|  |
| --- |
| **Документ «Краткое изложение льгот и страхового покрытия» (SBC) поможет вам выбрать [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) медицинского страхования. В SBC описан порядок распределения оплаты за покрываемое страховкой медицинское обслуживание между вами и [планом](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan). ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) (называемой [страховой премией](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22premium)) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22allowed-amount), [выставление счета по оплате остаточного баланса](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [сострахование](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [доплата](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [нестрахуемый минимум](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [поставщик](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider), и других подчеркнутых терминов см. в глоссарии. Ознакомиться с глоссарием можно на веб-сайте 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 для получения более подробной информации или получения копии вашего [plan’s summary plan description / policy documents].**]** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Важные вопросы** | **Ответы** | **Почему это важно** |
| **Что такое [нестрахуемый минимум](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)?** | **$** | [YES:] Обычно вы должны оплачивать все расходы на услуги [поставщиков](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) до достижения [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible), прежде чем ваши счета начнет оплачивать [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan). **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]** Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan), каждый из них должен достичь своего индивидуального [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible) так, чтобы общая сумма [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible), выплаченная всеми членами семьи, достигла суммы [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), определенного для семьи. **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]** Если какие-либо члены вашей семьи имеют страховое свидетельство, необходимо достичь общего [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible) на семью, прежде чем ваши счета начнет оплачивать [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan).[NO:] Стоимость услуг, покрываемых данным [планом](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan), приведена в таблице стандартных медицинских явлений ниже. |
| **Есть ли услуги, стоимость которых покрывается до достижения [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)?** | **$** | [YES:] Этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) покрывает стоимость некоторых товаров и услуг, даже если вы еще не достигли [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible). Но в этом случае могут применяться [доплаты](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22copayment) или [сострахование](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22coinsurance). **[For non-grandfathered plans insert:]** Например, этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) покрывает стоимость определенных [профилактических услуг](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22preventive-care) без вашего [участия в затратах](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22cost-sharing) и до достижения вами [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible). Список покрываемых [профилактических услуг](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22preventive-care) см. на веб-сайте <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.[NO:] Вы должны достичь [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible), прежде чем [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) начнет платить за какие-либо услуги. |
| **Имеются ли другие [нестрахуемые минимумы](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible) для специализированных услуг?** |  | [YES:] Вы должны оплачивать полную стоимость этих услуг до достижения определенного [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible), прежде чем этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) начнет оплачивать эти услуги.[NO:] Для специализированных услуг достижение [нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible) не требуется. |
| **Что представляет собой [лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) для этого [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan)?** | **$** | [YES:] [Лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) — это максимальная сумма, которую вы можете выплачивать в год за покрываемые услуги. **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded MOOP:]** Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками этого [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan), они должны достичь своего [лимита наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) до достижения общего [лимита наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) на семью. **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]** Если какие-либо члены вашей семьи также являются участниками этого [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan), должен быть достигнут общий [лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) на семью.[NO:] В этом [плане](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) не предусмотрен [лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) для ваших затрат. |
| **Что не входит в[лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit)?** |  | [YES:] Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете [лимита наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit).[NO:] В этом [плане](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) не предусмотрен [лимит наличных расходов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-pocket-limit) для ваших затрат. |
| **Будете ли вы платить меньше при обращении к [поставщику, входящему в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22network-provider)?** |  | [YES:] **[If simple network:]** Этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) имеет [сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider)[поставщиков](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network). Вы будете платить меньше, если будете пользоваться услугами [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider), входящего в [сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22network) плана. При обращении к [поставщику, не входящему в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-network-provider), вы будете платить больше и можете получить от [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) счет на оплату разницы между стоимостью услуг поставщика и суммой, которую оплачивает [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) ([выставление счета по оплате остаточного баланса](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22balance-billing)). Имейте ввиду, что ваш [поставщик, входящий в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22network-provider), может обратиться к [поставщику, не входящему в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-network-provider), для предоставления некоторых видов услуг (например, для проведения лабораторных анализов). Узнайте об этом у своего [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) перед получением услуг.**[If tiered network:]** Вы платите меньше при обращении к [поставщику](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider), входящему в [insert tier name]. Вы платите больше при обращении к [поставщику](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider), входящему в [insert tier name]. При обращении к [поставщику, не входящему в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-network-provider), вы будете платить больше и можете получить от [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) счет на оплату разницы между стоимостью услуг [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) и суммой, которую оплачивает [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) ([выставление счета по оплате остаточного баланса](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22balance-billing)). Имейте ввиду, что ваш [поставщик, входящий в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22network-provider), может обратиться к [поставщику, не входящему в сеть](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22out-of-network-provider), для предоставления некоторых видов услуг (например, для проведения лабораторных анализов). Узнайте об этом у своего [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) перед получением услуг.[NO:] Этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) не имеет [сети](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider)[поставщиков](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network). Вы можете получать покрываемые услуги у любого [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider). |
| **Необходимо ли [направление](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22referral) для обращения к [специалисту](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22specialist)?** |  | [YES:] Этот [план](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) оплатит часть или полную стоимость приема у [специалиста](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22specialist), совершенного для получения покрываемых услуг, но только в том случае, если перед визитом к [специалисту](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22specialist) вы получите [направление](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22referral).[NO:] Вы можете посещать любого выбранного вами [специалиста](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22specialist) без [направления](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22referral). |

| **Exclamation** | Все **[доплаты](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22copayment)** и **[сострахование](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22coinsurance)**, приведенные в этой таблице, применяются после достижения вами **[нестрахуемого минимума](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)**, если в плане предусмотрен **[нестрахуемый минимум](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22deductible)**. [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 [поставщика](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22provider) медицинских услуг** | Прием у основного лечащего врача для лечения травмы или заболевания |  |  |  |
| Прием у [специалиста](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22specialist) |  |  |  |
| [Профилактический осмотр](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[скрининг](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/вакцинация |  |  |  |
| **Проведение обследований** | [Диагностическое обследование](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (рентген, анализ крови) |  |  |  |
| Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)  |  |  |  |
| **Если вам необходимы препараты для лечения заболевания**Более подробную информацию о **[покрытии стоимости рецептурных препаратов](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22prescription-drug-coverage)** см. на веб-сайте www.[insert].com. | Патентованные препараты |  |  |  |
| Предпочтительные брендовые препараты |  |  |  |
| Непредпочтительные брендовые препараты |  |  |  |
| [Препараты особой категории](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **Амбулаторная хирургическая процедура** | Оплата услуг больницы (например, центра амбулаторной хирургии) |  |  |  |
| Оплата услуг врача/хирурга |  |  |  |
| **Необходимость неотложной медицинской помощи** | [Прием в отделении реанимации](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [Транспортировка на карете скорой помощи](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [Прием в пункте неотложной помощи](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **Госпитализация** | Оплата услуг больницы (например, за больничную палату) |  |  |  |
| Оплата услуг врача/хирурга |  |  |  |
| **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** | [Медицинская помощь на дому](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [Реабилитационные услуги](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [Услуги по адаптации](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [Профессиональный сестринский уход](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [Медицинское оборудование длительного пользования](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [Услуги хосписа](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) (более подробную информацию и список иных [исключенных услуг](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22excluded-services) см. в вашем страховом свидетельстве или документах по плану страхования.)** |
| * Услуги мануального терапевта
* Косметическая хирургия
* Стоматологическое лечение (для взрослых)
* Слуховые аппараты
 | * Лечение бесплодия
* Долговременный медицинский уход
* Неэкстренная медицинская помощь при путешествиях за пределами США
 | * Услуги персональной медсестры
* Плановые офтальмологические осмотры (для взрослых)
* Плановый осмотр у подолога
 |

|  |
| --- |
| **Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения; список является неполным; см. ваши документы по [плану](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) 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. Контактнаяинформацияэтихорганизаций: [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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22marketplace) медицинского страхования. Для получения более подробной информации о [рынке](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22marketplace) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) в отношении отклонения вашего [заявления](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22claim). Такая жалоба называется [претензией](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22grievance) или [апелляцией](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22appeal). Подробную информацию о ваших правах см. в объяснении льгот, которое вы получите в ответ на ваше [заявление](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22claim) о выплате страхового возмещения. Также в документах по вашему [плану](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) содержится полная информация о подаче [жалобы](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22claim), [апелляции](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal) или [претензии](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) в отношении вашего [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22minimum-essential-coverage), 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) не отвечает [стандартам по минимальной стоимости](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22minimum-value-standard), вы можете иметь право на получение [налоговой льготы на страховую премию](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22premium-tax-credits), которая поможет вам оплатить стоимость [плана](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22plan) на [рынке](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/%22%20%5Cl%20%22marketplace).

**Переводческиеуслуги**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [inserttelephonenumber].]

[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’ohwolninisingo, kwiijigoholne’ [insert telephone number].]

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



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

**О примерах страхового покрытия**

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

◼ **Общая сумма** [**нестрахуемого минимума**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**, предусмотренная** [**планом**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼[**Услуги специалиста**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[доля вашего участия в затратах]* $**

◼ **Услуги больницы (медицинского учреждения) *[доля вашего участияв 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)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Общие расходы в этом случае** | **$** |

**В этом примере Пэг будет платить**

|  |
| --- |
| *Доля участия в затратах* |
| Нестрахуемый минимум | $ |
| Доплаты | $ |
| Сострахование | $ |
| *Непокрываемые услуги* |
| Ограничения или исключения | $ |
| **Общая сумма расходов Пэг** | **$** |

**Контроль диабета 2-го типа у Джо**(год планового обслуживания у поставщиков, входящих в сеть, по поводу хорошо контролируемого состояния)

◼ **Общая сумма** [**нестрахуемого минимума**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**, предусмотренная** [**планом**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**Услуги специалиста**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[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)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Общие расходы в этом случае** | **$****План будет нести ответственность за другие расходы на покрываемые услуги в этом ПРИМЕРЕ.** |

**В этом примере Джо будет платить**

|  |
| --- |
| *Доля участия в затратах* |
| Нестрахуемый минимум | $ |
| Доплаты | $ |
| Сострахование | $ |
| *Непокрываемые услуги* |
| Ограничения или исключения | $ |
| **Общая сумма расходов Джо** | **$** |

**Неосложненный перелом у Мии**(посещение отделения неотложной
помощи, входящего в сеть,
и последующее наблюдение)

◼ **Общая сумма** [**нестрахуемого минимума**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**, предусмотренная** [**планом**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**Услуги специалиста**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[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)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Общие расходы в этом случае** | **$** |

**В этом примере Миа будет платить**

|  |
| --- |
| *Доля участия в затратах* |
| Нестрахуемый минимум | $ |
| Доплаты | $ |
| Сострахование | $ |
| *Непокрываемые услуги* |
| Ограничения или исключения | $ |
| **Общая сумма расходов Мии** | **$** |