

Краткое описание страхового покрытия: что покрывает этот план и сколько вы платите за покрываемые услуги



Период действия страхового покрытия:  
1 августа 2024 г. — 31 июля 2025 г.

Страховое покрытие: для одного человека и семьи |  
Тип плана: покрытие, зависящее от места обслуживания



Краткое описание страхового покрытия (SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC объясняется, какую часть стоимости покрываемых страховкой медицинских услуг будете оплачивать вы, а какую — план.  
**ПРИМЕЧАНИЕ.** Информация о стоимости этого плана (называемой страховым взносом) будет предоставлена отдельно. Это лишь **краткое описание**. Для получения более подробной информации о страховом покрытии или документа с полным описанием условий предоставления покрытия посетите сайт [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) или позвоните по телефону 1-800-370-4526. Определения распространенных терминов, таких как разрешенная сумма, компенсация разницы, доля стоимости, доплата, франшиза, поставщик услуг, а также других подчеркнутых терминов можно найти в Глоссарии. Вы можете ознакомиться с Глоссарием на сайте <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> или заказать его экзemplяр, позвонив по телефону 1-800-370-4526.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u> ?	Поставщики услуг, <u>сотрудничающие с планом</u> : \$1,500 для одного человека или \$3,000 для семьи. Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом: \$3,000 для одного человека или \$6,000 для семьи.	Как правило, вы должны полностью оплачивать услуги <u>поставщиков</u> , пока не выплатите сумму <u>франшизы</u> , прежде чем что-либо начнет платить этот <u>план</u> . Если в <u>план</u> включены другие члены вашей семьи, то каждый из них должен выплачивать свою собственную <u>франшизу</u> , пока общая сумма расходов в рамках <u>франшизы</u> , уплаченная всеми членами семьи, не достигнет общей суммы <u>франшизы</u> для семьи.
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты <u>франшизы</u> ?	Да. <u>Рецептурные лекарства</u> и посещение кабинетов врачей, а также <u>профилактические услуги</u> , предоставляемые поставщиками, которые сотрудничают с <u>планом</u> , покрываются до выплаты <u>франшизы</u> .	Этот страховой <u>план</u> покрывает некоторые товары и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму <u>франшизы</u> . Однако может потребоваться внести <u>доплату</u> или <u>долю стоимости</u> . Например, этот <u>план</u> покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без вашего участия в оплате и до выплаты <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на сайте <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Предусмотрены ли другие <u>франшизы</u> для конкретных услуг?	Нет.	Вам не нужно выплачивать <u>франшизы</u> для конкретных услуг.
Какова <u>максимальная сумма собственных расходов</u> в рамках этого <u>плана</u> ?	Поставщики услуг, <u>сотрудничающие с планом</u> : \$5,250 для одного человека или \$10,500 для семьи. Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом: ОГРАНИЧЕНИЯ НЕТ ни для одного человека, ни для семьи. <u>Рецептурные лекарства</u> : поставщики услуг, <u>сотрудничающие с планом</u> , — \$1,000 для одного человека или \$2,000 для семьи; поставщики услуг, не <u>сотрудничающие с планом</u> , — ОГРАНИЧЕНИЯ НЕТ ни для одного человека, ни для семьи.	<u>Максимальная сумма собственных расходов</u> — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить в год за услуги, покрываемые планом. Если другие члены вашей семьи также являются участниками этого <u>плана</u> , их расходы учитываются в их собственной <u>максимальной сумме собственных расходов</u> , пока не будет выплачена общая <u>максимальная сумма собственных расходов</u> на семью.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какие расходы не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u> ?	Страховые взносы, суммы <u>компенсации разницы</u> , медицинское обслуживание, не покрываемое этим <u>планом</u> , и штрафы за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на услуги.	Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u> .
Будете ли вы платить меньше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, сотрудничающему с планом</u> ?	Да. Посетите страницу <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> или позвоните по телефону 1-800-370-4526, чтобы получить список <u>поставщиков услуг, сотрудничающих с планом</u> .	У этого <u>плана</u> есть <u>поставщики услуг, сотрудничающие с ним</u> . Обращаясь к <u>поставщикам услуг</u> , с которыми <u>план сотрудничает</u> , вы платите меньше. Вы заплатите больше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с планом</u> . Кроме того, вы можете получить счет от <u>поставщика услуг</u> на разницу между взимаемой таким <u>поставщиком</u> оплатой и суммой, уплаченной вашим <u>планом</u> ( <u>компенсация разницы</u> ). Примите во внимание, что ваш <u>сотрудничающий с планом поставщик услуг</u> может обратиться к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с нами</u> , за определенными услугами (например, для проведения лабораторных анализов). Уточните это у своего <u>поставщика</u> перед получением услуг.
Требуется ли <u>направление</u> для обращения к <u>специалисту</u> ?	Нет.	К выбранному вами <u>специалисту</u> можно обращаться без <u>направления</u> .



Все доплаты и доли стоимости, указанные в этой таблице, применяются после выплаты вами франшизы (если франшиза предусмотрена).

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	<u>Доплата</u> \$25 за прием, за исключением услуг выбранного основного лечащего врача, которые предоставляются без оплаты; <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$25 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Нет
	Прием <u>специалиста</u>	<u>Доплата</u> \$25 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$25 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Нет
	<u>Профилактические услуги, профилактические обследования, вакцинация</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 50%	Возможно, вам придется заплатить за услуги, которые не являются профилактическими. Узнайте у своего <u>поставщика услуг</u> , являются ли нужные вам услуги профилактическими. Затем уточните, за какие услуги заплатит ваш страховой <u>план</u> .
Анализы и обследования	<u>Диагностические обследования</u> (рентген, анализ крови)	<u>Доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50%	Нет
	Визуализационные обследования (КТ, ПЭТ, МРТ)	<u>Доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50%	Нет

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
<p><b>Получение лекарств для лечения заболевания</b>  <b>Страховое покрытие рецептурных лекарств предоставляется компанией Sav-Rx.</b></p> <p>Более подробная информация о <b>страховом покрытии рецептурных лекарств</b> представлена на сайте <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a>.</p>	Непатентованные лекарства	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): выбранные на основании ценности лекарства — \$4 за запас на 30 дней, \$8 за запас на 60 дней, \$12 за запас на 90 дней (в розничной аптеке), \$8 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); предпочтительные непатентованные лекарства — \$8 за запас на 30 дней, \$16 за запас на 60 дней, \$24 за запас на 90 дней (в розничной аптеке), \$16 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: без оплаты</p>	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$13 за запас на 30 дней, \$26 за запас на 60 дней, \$39 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$13 за 1 рецепт</p>	<p>Покрывается запас лекарств на 90 дней (в розничной аптеке или при заказе по почте). Покрытие распространяется на противозачаточные препараты и медицинские изделия, которые приобретаются в аптеке. Предпочтительные непатентованные противозачаточные препараты для женщин, одобренные Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарств США (FDA), можно получить в <u>сотрудничающей с планом</u> аптеке без оплаты. Информацию о рецептурных препаратах, к которым применяются требования предварительного разрешения или поэтапного лечения, см. в своем <u>перечне покрываемых лекарств</u>. Ваши расходы будут больше, если вы выберете фирменное лекарство, а не непатентованное.</p>
	Предпочтительные фирменные лекарства	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$25 за запас на 30 дней, \$50 за запас на 60 дней, \$75 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$50 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: без оплаты</p>	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$30 за запас на 30 дней, \$60 за запас на 60 дней, \$90 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$30 за 1 рецепт</p>	
	Непредпочтительные фирменные лекарства	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$50 за запас на 30 дней, \$100 за запас на 60 дней, \$150 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); \$100 за запас на 31–90 дней (при заказе по почте); инсулин: <u>доплата</u> \$25 за 1 рецепт</p>	<p><u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не применяется): \$55 за запас на 30 дней, \$110 за запас на 60 дней, \$165 за запас на 90 дней (в розничной аптеке); инсулин: <u>доплата</u> \$35 за 1 рецепт</p>	
	<u>Специализированные лекарства</u>	Соответствующая стоимость непатентованного или фирменного лекарства, указанная выше	Соответствующая стоимость непатентованного или фирменного лекарства, указанная выше	<p>Первый раз получить лекарство по рецепту можно в розничной аптеке или через компанию Sav-Rx Prescription Services. После этого лекарства следует получать через компанию Sav-Rx Prescription Services.</p>

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
<b>Амбулаторные хирургические услуги</b>	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	<u>Доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50%	Нет
	Плата за услуги терапевта или хирурга	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$50 за прием	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$50 за прием	Нет
<b>Неотложная медицинская помощь</b>	<u>Медицинская помощь в отделении неотложной помощи</u>	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$200 за прием	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$200 за прием	При обращении в экстренной ситуации участие в оплате услуг поставщиков, не <u>сотрудничающих с планом</u> , такое же, как и в случае поставщиков услуг, <u>сотрудничающих с планом</u> .
	<u>Услуги транспорта скорой помощи</u>	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$200 за поездку	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$200 за поездку	При обращении в экстренной ситуации участие в оплате услуг поставщиков, не <u>сотрудничающих с планом</u> , такое же, как и в случае поставщиков услуг, <u>сотрудничающих с планом</u> . Услуги транспорта в неэкстренных случаях: покрываются только при наличии предварительного разрешения.
	<u>Срочная медицинская помощь</u>	<u>Доплата</u> \$25 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$25 за прием	Медицинская помощь, не являющаяся срочной, не покрывается.
<b>Пребывание в больнице</b>	Плата за услуги больницы (например, за больничную палату)	<u>Доля стоимости</u> 20% после <u>доплаты</u> \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$100 в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости</u> 50%	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	<u>Доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50%	Нет

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Психиатрическая, психологическая, наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	Прием в кабинете врача и другие амбулаторные услуги: без оплаты	Прием в кабинете врача: <u>доля стоимости 50%</u> после <u>доплаты \$25</u> за прием; другие амбулаторные услуги: <u>доля стоимости 50%</u>	Нет
	Услуги в условиях стационара	<u>Доля стоимости 20%</u> после <u>доплаты \$100</u> в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости 20%</u>	<u>Доля стоимости 50%</u> после <u>доплаты \$100</u> в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости 50%</u>	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Без оплаты	<u>Доля стоимости 50%</u>	Ваше <u>участие в оплате</u> не предусмотрено для <u>профилактических услуг</u> . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ). Может применяться штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	Принятие родов: услуги специалистов	<u>Доля стоимости 20%</u>	<u>Доля стоимости 50%</u>	
	Принятие родов: услуги учреждения	<u>Доля стоимости 20%</u> после <u>доплаты \$100</u> в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости 20%</u>	<u>Доля стоимости 50%</u> после <u>доплаты \$100</u> в день первые 5 дней каждого пребывания; после этого <u>доля стоимости 50%</u>	
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости 50%</u>	130 посещений за календарный год. Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	<u>Услуги реабилитации</u>	<u>Доплата \$25</u> за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости 50%</u> после <u>доплаты \$25</u> за прием	60 посещений за календарный год (в сумме для физиотерапии, эрготерапии и логопедии).
	<u>Услуги по развитию навыков</u>	<u>Доплата \$25</u> за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости 50%</u> после <u>доплаты \$25</u> за прием	Нет

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сумма, которую вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<u>Квалифицированный сестринский уход</u>	<u>Доля стоимости</u> 20%	<u>Доля стоимости</u> 50%	60 дней за календарный год. Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 50%	Не более 1 единицы <u>медицинского оборудования длительного пользования</u> одинакового или сходного предназначения. Ремонт по причине ненадлежащего использования не покрывается.
	<u>Услуги хосписа</u>	Без оплаты	<u>Доля стоимости</u> 50%	Штраф в размере \$400 за неполучение <u>предварительного разрешения</u> на обслуживание у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом.
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Обследование глаз ребенка	<u>Доплата</u> \$25 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	<u>Доля стоимости</u> 50% после <u>доплаты</u> \$25 за прием	1 стандартное обследование глаз в 12 месяцев.
	Детские очки	Без оплаты	Без оплаты	Не более \$300 за 12 месяцев.
	Осмотр полости рта ребенка	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается.

## Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Услуги, которые обычно НЕ покрываются вашим планом (изучите свой страховой полис или документацию плана, чтобы получить более подробную информацию и список других исключенных услуг)

- |   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| • Стоматологические услуги (для взрослых и детей) | • Медицинская помощь, не являющаяся неотложной, за пределами США | • Стандартный уход за стопами |
| • Слуховые аппараты                               | • Частная сиделка  | • Программы похудения         |
| • Долгосрочный уход                               |  |                               |

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список является неполным; см. документацию своего страхового плана)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Иглоукалывание: 20 посещений за календарный год для лечения заболевания, травмы или хронической боли | • Мануальная терапия: 20 посещений за календарный год   | • Лечение бесплодия: ограничено диагностикой и лечением заболевания, являющегося причиной    |
| • Бариатрическая хирургия: только <u>поставщики услуг, сотрудничающие с планом</u>                     | • Косметическая хирургия: ограниченное покрытие, ознакомьтесь со страховым полисом или позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника плана | • Стандартное обследование глаз (для взрослых): 1 стандартное обследование глаз в 12 месяцев |

**Ваши права на продление страхового покрытия.** Некоторые организации могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Их контактная информация приведена ниже.

- Если вы хотите подробнее узнать о своих правах на продление страхового покрытия, позвоните в наш план по телефону 1-800-370-4526.
- Если ваша групповая медицинская страховка подпадает под действие Закона о пенсионном обеспечении рабочих и служащих (ERISA), вы также можете связаться с Управлением по вопросам страхования и социального обеспечения наемных работников (Employee Benefits Security Administration) при Департаменте труда (Department of Labor) по телефону 1-866-444-EBSA (3272) или через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- В случае групповых планов медицинского страхования, предоставленных органами власти нефедерального уровня, вы также можете обратиться в Центр информации для потребителей и страхового надзора (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) по телефону 1-877-267-2323, доп. 61565, или через сайт [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Если страховое покрытие вы получаете в рамках церковного плана страхования, на церковные планы не распространяются федеральные правила продления страхового покрытия согласно Консолидированному закону о комплексном урегулировании бюджета (COBRA). Если страховое покрытие обеспечено, физические лица должны обратиться в регулирующий орган по страховому надзору своего штата, чтобы узнать о своих возможных правах на продление страхового покрытия в рамках законодательства штата.

Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной медицинской страховки через биржу медицинского страхования. Для получения более подробной информации о бирже медицинского страхования посетите веб-сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

**Ваши права на подачу претензий и апелляций.** Некоторые организации могут помочь вам, если у вас есть жалоба на свой план в связи с отклонением вашего страхового требования. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о своих правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении этого страхового требования. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по любой причине в ваш план. Для получения дополнительной информации о ваших правах и этом уведомлении, а также за помощью обращайтесь в организации, указанные ниже.

- Если ваша групповая медицинская страховка подпадает под действие закона ERISA, вы можете обратиться непосредственно в компанию Aetna, позвонив по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей медицинской идентификационной карте, или по общему номеру телефона 1-800-370-4526. Вы также можете связаться с Управлением по вопросам страхования и социального обеспечения наемных работников при Департаменте труда по телефону 1-866-444-EBSA (3272) или через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- В случае групповых планов медицинского страхования, предоставленных органами власти нефедерального уровня, вы также можете обратиться в Центр информации для потребителей и страхового надзора при Департаменте здравоохранения и социальных служб по телефону 1-877-267-2323, доп. 61565, или через сайт [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Кроме того, подать апелляцию вам помогут в программе защиты прав получателей медицинского обслуживания. Контактная информация: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

#### **Предоставляет ли этот план минимально необходимое страховое покрытие? Да**

Минимально необходимое страховое покрытие обычно включает страховые планы, медицинское страхование, приобретаемое через биржу медицинского страхования, или другие индивидуальные коммерческие страховые полисы, программы Medicare, Medicaid, TRICARE, Программу медицинского страхования детей (CHIP) и некоторые другие виды страхового покрытия. Если вы имеете право на получение некоторых видов минимально необходимого страхового покрытия, у вас может не быть права на налоговый кредит на оплату страховых взносов.

#### **Соответствует ли этот план минимальным стандартам в отношении объема покрытия? Да**

Если ваш план не соответствует минимальным стандартам в отношении объема покрытия, вы можете иметь право на налоговый кредит на оплату страховых взносов, который поможет вам платить за страховой план, приобретенный через биржу медицинского страхования.

*Примеры того, как этот план может покрывать расходы на медицинские услуги в различных случаях, см. в следующем разделе.*



**Это не калькулятор расходов.** Это просто примеры покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового плана. Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими поставщиками услуг, и многих других факторов. Обратите внимание на суммы участия в оплате (франшизы, доплаты и доли стоимости), а также на услуги, исключенные из покрытия плана. Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам требуется оплачивать в рамках разных планов медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

**Мария родила ребенка**  
(дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, и роды в больнице)

■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u>	\$1,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$25
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	20%
■ Другое — <u>доля стоимости</u>	20%

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.  
Посещения кабинета специалиста (*ведение беременности*)  
Принятие родов: услуги специалистов  
Принятие родов: услуги учреждения  
Диагностические обследования (*УЗИ и анализы крови*)  
Услуги специалиста (*анестезия*)

Общая стоимость лечения в примере	\$12,700
-----------------------------------	----------

В данном примере Мария должна будет заплатить:

<u>Участие в оплате</u>	
<u>Франшизы</u>	\$1,500
<u>Доплаты</u>	\$10
<u>Доля стоимости</u>	\$2,000
<u>Непокрываемые услуги</u>	
Ограничения или исключения	\$60
Общая сумма, которую заплатит Мария	\$3,570

**Контроль диабета 2-го типа у Андрея**  
(год стандартного обслуживания в медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, по поводу хорошо контролируемого заболевания)

■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u>	\$1,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$25
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	20%
■ Другое — <u>доля стоимости</u>	20%

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.  
Посещения кабинета основного лечащего врача (*в том числе просвещение о заболевании*)  
Диагностические обследования (*анализы крови*)  
Рецептурные лекарства  
Принадлежности для больных диабетом (*глюкометр*)

Общая стоимость лечения в примере	\$5,600
-----------------------------------	---------

В данном примере Андрей должен будет заплатить:

<u>Участие в оплате</u>	
<u>Франшизы</u>	\$100
<u>Доплаты</u>	\$600
<u>Доля стоимости</u>	\$0
<u>Непокрываемые услуги</u>	
Ограничения или исключения	\$20
Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$720

**Простой перелом у Анны**  
(прием в отделении неотложной помощи, сотрудничающем с планом, и дальнейшее лечение)

■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u>	\$1,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$25
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	20%
■ Другое — <u>доля стоимости</u>	20%

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.  
Медицинская помощь в отделении неотложной помощи (*включая медицинские принадлежности*)  
Диагностическое обследование (*рентген*)  
Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)  
Услуги реабилитации (*физиотерапия*)

Общая стоимость лечения в примере	\$2,800
-----------------------------------	---------

В данном примере Анна должна будет заплатить:

<u>Участие в оплате</u>	
<u>Франшизы</u>	\$1,500
<u>Доплаты</u>	\$100
<u>Доля стоимости</u>	\$90
<u>Непокрываемые услуги</u>	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Анна	\$1,690

План возьмет на себя оплату всех остальных расходов на покрываемые страховкой услуги, перечисленные в данных ПРИМЕРАХ.

### Вспомогательные технологии

Лица, использующие вспомогательные технологические средства, могут не получить доступ к приведенным ниже сведениям в полном объеме. За помощью обращайтесь по телефону 1-800-370-4526.

### Смартфоны и планшеты

Чтобы просматривать наши материалы на смартфоне или планшете, необходимо бесплатное приложение WinZip. Его можно скачать из магазина приложений.

### Уведомление о недопущении дискриминации

Компания Aetna соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускает незаконной дискриминации, отказа в обслуживании или различий в отношении к людям на основании расы, цвета кожи, страны происхождения, пола, возраста, инвалидности, гендерной самоидентификации или сексуальной ориентации.

Людям с инвалидностью и нуждающимся в помощи переводчика мы бесплатно оказываем необходимые им помощь и услуги.

Если вам нужен квалифицированный устный переводчик, печатные материалы в другом формате или в переводе на ваш язык либо другие услуги, позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника плана.

Если вы считаете, что мы не предоставили эти услуги или иным образом вас дискриминировали на основании защищенных законом характеристик, указанных выше, вы можете подать претензию координатору по вопросам гражданских прав. Контактные данные указаны ниже.

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (для участников планов CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Факс: 859-425-3379 (для участников планов CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

Вы также можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США через портал жалоб этой службы <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> или по адресу U.S.

Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, тел.: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

**Aetna — это торговая марка продуктов и услуг, предлагаемых одной или несколькими компаниями группы Aetna, в том числе компанией Aetna Life Insurance Company и ее аффилированными компаниями (Aetna).**

TTY: 711

## Услуги перевода

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်တို့အနေဖြင့် အခမဲ့စကားပြော မေးခွန်းများကို ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုပါက 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏍᏏᏉᏗ ᏍᏊᏂᏂᏗ ᏌᏌᏍᏏᏉᏗ Ꮜ ᏌᏌᏍᏗ ᏌᏌᏍᏗᏍᏗ ᏌᏌ, ᏌᏌᏍᏗᏍᏗ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ nì Pídyi ní, n̈í, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەسپێراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄດ້ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirllok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bááq̣h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cīn wëu kor keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

