



С помощью «Краткого описания льгот и страхового покрытия (Summary of Benefits and Coverage, SBC)», Вы сможете выбрать страховой [план](#). В SBC приводится информация о том, как стоимость покрываемых услуг здравоохранения оплачивается Вами и Вашим страховым [планом](#). ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости данного страхового [плана](#) (называемая [страховой премией](#)) будет предоставлена отдельно.

Данный документ содержит всего лишь краткое описание. Чтобы получить дополнительную информацию о Вашем страховом покрытии или копию всех условий покрытия, [insert contact information]. Определения распространенных терминов, таких как [«разрешенная сумма»](#), [«счет на оплату остатка»](#), [«сострахование»](#), [«совместный платеж»](#), [«франшиза»](#), [«поставщик первичных медицинских услуг»](#) и другие подчеркнутые термины можно найти в Глоссарии. Глоссарий можно найти на сайте [www.\[insert\].com](#) или запросив копию по телефону 1-800-[insert].

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно:
Какова сумма общей франшизы ?	\$	
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты франшизы ?		
Существуют ли другие франшизы на отдельные услуги?	\$	
Каков размер максимальной оплаты за счет собственных средств в рамках данного плана ?	\$	
Что не включено в максимальную оплату за счет собственных средств ?		
Будет ли стоимость услуг меньше, если Вы посетите поставщика первичных медицинских услуг, находящегося в сети ?		
Нужно ли направление для посещения специалиста ?		



Все [совместные платежи](#) и [сострахование](#), указанные в данной таблице, вступают в силу после выплаты Вашей [франшизы](#) в случаях, если [франшиза](#) применима.

Распространенное медицинское явление	Услуги, которые могут Вам понадобиться	Что Вам нужно будет заплатить		Ограничения, исключения и прочая важная информация
		Поставщик первичных медицинских услуг, находящийся в сети (Вы заплатите меньше)	Непредпочтительный поставщик услуг (Вы заплатите больше)	
Посещение офиса или поликлиники, где принимает поставщик первичных медицинских услуг	Посещение поставщика первичных медицинских услуг в связи с травмой или заболеванием			
	Посещение специалиста Профилактическое медицинское обслуживание/скрининг/ вакцинация			
Если Вы проходите обследование	Диагностическое обследование (рентген, анализ крови)			
	Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)			
Если Вам нужны медикаменты для лечения заболевания или состояния здоровья Дополнительную информацию о покрытии лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту можно найти на сайте www.[insert].com	Дженерик			
	Утвержденные лекарственные препараты			
	Неутвержденные лекарственные препараты			
	Лекарственные препараты особой категории			
Если Вы нуждаетесь в амбулаторной операции	Расходы на содержание пациента (напр., амбулаторный хирургический центр)			
	Расходы на услуги терапевта/хирурга			
Если Вы нуждаетесь в экстренной медицинской помощи	Услуги отделения скорой помощи			
	Услуги транспорта скорой помощи			
	Неотложная медицинская помощь			
Если Вы нуждаетесь в стационарном лечении	Расходы на содержание пациента (напр., больничная палата)			
	Расходы на услуги терапевта/хирурга			

Распространенное медицинское явление	Услуги, которые могут Вам понадобиться	Что Вам нужно будет заплатить		Ограничения, исключения и прочая важная информация
		Поставщик первичных медицинских услуг, находящийся в сети (Вы заплатите меньше)	Непредпочтительный поставщик услуг (Вы заплатите больше)	
Если Вы нуждаетесь в услугах специалистов психического здоровья, психиатрического здоровья или наркотической зависимости	Амбулаторные услуги			
	Стационарные услуги			
Если Вы беременны	Посещение врача			
	Услуги специалистов при родах			
	Нахождение в медицинском учреждении при родах			
Если Вы нуждаетесь в помощи при восстановлении или у Вас есть другие особые медицинские нужды	Медицинское обслуживание на дому			
	Услуги реабилитации			
	Услуги адаптации			
	Уход профессиональной медсестры			
	Медицинское оборудование длительного пользования			
	Услуги хосписа			
Если Ваш ребенок нуждается в услугах стоматолога или офтальмолога	Проверка зрения у детей			
	Очки для детей			
	Наблюдение ребенка у стоматолога			

Услуги, не входящие в покрытие, и другие покрываемые услуги:

Услуги, которые обычно НЕ покрываются Вашим [планом](#). (Дополнительная информация о данных услугах, а также список прочих [непокрываемых услуг](#) находится в Вашем страховом полисе).

-
-
-

Прочие покрываемые услуги (Могут применяться ограничения к данным услугам. Этот список не полный. Пожалуйста, см. Ваш [страховой полис](#).)

-
-
-

Ваши права на продолжение покрытия: Есть агентства, которые могут Вам помочь в продлении страхового покрытия после того, как оно закончится. Контактная информация данных агентств: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Существуют и другие способы страхования, включая приобретение страхового покрытия через [рынок](#) медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). Дополнительную информацию о [рынке](#) можно найти на сайте www.HealthCare.gov или позвонив по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на обжалование и подачу жалоб. Есть агентства, которые могут Вам помочь, если у Вас есть жалобы по поводу отказа Вашего [плана](#) удовлетворить страховую [претензию](#). Эта процедура называется [жалобой](#) или [обжалованием](#). Дополнительная информация о Ваших правах находится в описании покрытия, которое Вы получите в связи с данной [жалобой](#). В документации Вашего страхового [плана](#) находится вся необходимая информация о подаче [претензии](#), [обжалования](#) или [жалобы](#) на Ваш [план](#) вне зависимости от причины. Контактная информация для получения подробностей о Ваших правах, данном уведомлении или помощи: [insert applicable contact information from instructions].

Предоставляет ли данный план минимально необходимое страховое покрытие? [Да/Нет]

Если у Вас не будет [минимально необходимого страхового покрытия](#) на протяжении месяца, Вам придется заплатить при оформлении налоговой декларации за исключением случаев, когда на Вас распространяется освобождение от требования иметь страховое покрытие на этот месяц.

Отвечает ли этот план требованию о стандартах минимальной стоимости? [Да/Нет]

Если Ваш [план](#) не отвечает требованию о [стандартах минимальной стоимости](#), Вы можете иметь право на [налоговую субсидию на страховую премию](#) для помощи в оплате [плана](#), приобретенного на [рынке](#) медицинского страхования.

Услуги перевода:

[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].]

—————*Чтобы ознакомиться с примерами покрытия услуг в различных медицинских ситуациях этим планом, см. следующий раздел.*—————

Информация об этих примерах покрытия:

Информация об этих примерах покрытия:



Не является расчетом стоимости затрат. Виды лечения, приведенные в качестве примеров, демонстрируют как медицинские услуги могут покрываться данным [планом](#). Ваши реальные расходы будут отличаться в зависимости от вида получаемых услуг, стоимости, установленной их [поставщиками](#), а также многих других факторов. Обратите внимание на суммы [долевого участия в расходах](#) ([франшизу](#), [совместный платеж](#) и [сострахование](#)), а также [услуги, которые не покрываются](#) данным [планом](#). Используйте эту информацию для сравнения части Ваших потенциальных расходов в рамках разных страховых [планов](#). Имейте, пожалуйста, в виду, что данные примеры основаны на покрытии только одного застрахованного лица.

Пег ждет ребенка
(9 месяцев дородового наблюдения и роды в больнице)

- Общая [франшиза плана](#) \$
- [Специалист \[cost sharing\]](#) \$
- [Больница \(учреждение\) \[cost sharing\]](#) %
- Прочее [\[cost sharing\]](#) %

Данный ПРИМЕР включает в себя следующие услуги:

Наблюдение у специалиста (*дородовой уход*)
Услуги специалистов при родах
Нахождение в медицинском учреждении при родах
Диагностическое обследование (*УЗИ и анализ крови*)
Прием у специалиста (*анестезия*)

Общая стоимость в примере	\$
---------------------------	----

В этом примере Пег бы заплатила:

<i>Долевое участие в расходах</i>	
Франшиза	\$
Совместный платеж	\$
Сострахование	\$
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$
Общая сумма, которую бы заплатила Пег	\$

Лечение диабета 2 типа у Джо
(год регулярного ухода за находящимся под контролем заболеванием у поставщиков в сети)

- Общая [франшиза плана](#) \$
- [Специалист \[cost sharing\]](#) \$
- [Больница \(учреждение\) \[cost sharing\]](#) %
- Прочее [\[cost sharing\]](#) %

Данный ПРИМЕР включает в себя следующие услуги:

Наблюдение у поставщика первичных медицинских услуг (*в том числе санитарное просвещение о болезни*)
Диагностическое обследование (*анализ крови*)
Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту
Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

Общая стоимость в примере	\$
---------------------------	----

В этом примере Джо бы заплатил:

<i>Долевое участие в расходах</i>	
Франшиза	\$
Совместный платеж	\$
Сострахование	\$
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$
Общая сумма, которую бы заплатил Джо	\$

Закрытый перелом у Мии
(посещение пункта скорой помощи, находящегося в сети, и последующий уход)

- Общая [франшиза плана](#) \$
- [Специалист \[cost sharing\]](#) \$
- [Больница \(учреждение\) \[cost sharing\]](#) %
- Поочее [\[cost sharing\]](#) %

Данный ПРИМЕР, включает в себя следующие услуги:

Услуги пункта скорой помощи (*в том числе медицинские препараты*)
Диагностическое обследование (*рентген*)
Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)
Реабилитационные услуги (*физиотерапия*)

Общая стоимость в примере	\$
---------------------------	----

В этом примере Миа бы заплатила:

<i>Долевое участие в расходах</i>	
Франшиза	\$
Совместный платеж	\$
Сострахование	\$
<i>Непокрываемые услуги</i>	
Ограничения или исключения	\$
Общая сумма, которую бы заплатила Миа	\$