրագրի փաստաթղթում՝ [www.\[insert\]](http://www.[insert]) կայքում կամ զանգահարելով [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) հեռախոսահամարով:

Կարևոր հարցեր	Պատասխաններ	Ինչու է սա կարևոր.
Որքա՞ն է ընդհանուր <u>չհատուցվող գումարը</u> :	\$	<p>[YES:] Դուք պետք է վճարեք բոլոր ծախսերը մինչև <u>չհատուցվող գումարի</u> քանակի լրանալը, նախքան այս ծրագիրը սկսում է վճարել ձեր օգտագործած ապահովագրված ծառայությունների համար: Ստուգեք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթը՝ պարզելու համար, երբ է կրկին սկսում <u>չհատուցվող գումարը</u> (սովորաբար, բայց ոչ միշտ, հունվարի 1-ից): Տեսեք 4-րդ էջից սկսվող աղյուսակը՝ պարզելու համար, թե որքան եք դուք վճարելու ապահովագրված ծառայությունների համար <u>չհատուցվող գումարի</u> շեմին հասնելուց հետո:</p> <p>[NO:] Տեսեք 2-րդ էջից սկսվող աղյուսակը՝ պարզելու համար ձեր ծախսերն այս ծրագրի կողմից ապահովագրվող ծառայությունների համար:</p>
Կան արդյո՞ք այլ <u>չհատուցվող գումարներ</u> հատուկ ծառայությունների համար:	\$	<p>[YES:] Դուք պետք է վճարեք այս ծառայությունների բոլոր արժեքները մինչև որոշակի <u>չհատուցվող գումարին</u> հասնելը, նախքան այս ծրագիրը կսկսի վճարել այս ծառայությունների համար:</p> <p>[NO:] Հարկավոր չէ հասնել <u>չհատուցվող գումարների</u> շեմին հատուկ ծառայությունների համար, սակայն տեսեք 2-րդ էջից սկսվող աղյուսակը՝ պարզելու համար այլ ծախսերն այս ծրագրի կողմից ապահովագրվող ծառայությունների համար:</p>
Կա արդյո՞ք իմ ծախսերի՝ <u>գրպանից վճարվող սահմանափակում</u> :	\$	<p>[YES:] <u>Գրպանից վճարվող սահմանափակումն</u> առավելագույն գումարն է, որը դուք կարող եք վճարել ապահովագրման ժամանակաշրջանում (սովորաբար մեկ տարի) ապահովագրված ծառայությունների ծախսերի ձեր բաժնի համար: Այս սահմանափակումն օգնում է ձեզ ծրագրավորել ձեր առողջապահական խնամքի ծախսերը:</p> <p>[NO:] Գրպանից վճարվող սահմանափակում չկա առ այն, թե ինչքան եք կարող վճարել ապահովագրման ժամանակաշրջանում ապահովագրված ծառայությունների ծախսերի ձեր բաժնի համար:</p>
Ի՞նչ չի ընդգրկվում <u>գրպանից վճարվող սահմանափակման</u> մեջ:		<p>[YES:] Չնայած նրան, որ դուք վճարում եք այս ծախսերը, դրանք չեն հաշվարկվում որպես <u>գրպանից վճարվող սահմանափակման</u> մաս:</p> <p>[NO:] Կիրառելի չէ, քանի որ չկա ձեր ծախսերի՝ <u>գրպանից վճարվող սահմանափակում</u>:</p>

Հարցեր. զանգահարեք [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ [www.\[insert\]](http://www.[insert]) կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը [www.\[insert\]](http://www.[insert]) կայքում կամ զանգահարել [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

[INSURER NAME] : [PLAN NAME]

Նպաստների և ապահովագրման ամփոփում. ինչ է ապահովագրում այս ծրագիրը և դրա արժեքը

Ապահովագրման ժամանակաշրջան՝ **[See Instructions]**

Ապահովագրում՝ _____ համար | Ծրագրի տեսակ՝ _____

Կարևոր հարցեր	Պատասխաններ	Ինչու է սա կարևոր.
<p>Կա արդյո՞ք ընդհանուր տարեկան սահմանափակում ծրագրի վճարումների համար:</p>		<p>[NO:] 2-րդ էջից սկսվող աղյուսակը բացատրում է ցանկացած սահմանափակում ծրագրի վճարումների համար <i>հատուկ</i> ապահովագրված ծառայությունների համար, ինչպես օրինակ՝ գրասենյակի այցեր:</p> <p>[YES:] Ծրագիրը վճարելու է այս ապահովագրված ծառայությունների համար միայն մինչև այս սահմանափակման շեմը յուրաքանչյուր ապահովագրման ժամանակաշրջանում, նույնիսկ եթե ձեր անհատական կարիքն ավել է: Դուք պատասխանատու եք այդ սահմանափակումը գերազանցող բոլոր ծախսերի համար: 2-րդ էջից սկսվող աղյուսակը բացատրում է <i>հատուկ</i> ապահովագրման սահմանափակումները, ինչպես օրինակ՝ գրասենյակի այցերի քանակի սահմանափակում:</p>
<p>Այս ծրագիրն արդյո՞ք օգտագործում է <u>մատակարարների ցանց</u>:</p>		<p>[YES:] Եթե օգտվում եք ցանցի բժշկից կամ առողջապահական խնամքի <u>մատակարարից</u>, այս ծրագիրը կվճարի ապահովագրված ծառայությունների ծախսերի մի մասը կամ ամբողջ գումարը: Իմացե՛ք, որ ձեր ցանցի բժիշկը կամ հիվանդանոցը կարող է օգտվել ցանցից դուրս <u>մատակարարից</u> որոշ ծառայությունների համար: Ծրագրերն օգտագործում են ցանցի ներսում, <u>նախընտրելի</u> կամ մասնակից տերմինը իրենց <u>ցանցի մատակարարների</u> համար: Տեսե՛ք 2-րդ էջից սկսվող աղյուսակը՝ պարզելու համար, թե ինչպես է այս ծրագիրը վճարում տարբեր տեսակի մատակարարներին:</p> <p>[NO:] Այս ծրագիրը նույն ձևով է վերաբերվում <u>մատակարարներին</u>՝ որոշելու համար նույն ծառայության համար կատարվող վճարումը:</p>
<p>Ինձ արդյո՞ք անհրաժե՞շտ է ուղեգիր <u>մասնագետի</u> այցելելու համար:</p>		<p>[YES:] Այս ծրագիրը կվճարի ապահովագրված ծառայություններ ստանալու նպատակով <u>մասնագետի</u> այցելության ծախսերի մի մասը կամ ամբողջ գումարը, միայն եթե դուք ստացել եք ծրագրի թույլտվությունը, նախքան <u>մասնագետին</u> այցելելը:</p> <p>[NO:] Դուք կարող եք այցելել ձեր ընտրած <u>մասնագետին</u> առանց ծրագրի թույլտվության:</p>
<p>Կա՞ն արդյոք ծառայություններ, որոնք այս ծրագիրը չի ապահովագրում:</p>		<p>[YES:] Այս ծրագրի կողմից չապահովագրված որոշ ծառայություններ թվարկված են 4-րդ էջում: Տեսե՛ք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթը՝ <u>բացառված ծառայությունների</u> մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:</p> <p>[NO:] Տեսե՛ք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթը՝ <u>բացառված ծառայությունների</u> մասին տեղեկությունների համար:</p>

Հարցեր. զանգահարե՛ք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելե՛ք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսե՛ք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:



- **Համավճարները** ֆիքսված դոլարային գումարներ են (օրինակ՝ \$15), որոնք դուք վճարում եք ապահովագրված առողջապահական խնամքի համար, սովորաբար սպասարկում ստանալու պահին:
- **Համաապահովագրությունը** *ձեր* ծախսերի բաժինն է ապահովագրված ծառայության համար, որը հաշվարկված է որպես ծառայության համար **թույլատրելի գումարի** տոկոս: Օրինակ, եթե ծրագրի **թույլատրելի գումարը** գիշերը հիվանդանոցում մնալու համար կազմում է \$1,000, ապա ձեր **համաապահովագրության** 20% վճարումը կկազմի \$200: Սա կարող է փոխվել, եթե չեք հասել ձեր **չհատուցվող գումարի** շեմին:
- Ծրագրի կողմից վճարված գումարն ապահովագրված ծառայությունների համար հիմնվում է **թույլատրելի գումարի** վրա: Եթե ցանցից դուրս **մատակարարը** գանձում է **թույլատրելի գումարից** ավել, ապա հնարավոր է, որ դուք պետք է վճարեք տարբերությունը: Օրինակ, եթե ցանցից դուրս հիվանդանոցում գիշերը մնալն արժե \$1,500, իսկ **թույլատրելի գումարը** \$1,000 է, ապա հնարավոր է, որ դուք վճարեք \$500 տարբերություն: (Սա կոչվում է **մնացորդի գանձում**):
- **[If network plan:]** Այս ծրագիրը կարող է խրախուսել ձեզ օգտվել _____ **մատակարարներից**՝ ձեզանից ավելի ցածր **չհատուցվող գումարներ**, **համավճարներ** ու **համաապահովագրություն** գանձելով:
[If non-network plan:] Ձեր ծախսերի բաշխումը կախված չէ նրանից, թե արդյոք **մատակարարը ցանցում է**, թե՛ ոչ:

Տարածված բժշկական վիճակ	Ձեզ անհրաժեշտ հնարավոր ծառայություններ	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցի] մատակարարից	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցից դուրս] մատակարարից	Սահմանափակումներ և բացառություններ
Եթե այցելում եք առողջապահական խնամքի մատակարարի գրասենյակ կամ կլինիկա	Առաջնային խնամքի այց վնասվածք կամ հիվանդություն բուժելու նպատակով			
	Մասնագետի այց			
	Բժշկական պրակտիկայով զբաղվող այլ մասնագետի գրասենյակի այց			
	Կանխարգելման խնամք/գննում/պատվաստում			
Եթե ստուգում եք անցնում	Ախտորոշիչ ստուգում (ռենտգեն, արյան անալիզ)			
	Պատկերում (CT/PET սկաններ, MRI-ներ)			

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

[INSURER NAME] : [PLAN NAME]

Նպաստների և ապահովագրման ամփոփում. ինչ է ապահովագրում այս ծրագիրը և դրա արժեքը

Ապահովագրման ժամանակաշրջան՝ **[See Instructions]**

Ապահովագրում՝ _____ համար | Ծրագրի տեսակ՝ _____

Տարածված բժշկական վիճակ	Ձեզ անհրաժեշտ հնարավոր ծառայություններ	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցի] մատակարարից	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցից դուրս] մատակարարից	Մահմանափակումներ և բացառություններ
Եթե ձեզ դեղորայք է հարկավոր ձեր հիվանդությունը կամ վիճակը բուժելու համար Լրացուցիչ տեղեկությունը դեղատոմսով դեղերի ապահովագրման մասին մատչելի է www.[insert]. կայքում	[Ընդհանուր (ջեներիկ) դեղեր]			
	[Նախընտրելի ապրանքանշային դեղեր]			
	[Ոչ նախընտրելի ապրանքանշային դեղեր]			
	[Հատուկ դեղեր]			
Եթե ամբուլատոր վիրահատություն ունեք	Հիմնարկության վարձ (օրինակ՝ ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն)			
	Բժշկի/վիրաբույժի վարձեր			
Եթե ձեզ անհապաղ բժշկական ուշադրություն է հարկավոր	Շտապ օգնության սենյակի ծառայություններ			
	Շտապ օգնության բժշկական փոխադրում			
	Հրատապ խնամք			
Եթե պետք է հիվանդանոցում մնաք	Հիմնարկության վարձ (օրինակ՝ հիվանդանոցի պալատ)			
	Բժշկի/վիրաբույժի վարձ			

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

[INSURER NAME] : [PLAN NAME]

Նպաստների և ապահովագրման ամփոփում. ինչ է ապահովագրում այս ծրագիրը և դրա արժեքը

Ապահովագրման ժամանակաշրջան՝ **[See Instructions]**

Ապահովագրում՝ _____ համար | Ծրագրի տեսակ՝ _____

Տարածված բժշկական վիճակ	Ձեզ անհրաժեշտ հնարավոր ծառայություններ	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցի] մատակարարից	Ձեր ծախսը, եթե օգտվում եք [ցանցից դուրս] մատակարարից	Մահմանափակումներ և բացառություններ
Եթե ունեք հոգեկան առողջության, վարքագծային առողջության կամ թմրանյութերի չարաշահման կարիքներ	Հոգեկան/վարքագծային առողջության ամբուլատոր ծառայություններ			
	Հոգեկան/վարքագծային առողջության ստացիոնար ծառայություններ			
	Թմրանյութերի չարաշահման խանգարման ամբուլատոր ծառայություններ			
	Թմրանյութերի չարաշահման խանգարման ստացիոնար ծառայություններ			
Եթե հղի եք	Նախածննդյան ու հետծննդյան խնամք			
	Ծննդաբերություն և բոլոր ստացիոնար ծառայություններ			
Եթե ձեզ ապաքինման աջակցություն է հարկավոր կամ ունեք հատուկ առողջական կարիքներ	Տնային առողջապահական խնամք			
	Վերականգնման ծառայություններ			
	Ունակությունների զարգացման ծառայություններ			
	Հմուտ բուժքույրական խնամք			
	Տնական օգտագործման բժշկական սարքավորում			
	Հոսփիսային ծառայություններ			
Եթե ձեր երեխային անհրաժեշտ է ատամնաբուժական կամ տեսողության խնամք	Տեսողության ստուգում			
	Ակնոցներ			
	Ատամնաբուժական ստուգում			

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

Բացառված ծառայություններ և այլ ապահովագրված ծառայություններ.

Ծառայություններ, որոնք ձեր ծրագիրը սովորաբար ՉԻ ապահովագրում (սա ամբողջական ցուցակը չէ: Ստուգեք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթն այլ բացառված ծառայությունների համար):

- Մանուալ թերապիայի խնամք
- Կոսմետիկ վիրահատություն
- Ատամնաբուժական խնամք (չափահաս)
- Լսողության սարքեր
- Անպտղության բուժում
- Երկարատև խնամք
- Ոչ շտապ օգնության խնամք, երբ ԱՄՆ-ից դուրս եք մեկնում
- Անհատական բուժքույր
- Տեսողության սովորական խնամք (չափահաս)
- Ոտքի սովորական խնամք
- Քաջի կոբուտի ծրագրեր

Այլ ապահովագրված ծառայություններ (սա ամբողջական ցուցակը չէ: Ստուգեք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթն այլ ապահովագրված ծառայություններին և այդ ծառայությունների համար ձեր ծախսերին ծանոթանալու համար):

- Ասեղնաբուժություն
- Բարիատրիկ վիրահատություն

Ապահովագրման շարունակության ձեր իրավունքները.

** Անհատական առողջապահական ապահովագրության նմուշ –

Դաշնային և նահանգային օրենքները կարող են պաշտպանություններ տրամադրել, որոնք ձեզ թույլ են տալիս առողջապահական ապահովագրությունը պահպանել, քանի դեռ վճարում եք ձեր հավելավճարը: Այնուամենայնիվ կան բացառություններ, ինչպիսիք են.

- Դուք խարդախություն եք կատարում
- Ապահովագրողը դադարեցնում է ծառայությունների առաջարկը նահանգում
- Դուք տեղափոխվում եք սպասարկման տարածքից դուրս

Ապահովագրման շարունակության ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ապահովագրողին՝ [contact number] հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև դիմել ձեր նահանգի ապահովագրության բաժանմունք՝ 1-800-927-HELP (4357) հեռախոսահամարով կամ այցելել www.insurance.ca.gov կայքը:

Հարցեր. զանգահարեք 1-800-[insert] հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ [www.\[insert\]](http://www.[insert]) կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը [www.\[insert\]](http://www.[insert]) կայքում կամ զանգահարել 1-800-[insert] հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

** Խմբային առողջապահական ապահովագրության նմուշ –

Եթե կորցնեք ապահովագրումը ծրագրի ներքո, ապա կախված հանգամանքներից՝ դաշնային և նահանգային օրենքները կարող են պաշտպանություններ տրամադրել, որոնք ձեզ թույլ են տալիս պահպանել առողջապահական ապահովագրումը: Այս իրավունքները կարող են ժամանակային սահմանափակումներ ունենալ, և ձեզանից կպահանջվի վճարել հավելավճար, որը կարող է շատ ավելի բարձր լինել, քան ձեր վճարած հավելավճարը, քանի դեռ ապահովագրված էիք ծրագրի կողմից: Կարող են նաև կիրառվել ապահովագրումը շարունակելու ձեր իրավունքների այլ սահմանափակումներ:

Ապահովագրման շարունակության ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ծրագրին՝ [contact number] հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև դիմել ձեր նահանգի ապահովագրության բաժանմունք, ԱՄՆ Աշխատանքի բաժանմունքի Աշխատողի նպաստների ապահովության վարչություն՝ 1-866-444-3272 հեռախոսահամարով կամ այցելել www.dol.gov/ebsa կայքը, կամ ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժանմունք՝ 1-877-267-2323 x61565 հեռախոսահամարով կամ այցելել www.cciio.cms.gov կայքը:

ԿԱՍ

Գանգատվելու և բողոքարկելու ձեր իրավունքները.

[FOR GROUP PLANS:] Եթե բողոք ունեք կամ բավարարված չեք ձեր ծրագրի ապահովագրման հայցերի մերժմամբ, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք **բողոքարկել** կամ **գանգատ** ներկայացնել: Ձեր իրավունքների, այս ծանուցման մասին հարցեր ունենալու դեպքում կամ օգնության համար կարող եք դիմել **[insert applicable plan contact information]**, Աշխատանքի բաժանմունքի Աշխատողի նպաստների ապահովության վարչություն՝ 1-866-444-EBSA (3272) հեռախոսահամարով կամ այցելել www.dol.gov/ebsa/healthreform կայքը, Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության բաժանմունք, Սպառողի հարաբերությունների բյուրոյի առողջապահության միավոր, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 կամ 1-800-927-HELP (4357) կամ 1-800-482-4833 TDD հեռախոսահամարով կամ այցելել www.insurance.ca.gov կայքը: Բացի այդ, սպառողներին աջակցող ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ բողոքարկում ներկայացնել: Դիմեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության բաժանմունք վերոնշյալ կոնտակտային տվյալներով:

[FOR INDIVIDUAL PLANS:] Եթե բողոք ունեք կամ բավարարված չեք ձեր ծրագրի ապահովագրման հայցերի մերժմամբ, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք **բողոքարկել** կամ **գանգատ** ներկայացնել: Ձեր իրավունքների, այս ծանուցման մասին հարցեր ունենալու դեպքում կամ օգնության համար կարող եք դիմել Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության բաժանմունք, Սպառողի հարաբերությունների բյուրոյի առողջապահության միավոր, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 կամ 1-800-927-HELP (4357) կամ 1-800-482-4833 TDD հեռախոսահամարով կամ այցելել www.insurance.ca.gov կայքը: Բացի այդ, սպառողներին աջակցող ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ բողոքարկում ներկայացնել: Դիմեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության բաժանմունք վերոնշյալ կոնտակտային տվյալներով:

Այս ապահովագրումն արդյոք տրամադրում է Նվազագույն առաջին անհրաժեշտության ապահովագրում:

Սատչելի խնամքի ակտը պահանջում է, որ մարդկանց մեծամասնությունն ունենա առողջապահական խնամքի ապահովագրում, որը որակավորվում է որպես «նվազագույն առաջին անհրաժեշտության ապահովագրում»: **Այս ծրագիրը կամ ապահովագրությունը [տրամադրում է/չի տրամադրում] նվազագույն առաջին անհրաժեշտության ապահովագրում:**

Այս ապահովագրումն արդյոք համապատասխանում է Նվազագույն արժեքի չափանիշին:

Սատչելի խնամքի ակտը սահմանում է առողջապահական ծրագրի նպաստների նվազագույն արժեքի չափանիշը: Նվազագույն արժեքի չափանիշը 60% է (ակտուարական արժեք): **Այս առողջապահական ապահովագրումը [համապատասխանում է/չի համապատասխանում] նվազագույն արժեքի չափանիշին իր տրամադրած նպաստների համար:**

Լեզվական մատչելիության ծառայություններ.

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

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [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'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insert telephone number].]

————— *Տեսնելու համար մի քանի օրինակներ, թե ինչպես է այս ծրագիրն ապահովագրում որոշ բժշկական իրավիճակների ծախսերը, կարդացեք հաջորդ էջը:* —————

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

Ապահովագրման այս օրինակների մասին.

Այս օրինակները ցույց են տալիս, թե ինչպես կարող է այս ծրագիրն ապահովագրել բժշկական խնամքը տրված իրավիճակներում: Օգտվեք այս օրինակներից, որպեսզի պարզեք, թե, ընդհանուր առմամբ, ինչքան ֆինանսական պաշտպանություն կունենա նմուշային հիվանդը, եթե ապահովագրվի տարբեր ծրագրերի կողմից:



Սա արժեքի գնահատում չէ:

Մի օգտվեք այս օրինակներից այս ծրագրի ներքո ձեր իրական արժեքները հաշվարկելու համար: Ձեր իրական ստացված խնամքը տարբերվելու է այս օրինակներից, և այդ խնամքի արժեքը նույնպես տարբեր է լինելու:

Տեսեք հաջորդ էջն այս օրինակների մասին կարևոր տեղեկատվության համար:

Երեխա ունենալը (նորմալ ծննդաբերություն)

- Մատակարարներին վճարվող գումար՝ \$7,540
- Ծրագիրը վճարում է \$
- Հիվանդը վճարում է \$

Խնամքի ծախսերի նմուշ.

Հիվանդանոցի արժեքներ (մայր)	\$2,700
Սովորական մանկաբարձական խնամք	\$2,100
Հիվանդանոցի արժեքներ (երեխա)	\$900
Անզգայացում	\$900
Լաբորատոր անալիզներ	\$500
Դեղատոմսով դեղեր	\$200
Ռադիոլոգիա	\$200
Պատվաստումներ, այլ կանխարգելում	\$40
Ընդհանուր	\$7,540

Հիվանդը վճարում է՝

Չհատուցվող գումարներ	\$
Համավճարներ	\$
Համաապահովագրություն	\$
Սահմանափակումներ կամ բացառություններ	\$
Ընդհանուր	\$

2-րդ տեսակի շաքարախտի վերահսկում

(լավ վերահսկվող վիճակի սովորական պահպանում)

- Մատակարարներին վճարվող գումար՝ \$5,400
- Ծրագիրը վճարում է \$
- Հիվանդը վճարում է \$

Խնամքի ծախսերի նմուշ.

Դեղատոմսեր	\$2,900
Բժշկական սարքավորում ու պաշարներ	\$1,300
Գրասենյակի այցեր ու ընթացակարգեր	\$700
Կրթություն	\$300
Լաբորատոր անալիզներ	\$100
Պատվաստումներ, այլ կանխարգելում	\$100
Ընդհանուր	\$5,400

Հիվանդը վճարում է՝

Չհատուցվող գումարներ	\$
Համավճարներ	\$
Համաապահովագրություն	\$
Սահմանափակումներ կամ բացառություններ	\$
Ընդհանուր	\$

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար:

Հարցեր և պատասխաններ ապահովագրման օրինակների մասին.

Որո՞նք են այս Ապահովագրման օրինակներում պարունակվող որոշ ենթադրությունները:

- Արժեքները չեն ներառում **հավելավճարները**:
- Խնամքի արժեքների նմուշները հիմնված են ազգային միջինի վրա, որը տրամադրվել է ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժանմունքի կողմից, և հատուկ չեն որևէ մեկ աշխարհագրական տարածքին կամ առողջապահական ծրագրին:
- Հիվանդի վիճակը բացառված կամ արդեն գոյություն ունեցող վիճակ չէր:
- Բոլոր ծառայությունները ու բուժումները սկսում ու վերջանում են նույն ապահովագրման ժամանակաշրջանում:
- Այս ծրագրի կողմից ապահովագրված անդամների համար չկան որևէ այլ բժշկական ծախսեր:
- Գրպանից վճարվող ծախսերը հիմնված են միայն օրինակում նկարագրված վիճակի բուժման վրա:
- Հիվանդը ստացել է ամբողջ խնամքը ցանցի **մատակարարներից**: Եթե հիվանդը խնամք ստանար ցանցից դուրս **մատակարարներից**, ապա ծախսերն ավելի բարձր կլինեին:

Ի՞նչ է ցույց տալիս Ապահովագրման օրինակը:

Յուրաքանչյուր բուժման իրավիճակի համար Ապահովագրման օրինակն օգնում է ձեզ տեսնել՝ ինչպես են գոյանում **չհատուցվող գումարները**, **համավճարները** և **համաապահովագրությունը**: Այն նաև օգնում է տեսնել, թե որ ծախսերը դուք պետք է վճարեք, քանի որ ծառայությունը կամ բուժումն ապահովագրված չէ, կամ վճարումը սահմանափակ է:

Ապահովագրման օրինակն արդյո՞ք կանխագուշակում է իմ սեփական խնամքի կարիքները:

✖ **Ոչ**: Ցույց տրված բուժումները միայն օրինակներ են: Այս վիճակի համար ձեր ստացած խնամքը կարող է տարբերվել կախված ձեր բժշկի խորհրդից, ձեր տարիքից, ձեր վիճակի լրջությունից և շատ այլ գործոններից:

Ապահովագրման օրինակն արդյո՞ք կանխագուշակում է իմ ապագա ծախսերը:

✖ **Ոչ**: Ապահովագրման օրինակներն արժեքի գնահատումներ **չեն**: Դուք չեք կարող օգտագործել այս օրինակներն իրական վիճակի արժեքները հաշվարկելու համար: Դրանք միայն համեմատական նպատակների համար են: Ձեր սեփական արժեքները տարբեր են լինելու կախված ձեր ստացած խնամքից, ձեր **մատակարարի** գներից ու ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից թույլատրելի փոխհատուցումներից:

Կարո՞ղ եմ օգտվել այս Ապահովագրման օրինակներից ծրագրեր համեմատելու համար:

✓ **Այո**: Երբ ուսումնասիրում եք այլ ծրագրերի՝ Նպաստների և ապահովագրման ամփոփումը, դուք կգտնեք նույն Ապահովագրման օրինակները: Ծրագրերը համեմատելիս ստուգեք «Հիվանդը վճարում է» վանդակը յուրաքանչյուր օրինակում: Ինչքան ավելի փոքր է այդ գումարը, այնքան ավել շատ ապահովագրում է տրամադրում ծրագիրը:

Կան արդյո՞ք այլ ծախսեր, որոնք պետք է հաշվի առնեմ ծրագրերը համեմատելիս:

✓ **Այո**: Կարևոր արժեք է ձեր վճարած **հավելավճարը**: Սովորաբար որքան ավելի փոքր է ձեր **հավելավճարը**, այնքան ավելի բարձր են ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը, ինչպիսիք են **չհատուցվող գումարները**, **համավճարները** և **համաապահովագրությունը**: Դուք պետք է նաև քննարկեք հատուկ հաշիվներին ավանդներ անելու հնարավորությունները, ինչպիսիք են՝ առողջապահական խնայողությունների հաշիվներ (health savings accounts, HSAs), ձկուն ծախսի կարգավորումներ (flexible spending arrangements, FSAs) կամ առողջապահական փոխհատուցման հաշիվներ (health reimbursement accounts, HRAs), որոնք կարող են օգնել ձեզ վճարել գրպանից վճարվող ծախսերը:

Հարցեր. զանգահարեք **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ **www.[insert]** կայքում: Եթե ձեզ անհասկանալի են այս ձևաթղթում օգտագործած որևէ ընգծված տերմին, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը **www.[insert]** կայքում կամ զանգահարել **1-800-[insert]** հեռախոսահամարով՝ պատճենը խնդրելու համար: