|  |
| --- |
| **Նպաստների և ապահովագրման ամփոփում (Summary of Benefits and Coverage, SBC) փաստաթուղթը կօգնի ձեզ ընտրել առողջապահական** [**ծրագիր**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**: SBC-ը ձեզ ցույց է տալիս, ինչպես եք դուք և** [**ծրագիրը**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **բաշխելու ապահովագրված առողջապահական խնամքի ծառայությունների արժեքը: ԱԿՆԱՐԿ. այս** [**ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **արժեքի մասին տվյալները (կոչվում է** [**հավելավճար**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) կտրամադրվեն առանձին:**  **Սա միայն ամփոփում է:** Ձեր ապահովագրման մասին մանրամասների համար կամ ապահովագրման բոլոր պայմանների պատճենը ստանալու համար, [insert contact information]: Տարածված տերմինների ընդհանուր սահմանումների համար, ինչպես օրինակ՝ [թույլատրելի գումար](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount), [մնացորդի գանձում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [համաապահովագրություն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [համավճար](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [չհատուցվող գումար](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [մատակարար](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) կամ այլ ընդգծված տերմիններ, տեսեք Տերմինների բառարանը: Կարող եք տեսնել Տերմինների բառարանը www.[insert].com կայքում կամ զանգահարել 1-800-[insert] հեռախոսահամարով` պատճենը խնդրելու համար: **[ԿԱՄԱՎՈՐ.** Հարցեր. զանգահարեք 1-800-[insert] հեռախոսահամարով կամ այցելեք մեզ www.[insert].com կայքում լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ ձեր [plan’s summary plan description / policy documents] պատճենը ստանալու համար:**]** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Կարևոր հարցեր** | **Պատասխաններ** | **Ինչու է սա կարևոր.** |
| **Որքա՞ն է ընդհանուր** [**չհատուցվող գումարը**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**:** | **$** | [YES:] Ընդհանրապես դուք պետք է վճարեք [մատակարարների](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) բոլոր ծախսերի համար մինչև [չհատուցվող գումարի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) քանակի լրանալը, նախքան այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) սկսում է վճարել: **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]** Եթե այս [ծրագրում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ընդգրկված են ձեր ընտանիքի այլ անդամներ, ապա ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ պետք է հասնի իր անհատական [չհատուցվող գումարին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), մինչև որ [չհատուցվող գումարի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) ընդհանուր ծախսերը, որոնք վճարվում են ընտանիքի բոլոր անդամների կողմից, կհասնեն ընտանիքի ընդհանուր [չհատուցվող գումարին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible): **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]** Եթե ձեր ապահովագրության մեջ կան ընտանիքի այլ անդամներ, ապա պետք է լրանա ընտանիքի ընդհանուր [չհատուցվող գումարը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), նախքան այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) սկսում է վճարել:  [NO:] Տեսեք Տարածված բժշկական վիճակների աղյուսակը ներքևում՝ այս [ծրագրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) կողմից ապահովագրվող ծառայությունների ձեր արժեքներին ծանոթանալու համար: |
| **Կա՞ն արդյոք ծառայություններ, որոնք ապահովագրվում են, նախքան** [**չհատուցվող գումարի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **լրանալը:** | **$** | [YES:] Այս [ծրագիրն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ապահովագրում է որոշ պարագաներ ու ծառայություններ, նույնիսկ եթե դուք դեռ չեք հասել ձեր [չհատուցվող գումարի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) շեմին: Սակայն կարող է կիրառվել [համավճար](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) կամ [համաապահովագրություն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance): **[For non-grandfathered plans insert:]** “Օրինակ, այս [ծրագիրն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ապահովագրում է որոշ [կանխարգելիչ ծառայություններ,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care) առանց [ծախսերի բաշխման](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) ու նախքան լրանում է ձեր [չհատուցվող գումարը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible): Տեսեք ապահովագրված [կանխարգելիչ ծառայությունների](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care) ցանկը <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/> կայքում:  [NO:] Դուք պետք է հասնեք ձեր [չհատուցվող գումարի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) շեմին, նախքան [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) կվճարի որևէ ծառայության համար: |
| **Կա՞ն արդյոք այլ** [**չհատուցվող գումարներ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **հատուկ ծառայությունների համար:** |  | [YES:] Դուք պետք է վճարեք այս ծառայությունների բոլոր արժեքները մինչև հատուկ [չհատուցվող գումարին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) հասնելը, նախքան այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) կսկսի վճարել այս ծառայությունների համար:  [NO:] Հարկավոր չէ հասնել [չհատուցվող գումարների](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) շեմին հատուկ ծառայությունների համար: |
| **Ինչքա՞ն է** [**գրպանից վճարվող սահմանափակումն**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) **այս** [**ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **համար:** | **$** | [YES:] [Գրպանից վճարվող սահմանափակումն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) այն առավելագույն գումարն է, որը կարող եք վճարել ապահովագրված ծառայությունների համար մեկ տարում: **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded MOOP:]** Եթե այս [ծրագրում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ընդգրկված են ձեր ընտանիքի այլ անդամներ, ապա նրանք պետք է հասնեն իրենց անհատական [գրպանից վճարվող սահմանափակմանը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit), մինչև որ լրանա ընտանիքի ընդհանուր [գրպանից վճարվող սահմանափակումը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit): **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]**Եթե այս [ծրագրում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ընդգրկված են ձեր ընտանիքի այլ անդամներ, ապա պետք է լրանա ընտանիքի ընդհանուր [գրպանից վճարվող սահմանափակումը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit):  [NO:] Այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) չունի ձեր ծախսերի՝ [գրպանից վճարվող սահմանափակում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit): |
| **Ի՞նչ չի ընդգրկվում** [**գրպանից վճարվող սահմանափակման**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) **մեջ:** |  | [YES:] Չնայած նրան, որ դուք վճարում եք այս ծախսերը, դրանք չեն հաշվարկվում որպես [գրպանից վճարվող սահմանափակման](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) մաս:  [NO:] Այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) չունի ձեր ծախսերի՝ [գրպանից վճարվող սահմանափակում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit): |
| **Դուք արդյո՞ք ավելի քիչ կվճարեք, եթե օգտվեք** [**ցանցի մատակարարից**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)**:** |  | [YES:] **[If simple network:]** Այս [ծրագիրն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) օգտագործում է [մատակարարների](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [ցանց](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network): Դուք ավելի քիչ կվճարեք, եթե օգտվեք ծրագրի [ցանցի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network) [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider): Դուք ամենաշատն եք վճարելու, եթե օգտվեք [ցանցից դուրս մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider), և հնարավոր է, որ դուք հաշիվ ստանաք [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) այն տարբերության համար, որը գանձում է մատակարարն ու որը վճարում է ձեր [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ([մնացորդի գանձում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing)): Իմացեք, որ ձեր [ցանցի մատակարարը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider) կարող է օգտվել [ցանցից դուրս մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider) որոշ ծառայությունների համար (օրինակ՝ լաբորատոր անալիզներ): Ճշտեք դա ձեր [մատակարարի հետ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider), նախքան ծառայությունների ստացումը:  **[If tiered network:]** Դուք ամենաքիչն էք վճարում, եթե օգտվում եք [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [insert tier name]-ում: Դուք ավելի շատ եք վճարում, եթե օգտվում եք [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [insert tier name]-ում: Դուք ամենաշատն եք վճարելու, եթե օգտվեք [ցանցից դուրս մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider), և հնարավոր է, որ դուք հաշիվ ստանաք [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) այն տարբերության համար, որը գանձում է [մատակարարն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) ու որը վճարում է ձեր [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ([մնացորդի գանձում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing)): Իմացեք, որ ձեր [ցանցի մատակարարը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider) կարող է օգտվել [ցանցից դուրս մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider) որոշ ծառայությունների համար (օրինակ՝ լաբորատոր անալիզներ): Ճշտեք դա ձեր [մատակարարի հետ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider), նախքան ծառայությունների ստացումը:  [NO:] Այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) չի օգտագործում [մատակարարների](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [ցանց](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network): Դուք կարող եք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ցանկացած [մատակարարից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider): |
| **Ձեզ արդյո՞ք անհրաժեշտ է** [**ուղեգիր**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)[**մասնագետի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) **այցելելու համար:** |  | [YES:] Այս [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) կվճարի ապահովագրված ծառայություններ ստանալու նպատակով [մասնագետի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) այցելության ծախսերի մի մասը կամ ամբողջ գումարը, միայն եթե դուք [ուղեգիր](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral) եք ստացել, նախքան [մասնագետին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) այցելելը:  [NO:] Դուք կարող եք այցելել ձեր ընտրած [մասնագետին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) առանց [ուղեգրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral): |

| **Exclamation** | Այս աղյուսակում նշված [**համավճարի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) ու [**համաապահովագրության**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) բոլոր ծախսերը ցույց են տրված ձեր [**չհատուցվող գումարի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) շեմին հասնելուց հետո, եթե կիրառվում է [**չհատուցվող գումար**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible): [include only if plan has deductible] |
| --- | --- |

| **Տարածված բժշկական վիճակ** | **Ձեզ անհրաժեշտ հնարավոր ծառայություններ** | **Ինչ եք դուք վճարելու** | | **Սահմանափակումներ, բացառություններ և այլ կարևոր տեղեկություններ** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[Ցանցի] Մատակարար (Դուք ամենաքիչն եք վճարում)** | **[Ցանցից դուրս] Մատարակար (Դուք ամենաշատն եք վճարում)** |
| **Եթե այցելում եք առողջապահական խնամքի** [**մատակարարի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) **գրասենյակ կամ կլինիկա** | Առաջնային խնամքի այց՝ վնասվածք կամ հիվանդություն բուժելու նպատակով |  |  |  |
| [Մասնագետի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) այց |  |  |  |
| [Կանխարգելման խնամք](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[զննում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/պատվաստում |  |  |  |
| **Եթե ստուգում եք անցնում** | [Ախտորոշիչ ստուգում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (ռենտգեն, արյան անալիզ) |  |  |  |
| Պատկերում (CT/PET սկաններ,  MRI-ներ) |  |  |  |
| **Եթե ձեզ դեղորայք է հարկավոր ձեր հիվանդությունը կամ վիճակը բուժելու համար**  Լրացուցիչ տեղեկությունը [**դեղատոմսով դեղերի ապահովագրման**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage) մասին մատչելի է www.[insert].com կայքում | Ընդհանուր (ջեներիկ) դեղեր |  |  |  |
| Նախընտրելի ապրանքանշային դեղեր |  |  |  |
| Ոչ նախընտրելի ապրանքանշային դեղեր |  |  |  |
| [Հատուկ դեղեր](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **Եթե ամբուլատոր վիրահատություն ունեք** | Հիմնարկության վարձ (օրինակ՝ ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն) |  |  |  |
| Բժշկի/վիրաբույժի վարձեր |  |  |  |
| **Եթե ձեզ անհապաղ բժշկական ուշադրություն է հարկավոր** | [Շտապ օգնության սենյակի խնամք](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [Շտապ օգնության բժշկական փոխադրում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [Հրատապ խնամք](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **Եթե հիվանդանոց եք պառկում** | Հիմնարկության վարձ (օրինակ՝ հիվանդանոցի պալատ) |  |  |  |
| Բժշկի/վիրաբույժի վարձեր |  |  |  |
| **Եթե ձեզ անհրաժեշտ են հոգեկան առողջության, վարքագծային առողջության կամ թմրանյութերի չարաշահման ծառայություններ** | Ամբուլատոր ծառայություններ |  |  |  |
| Ստացիոնար ծառայություններ |  |  |  |
| **Եթե հղի եք** | Գրասենյակի այցեր |  |  |  |
| Ծննդաբերության մասնագիտական ծառայություններ |  |  |  |
| Ծննդաբերության հիմնարկության ծառայություններ |  |  |  |
| **Եթե ձեզ ապաքինման աջակցություն է հարկավոր կամ ունեք հատուկ առողջական կարիքներ** | [Տնային առողջապահական խնամք](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [Վերականգնման ծառայություններ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [Ունակությունների զարգացման ծառայություններ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [Հմուտ բուժքույրական խնամք](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [Տևական օգտագործման բժշկական սարքավորում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [Հոսփիսային ծառայություններ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **Եթե ձեր երեխային անհրաժեշտ է ատամնաբուժական կամ տեսողության խնամք** | Երեխաների տեսողության ստուգում |  |  |  |
| Երեխաների ակնոցներ |  |  |  |
| Երեխաների ատամնաբուժական ստուգում |  |  |  |

**Բացառված ծառայություններ և այլ ապահովագրված ծառայություններ.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ծառայություններ, որոնք ձեր** [**ծրագիրը**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **սովորաբար ՉԻ ապահովագրում (ստուգեք ձեր ապահովագրությունը կամ ծրագրի փաստաթուղթը լրացուցիչ տեղեկությունների և որևէ այլ** [**բացառված ծառայությունների**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services) **ցուցակին ծանոթանալու 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Այլ ապահովագրված ծառայություններ (այս ծառայություններին կարող են սահմանափակումներ կիրառվել: Սա ամբողջական ցուցակը չէ: Խնդրում ենք կարդալ ձեր** [**ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **փաստաթուղթը):** | | |
| * Ասեղնաբուժություն | * Բարիատրիկ վիրահատություն | * Քաշի կորստի ծրագրեր |

**Ապահովագրման շարունակության ձեր իրավունքները.** կան գործակալություններ, որոնք կարող են օգնել ձեզ, եթե ցանկանում եք շարունակել ձեր ապահովագրումը դրա ավարտից հետո: Այս գործակալությունների կոնտակտային տվյալներն են՝ [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]: Ձեզ համար կարող են մատչելի լինել ապահովագրման այլ տարբերակներ, ներառյալ անհատական ապահովագրության գնումը Առողջապահական ապահովագրության [շուկայից](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace): [Շուկայի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) մասին մանրամասների համար այցելեք [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) կայքը կամ զանգահարեք 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով:

**Գանգատվելու և բողոքարկելու ձեր իրավունքները.**  կան գործակալություններ, որոնք կարող են օգնել ձեզ, եթե բողոք ունեք ձեր [ծրագրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) դեմ [հայցի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) մերժման պատճառով: Այս բողոքը կոչվում է [գանգատ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) կամ [բողոքարկում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal): Ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություների համար կարդացեք այդ բժշկական [հայցի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) հետ ստացված նպաստների բացատրությունը: Ձեր [ծրագրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) փաստաթղթերը նաև ամբողջական տեղեկատվություն են պարունակում [հայց](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim), [բողոքարկում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal) կամ [գանգատ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) ներկայացնելու մասին ձեր [ծրագրին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ցանկացած պատճառով: Ձեր իրավունքների, այս ծանուցման մասին լրացուցիչ տեղեկություների կամ օգնության համար դիմեք՝ [insert applicable contact information from instructions]:

**Այս ծրագիրն արդյո՞ք տրամադրում է Նվազագույն առաջին անհրաժեշտության ապահովագրում: [Այո/Ոչ]**

Եթե դուք մի ամսվա ընթացքում չունեք [Նվազագույն առաջին անհրաժեշտության ապահովագրում](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage), դուք պետք է վճարում կատարեք, երբ հանձնում եք ձեր եկամտահարկը, եթե իհարկե չեք որակավորվում այդ պայմանի բացառության համար, որը պահանջում է որ դուք առողջապահական ապահովագրում ունենաք այդ ամսվա համար:

**Այս ծրագիրն արդյո՞ք համապատասխանում է Նվազագույն արժեքի չափանիշներին: [Այո/Ոչ]**

Եթե ձեր [ծրագիրը](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) չի համապատասխանում [Նվազագույն արժեքի չափանիշներին](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard), ապա հնարավոր է, որ դուք որակավորվեք [պրեմիում հարկային վարկի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits) համար, որը կօգնի ձեզ վճարել [ծրագրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) համար [Շուկայական հրապարակի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) միջոցով:

**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, kwiijigo holne’ [insert telephone number].]

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

Exclamation

**Սա արժեքի գնահատում չէ:** Ցուցադրված բուժումները միայն օրինակներ են առ այն, թե ինչպես կարող է այս [ծրագիրն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ապահովագրել բժշկական խնամքը: Ձեր իրական արժեքները տարբեր են լինելու՝ կախված ձեր ստացած իրական խնամքից, ձեր [մատակարարի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) գներից ու շատ այլ գործոններից: Կենտրոնացեք [ծրագրի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) [ծախսերի բաշխման](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) գումարների վրա ([չհատուցվող գումարներ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [համավճարներ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) ու [համաապահովագրություն](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)) և [բացառված ծառայություններ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services) վրա: Օգտվեք այս տվյալներից համեմատելու համար ծախսերի բաժինը, որը հնարավոր է, որ վճարեք այլ առողջապահական [ծրագրերի](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) ներքո: Խնդրում եք հաշվի առնել, որ այս ապահովագրման օրինակները հիմնված են միայն սեփական անձի ապահովագրման վրա:

**Ապահովագրման այս օրինակների մասին.**

**Փեգը երեխա է ունենալու**(9 ամիս նախածննդային խնամք ցանցի ներսում ու ծննդաբերություն հիվանդանոցում)

◼[**Ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **ընդհանուր** [**չհատուցվող գումարն է**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)  **$**

◼ [**Մասնագետ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ծախսերի բաշխում]* $**

◼ **Հիվանդանոց (հիմնարկություն) *[ծախսերի բաշխում]* %**

◼ **Այլ *[ծախսերի բաշխում]* %**

**Այս ՕՐԻՆԱԿ ծառայող իրադարձությունը ներառում է այսպիսի ծառայություններ՝**

Մասնագետի գրասենյակի այցեր (*նախածննդյան խնամք)*

Ծննդաբերության մասնագիտական ծառայություններ

Ծննդաբերության հիմնարկության ծառայություններ

Ախտորոշիչ ստուգումներ (*ուլտրաձայն և արյան անալիզ)*

Մասնագետի այց *(անզգայացում)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Օրինակի ընդհանուր արժեք** | **$** |

**Այս օրինակում Փեգը կվճարի՝**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ծախսերի բաշխում* | |
| Չհատուցվող գումարներ | $ |
| Համավճարներ | $ |
| Համաապահովագրություն | $ |
| *Ինչը չի ապահովագրվում* | |
| Սահմանափակումներ կամ բացառություններ | $ |
| **Փեգի վճարած ընդհանուր գումարը՝** | **$** |

**Ջոյի 2-րդ տեսակի շաքարախտի վերահսկում**(լավ վերահսկվող վիճակի մեկ տարվա սովորական   
խնամք ցանցի ներսում)

◼[**Ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **ընդհանուր** [**չհատուցվող գումարն է**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)  **$**

◼ [**Մասնագետ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ծախսերի բաշխում]* $**

◼ **Հիվանդանոց (հիմնարկություն) *[ծախսերի բաշխում]* %**

◼ **Այլ *[ծախսերի բաշխում]* %**

**Այս ՕՐԻՆԱԿ ծառայող իրադարձությունը ներառում է այսպիսի ծառայություններ՝**

Առաջնային խնամքի բժշկի գրասենյակի այցեր (*այդ թվում՝ հիվանդության մասին կրթություն)*

*Ախտորոշիչ ստուգումներ*  (արյան անալիզ)

Դեղատոմսով դեղեր

Տևական օգտագործման բժշկական սարքավորում *(գլյուկոզայի չափիչ)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Օրինակի ընդհանուր արժեք** | **$**  **Ծրագիրը պատասխանատու կլինի այս ՕՐԻՆԱԿԻ ապահովագրված ծառայությունների այլ ծախսերի համար:** |

**Այս օրինակում Ջոյին կվճարի՝**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ծախսերի բաշխում* | |
| Չհատուցվող գումարներ | $ |
| Համավճարներ | $ |
| Համաապահովագրություն | $ |
| *Ինչը չի ապահովագրվում* | |
| Սահմանափակումներ կամ բացառություններ | $ |
| **Ջոյի վճարած ընդհանուր գումարը՝** | **$** |

**Միայի պարզ կոտրվածքը**(ցանցում գործող շտապ օգնության սենյակի   
այց ու հետևողական խնամք)

◼[**Ծրագրի**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **ընդհանուր** [**չհատուցվող գումարն է**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)  **$**

◼ [**Մասնագետ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ծախսերի բաշխում]* $**

◼ **Հիվանդանոց (հիմնարկություն) *[ծախսերի բաշխում]* %**

◼ **Այլ *[ծախսերի բաշխում]* %**

**Այս ՕՐԻՆԱԿ ծառայող իրադարձությունը ներառում է այսպիսի ծառայություններ՝**

Շտապ օգնության սենյակ *(այդ թվում՝ բժշկական պաշարներ)*

Ախտորոշիչ ստուգում *(ռենտգեն)*

Տևական օգտագործման բժշկական սարքավորում *(հենակներ)*

Վերականգնման ծառայություններ *(ֆիզիկական թերապիա)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Օրինակի ընդհանուր արժեք** | **$** |

**Այս օրինակում Միան կվճարի՝**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ծախսերի բաշխում* | |
| Չհատուցվող գումարներ | $ |
| Համավճարներ | $ |
| Համաապահովագրություն | $ |
| *Ինչը չի ապահովագրվում* | |
| Սահմանափակումներ կամ բացառություններ | $ |
| **Միայի վճարած ընդհանուր գումարը՝** | **$** |