



Документ «Стисла інформація про пільги та покриття» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) допоможе вам вибрати план медичного [страхування](#). У SBC показано, як між вами та [планом](#) будуть розділені витрати на медичні послуги, що покриваються. **ЗВЕРНІТЬ УВАГУ.** Інформація про вартість цього [плану](#) (тобто [розмір страхових внесків](#)) буде надана окремо. Це тільки стисла інформація. Щоб дізнатися більш докладну інформацію про ваше покриття або отримати копію всіх умов покриття, звертайтеся до [insert contact information]. Загальні визначення загальноживаних термінів, як-от [допустима сума](#), [виставлення рахунку пацієнту з оплати залишкового балансу](#), [співстрахування](#), [додаткова плата](#), [франшиза](#), [постачальник послуг](#) або інші підкреслені терміни, див. в Глосарії. Переглянути Глосарій можна на [www.\[insert\].com](#) або зателефонувавши за номером 1-800-[insert] для замовлення друкованої копії.

| Важливі запитання  | Відповіді | Чому це важливо: |
|--|-----------|------------------|
| Що таке загальна <a href="#">франшиза</a> ?  | \$        |                  |
| Чи покриваються якісь послуги до повного погашення <a href="#">франшизи</a> ?                          |           |                  |
| Чи є інші <a href="#">франшизи</a> для певних послуг?  | \$        |                  |
| Який <a href="#">ліміт витрат зі своєї кишені</a> для цього <a href="#">плану</a> ?                    | \$        |                  |
| Що не входить у <a href="#">ліміт витрат зі своєї кишені</a> ?   |           |                  |
| Чи будете ви платити менше, якщо користуватиметея послугами <a href="#">мережевого постачальника</a> ? |           |                  |
| Чи потрібне вам <a href="#">направлення до спеціаліста</a> ?   |           |                  |



Усі наведені в цій таблиці витрати на [додаткову плату](#) та [співстрахування](#) нараховуються після погашення вашої [франшизи](#), якщо ця [франшиза](#) застосовується.

| Часте медичне явище   | Послуги, які вам можуть знадобитися   | Сума, яку ви заплатите                                  |   | Обмеження, винятки та інша важлива інформація |
|---|---|---|---|---|
|   |   | Мережевий постачальник послуг (ви платитимете найменше) | Постачальник послуг поза межами мережі (ви платитимете найбільше) |   |
| Якщо ви прийшли на візит до кабінету або клініки <a href="#">постачальника послуг</a>   | Візит для отримання первинної медичної допомоги для лікування травми або захворювання |   |   |   |
|   | Візит до <a href="#">спеціаліста</a>  |   |   |   |
|   | <a href="#">Профілактика</a> / <a href="#">скринінг</a> / вакцинація                  |   |   |   |
| Якщо ви пройшли обстеження  | <a href="#">Діагностичне обстеження</a> (рентгенологічне обстеження, аналіз крові)    |   |   |   |
|   | Візуалізаційне обстеження (КТ/ПЕТ, МРТ)   |   |   |   |
| Якщо вам потрібні лікарські засоби для лікування вашого захворювання чи стану<br>Більше інформації про <a href="#">страхове покриття рецептурних лікарських препаратів</a> є на вебсайті <a href="#">www.[insert].com</a> | Непатентовані лікарські препарати   |   |   |   |
|   | Пріоритетні патентовані лікарські препарати   |   |   |   |
|   | Непріоритетні патентовані лікарські препарати   |   |   |   |
|   | <a href="#">Лікарські препарати особливого переліку</a>                               |   |   |   |
| Якщо вам зробили хірургічну операцію в амбулаторних умовах  | Плата за послуги установи (наприклад, центру амбулаторної хірургії)                   |   |   |   |
|   | Оплата послуг лікаря / хірурга  |   |   |   |
| Якщо вам потрібна невідкладна медична допомога  | <a href="#">Лікування у відділенні невідкладної допомоги</a>                          |   |   |   |
|   | <a href="#">Екстрене медичне транспортування</a>                                      |   |   |   |
|   | <a href="#">Невідкладна допомога</a>  |   |   |   |
| Якщо вас шпиталізували  | Плата за послуги установи (наприклад, за користування палатою)                        |   |   |   |
|   | Оплата послуг лікаря / хірурга  |   |   |   |
| Якщо вам потрібні   | Амбулаторні послуги   |   |   |   |

[\* Більш детальну інформацію про обмеження та винятки наведено в [плані](#) або документації полісу на сторінці [\[www.insert.com\]](#).]

| Часте медичне явище  | Послуги, які вам можуть знадобитися                       | Сума, яку ви заплатите                                  |   | Обмеження, винятки та інша важлива інформація |
|--|---|---|---|---|
|  |   | Мережевий постачальник послуг (ви платитимете найменше) | Постачальник послуг поза межами мережі (ви платитимете найбільше) |   |
| послуги в галузі психічного здоров'я, поведінкового здоров'я або зловживання психоактивними речовинами | Послуги стаціонару  |   |   |   |
| Якщо ви вагітні  | Візити до кабінету лікаря                                 |   |   |   |
|  | Послуги фахівців під час пологів / розродження            |   |   |   |
|  | Послуги пологового центру                                 |   |   |   |
| Якщо вам потрібна допомога в одужанні від захворювання або у вас є інші особливі медичні потреби       | <a href="#">Медично-соціальна допомога на дому</a>        |   |   |   |
|  | <a href="#">Реабілітаційні послуги</a>                    |   |   |   |
|  | <a href="#">Послуги абілітації</a>                        |   |   |   |
|  | <a href="#">Кваліфікований сестринський догляд</a>        |   |   |   |
|  | <a href="#">Медичне обладнання тривалого користування</a> |   |   |   |
| Якщо вашій дитині потрібна стоматологічна або офтальмологічна допомога                                 | Перевірка зору в дитини                                   |   |   |   |
|  | Окуляри для дитини  |   |   |   |
|  | Стоматологічний огляд дитини                              |   |   |   |

#### Виключені послуги та інші послуги, що покриваються страхуванням

Послуги, які ваш [план](#) зазвичай НЕ покриває (додаткову інформацію та перелік усіх інших [виключених послуг](#) див. у полісі або документації [плану](#) ).

- 
- 
- 

Інші послуги, що покриваються. (До цих послуг можуть застосовуватися обмеження. Цей перелік не є вичерпним. Перевірте в документації [плану](#) ).

- 
- 
- 

**Ваші права на продовження терміну дії покриття:** є агенції, які можуть надати допомогу, якщо ви хочете продовжити страхове покриття після його закінчення. Контактні дані цих агенцій: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Вам також можуть бути доступні інші варіанти страхового покриття, зокрема купівля індивідуального страхового покриття через [ринок медичного страхування \(Health Insurance Marketplace\)](#). Для отримання додаткової інформації про [ринок медичного страхування](#) перейдіть на вебсайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

**Ваші права на подання скарг та апеляцій:** є агенції, які можуть допомогти, якщо у вас є скарга на [страховий план](#) у зв'язку з відмовою задовольнити

[\* Більш детальну інформацію про обмеження та винятки наведено в [плані](#) або документації полісу на сторінці [www.insert.com].]

[страхову вимогу](#). Така скарга називається [претензією](#) або [апеляцією](#). Для отримання додаткової інформації про свої права прочитайте роз'яснення пілг, які ви отримаєте за цією [страховою вимогою](#). У документації вашого [плану](#) також міститься вичерпна інформація щодо того, як подати [страхову вимогу](#), [апеляцію](#) чи [претензію](#) представникам [свого плану](#) з будь-якої причини. Для отримання додаткової інформації про свої права, це сповіщення або допомогу звертайтеся за адресою: [insert applicable contact information from instructions].

#### **Чи надає цей план мінімальне необхідне покриття? [Yes/No]**

[Мінімальне необхідне покриття](#) зазвичай включає [плани](#), [медичне страхування](#), доступне через [ринок медичного страхування](#) або інші індивідуальні ринкові поліси, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE та деякі інші покриття. Якщо Ви маєте право на певні види [мінімального необхідного покриття](#), Ви не можете мати права на отримання [податкового кредиту на страхові внески](#).

#### **Чи відповідає цей план стандартам мінімальної вартості? [Yes/No/Not Applicable]**

Якщо ваш [план](#) не відповідає [стандартам мінімальної вартості](#), ви можете мати право на отримання [податкового кредиту](#) на страхові внески, щоб зменшити суму, яку ви сплачуєте за користування [планом](#) через [ринок медичного страхування](#).

#### **Послуги перекладу**

[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, kwijijigo holne' [insert telephone number].]

*Приклади того, як цей [план](#) може покрити витрати в разі конкретної медичної ситуації, наведені в наступному розділі.*

**Заява про розкриття інформації PRA:** відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу (Paperwork Reduction Act) від 1995 р. ніхто не зобов'язаний відповідати на запит збору інформації, якщо вона не містить дійсний контрольний номер Адміністративно-бюджетного управління США (Office of Management and Budget, OMB). Дійсний контрольний номер OMB для збору цієї інформації: **0938-1146**. Час, необхідний для виконання збору інформації, оцінюється в середньому в **0,08** години на відповідь, включно із часом на перегляд інструкцій, пошук наявних ресурсів даних, збір необхідних даних, а також виконання та перевірку збору інформації. Якщо у Вас є коментарі щодо точності оцінок часу або пропозиції щодо покращення цієї форми, пишiть на адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Про ці приклади страхового покриття:



**Це не калькулятор витрат.** Наведені приклади лікування просто ілюструють те, як цей [план](#) може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати залежатимуть від конкретних послуг, які ви отримали, ціни, які встановлюють ваші [постачальники послуг](#), і багатьох інших чинників. Приділіть увагу сумам [участі у витратах](#) ([франшизам](#), [додатковій платі](#), [співстрахуванню](#)) та [виключеним послугам](#) за [планом](#). Скористайтеся цією інформацією для порівняння частки витрат, яку, можливо, знадобиться сплатити за різними медичними [планами](#). Зверніть увагу на те, що ці приклади покриття ґрунтуються на персональному страхуванні.

### У Пег народилася дитина

(9 місяців допологового спостереження в мережевого постачальника послуг та пологи в лікарні)

- Загальна [франшиза плану](#), \$
- [Фахівець \[cost sharing\]](#) \$
- Лікарня (установа) [\[cost sharing\]](#) %
- Інше [\[cost sharing\]](#) %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

[Візити](#) до фахівців (*допологове спостереження*)

Послуги фахівців під час пологів / розродження

Послуги пологового центру

[Діагностичні дослідження](#) (*УЗД та аналіз крові*)

[Візит](#) фахівця (*анестезія*)

|  |          |
|--|----------|
| Загальна вартість для цього прикладу становить | \$12 700 |
|--|----------|

У цьому прикладі Пег сплатила б:

| Участь застрахованих у витратах                     |           |
|---|-----------|
| <a href="#">Франшизи</a>                            | \$        |
| <a href="#">Додаткова плата</a>                     | \$        |
| <a href="#">Співстрахування</a>                     | \$        |
| <i>Що не покривається страхуванням</i>              |           |
| Обмеження або виключення                            | \$        |
| <b>Загальна сума, яку сплатила б Пег, становить</b> | <b>\$</b> |

### Лікування цукрового діабету 2-го типу в Джо (рік регулярної медичної допомоги в мережі у випадку добре контролюваного

- Загальна [франшиза плану](#), \$
- [Фахівець \[cost sharing\]](#) \$
- Лікарня (установа) [\[cost sharing\]](#) %
- Інше [\[cost sharing\]](#) %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

Візити до кабінету [лікаря первинної медичної допомоги](#) (*включно з просвітницькою роботою щодо цього захворювання*)

[Діагностичне обстеження](#) (*аналіз крові*)

[Рецептурні лікарські препарати](#)

[Медичне обладнання тривалого користування](#) (*глюкометр*)

|  |         |
|--|---------|
| Загальна вартість для цього прикладу становить | \$5 600 |
|--|---------|

У цьому прикладі Джо б сплатив:

| Участь застрахованих у витратах                     |           |
|---|-----------|
| <a href="#">Франшизи</a>                            | \$        |
| <a href="#">Додаткова плата</a>                     | \$        |
| <a href="#">Співстрахування</a>                     | \$        |
| <i>Що не покривається страхуванням</i>              |           |
| Обмеження або виключення                            | \$        |
| <b>Загальна сума, яку сплатив би Джо, становить</b> | <b>\$</b> |

### Простий перелом у Мії

(візит у відділення невідкладної допомоги та подальше лікування в мережевого постачальника послуг)

- Загальна [франшиза плану](#), \$
- [Фахівець \[cost sharing\]](#) \$
- Лікарня (установа) [\[cost sharing\]](#) %
- Інше [\[cost sharing\]](#) %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.

[Лікування](#) у [відділенні невідкладної допомоги](#) (*рентгенологічне обстеження*)

[Медичне обладнання тривалого користування](#) (*милиці*)

[Реабілітаційні послуги](#) (*фізіотерапія*)

|  |        |
|--|--------|
| Загальна вартість для цього прикладу становить | \$2800 |
|--|--------|

У цьому прикладі Мія сплатила б:

| Участь застрахованих у витратах                     |           |
|---|-----------|
| <a href="#">Франшизи</a>                            | \$        |
| <a href="#">Додаткова плата</a>                     | \$        |
| <a href="#">Співстрахування</a>                     | \$        |
| <i>Що не покривається страхуванням</i>              |           |
| Обмеження або виключення                            | \$        |
| <b>Загальна сума, яку сплатила б Мія, становить</b> | <b>\$</b> |

У цьому ПРИКЛАДІ [план](#) буде оплачувати інші послуги, що покриваються страхуванням.