



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, в каком соотношении 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, обращайтесь: [insert contact information]. Определения распространенных терминов, таких как [«разрешенная сумма»](#), [«счет на оплату остатка»](#), [«совместное страхование»](#), [«совместный платеж»](#), [«франшиза»](#), [«поставщик услуг»](#) и другие [подчеркнутые термины](#) можно найти в Глоссарии. Глоссарий можно найти на сайте [www.\[insert\].com](#) или запросить 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 ?		
Есть ли другие франшизы на отдельные услуги?	\$	
Каков размер максимальной оплаты за счет собственных средств в рамках данного плана ?	\$	
Что не входит в максимальную оплату за счет собственных средств ?		
Будет ли стоимость услуг меньше, если вы обратитесь к поставщику услуг, входящему в сеть ?		
Нужно ли направление для посещения специалиста ?		



Все расходы в рамках [совместных платежей](#) и [совместного страхования](#), 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 услуг, входящий в сеть (Вы заплатите меньше.)	Поставщик услуг, не входящий в сеть (Вы заплатите больше.)	
Посещение кабинета или клиники, где принимают сотрудники поставщика 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 (рентгенологическое обследование, анализ крови)			
	Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)			
Если вам нужны лекарственные препараты для лечения заболевания/состояния Дополнительную информацию о покрытии лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту можно найти на сайте www.[insert].com	Непатентованные лекарственные препараты			
	Утвержденные лекарственные препараты			
	Неутвержденные патентованные 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 услуг, входящий в сеть (Вы заплатите меньше.)	Поставщик услуг, не входящий в сеть (Вы заплатите больше.)	
Если вы нуждаетесь в услугах специалистов по психическому здоровью, поведенческому здоровью или злоупотреблению запрещенными веществами	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 выздоровлении от какого-либо заболевания или у вас есть другие особые медицинские нужды	Медицинское обслуживание на дому			
	Услуги реабилитации			
	Услуги абилитации			
	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](#) содержится в вашем [страховом полисе](#) или документации плана.)

-
-
-

Прочие покрываемые услуги (Могут применяться ограничения к данным услугам. Этот список не полный. См. [документацию своего плана](#).)

-
-
-

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 индивидуального страхового покрытия на [рынке](#) 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 представителей вашего [плана](#) удовлетворить вашу 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 на медицинское обслуживание](#). В документации вашего страхового [плана](#) находится вся необходимая информация о подаче [иска](#), [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? [Yes/No]

[Минимально необходимое страховое покрытие](#) обычно включает в себя [планы](#), [медицинское страхование](#), доступное на [рынке](#), или другие индивидуальные страховые полисы, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и некоторые другие варианты страхового покрытия. Если вы имеете право на определенные виды [минимально необходимого покрытия](#), вы не можете иметь права на [налоговую субсидию на страховую премию](#).

Соответствует ли этот план требованиям к стандартам минимальной стоимости? [Yes/No/Not Applicable]

Если ваш [план](#) не соответствует требованиям к [стандартам 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 этим [планом услуг](#) в различных медицинских ситуациях, см. следующий раздел.

Заявление о раскрытии информации: согласно Закону о сокращении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act, PRA) от 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (Office of Management and Budget, OMB). Действительный контрольный номер OMB для данного сбора информации: **0938-1146**. Время, необходимое для выполнения данного сбора информации, составляет в среднем **0,08** часа на один ответ, включая время на изучение инструкций, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также завершение и проверку сбора информации. Если у вас есть комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Информация о примерах такого 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 [совместное страхование](#)), 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 поставщиками, входящими в сеть, и роды в больнице)

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

Данный ПРИМЕР включает указанные далее 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	\$12 700
----------------------------------	-----------------

В этом примере Пег бы заплатила:

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

Лечение сахарного диабета

2 типа у Джо (год регулярного лечения поставщиком, входящим в сеть, при условии хорошо контролируемого течения)

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

Данный ПРИМЕР включает указанные далее услуги:

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

Общая стоимость в примере	\$5600
----------------------------------	---------------

В этом примере Джо бы заплатил:

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

Закрытый перелом у Ми

(посещение пункта скорой помощи, входящего в сеть, и последующий уход)

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

Данный ПРИМЕР включает указанные далее услуги:

[Услуги отделения скорой помощи](#) (в том числе *медицинские препараты*)
[Диагностическое обследование](#) (рентгенологическое)
[Медицинское оборудование длительного пользования](#) (костыли)
[Реабилитационные услуги](#) (физиотерапия)

Общая стоимость в примере	\$2800
----------------------------------	---------------

В этом примере Мия бы заплатила:

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

[План](#) оплачивает остальные расходы покрываемых услуг, приведенных в ПРИМЕРЕ.