



Короткий огляд страхового покриття та послуг, що покриваються (SBC), допоможе вам вибрати план медичного страхування. У SBC пояснено, яким чином витрати на медичне обслуговування, що покривається, розподілятимуться між вами та планом. ПРИМІТКА. Інформацію про вартість цього плану (тобто страховий внесок) буде надано окремо. Цей документ містить тільки короткий огляд. Щоб отримати докладнішу інформацію про своє страхове покриття або повний опис його умов, відвідайте сайт [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) чи зателефонуйте за номером 1-800-370-4526. Визначення загальноприйнятих термінів, як-от допустима сума, виставлення рахунка для компенсації різниці, частка вартості, доплата, франшиза, постачальник послуг, або інших підкреслених слів див. в глосарії. Глосарій можна переглянути на сторінці <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>. Крім того, можна зателефонувати за номером 1-800-370-4526 і попросити надати вам його примірник.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Яка загальна сума <u>франшизи</u> ?	\$0. Для послуг постачальників, що не співпрацюють із планом: \$500 (на особу) / \$1,000 (на сім'ю).	Зазвичай, перш ніж почне платити цей <u>план</u> , ви маєте повністю оплачувати вартість обслуговування <u>постачальниками послуг</u> , поки ваші витрати не досягнуть суми <u>франшизи</u> . Якщо інші члени вашої сім'ї також є учасниками цього <u>плану</u> , кожен із них має оплачувати послуги в межах своєї індивідуальної суми <u>франшизи</u> , доки загальна сума витрат усіх членів родини в межах <u>франшизи</u> не сягне суми <u>франшизи</u> для всієї сім'ї.
Чи покриваються якісь послуги до виплати суми <u>франшизи</u> ?	Так. Екстрена медична допомога й ліки, що відпускаються за рецептом, покриваються до виплати <u>франшизи</u> .	Цей <u>план</u> покриває деякі товари й послуги, навіть якщо ви ще не сплатили всю суму <u>франшизи</u> . Але може застосовуватися <u>доплата</u> або <u>частка вартості</u> . Наприклад, цей <u>план</u> покриває деякі <u>профілактичні послуги</u> без участі в <u>оплаті</u> й до того, як ви сплатите всю суму <u>франшизи</u> . Перелік <u>профілактичних послуг</u> , що покриваються, можна переглянути на сторінці <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Чи застосовуються інші <u>франшизи</u> для певних послуг?	Ні.	Вам не потрібно виплачувати інші <u>франшизи</u> для окремих послуг.
Яка <u>максимальна сума власних витрат</u> у межах цього <u>плану</u> ?	Для послуг постачальників, що співпрацюють із планом: \$800 (на особу) / \$1,600 (на сім'ю). Для послуг постачальників, що не співпрацюють із планом: \$800 (на особу) / \$1,600 (на сім'ю). <u>Ліки, що відпускаються за рецептом</u> : \$400 (на особу) / \$800 (на сім'ю).	<u>Максимальна сума власних витрат</u> — це максимальна сума, яку ви можете сплатити протягом року за послуги, що покриваються. Якщо інші члени вашої сім'ї також є учасниками цього <u>плану</u> , для них застосовуються їхні індивідуальні <u>максимальні суми власних витрат</u> , доки загальна сума витрат вашої сім'ї не сягне <u>максимальної суми власних витрат</u> для сім'ї.
Що не враховується в <u>максимальній сумі власних витрат</u> ?	<u>Страхові внески</u> , виплати за <u>виставленими рахунками для компенсації різниці</u> , плата за медичні послуги, які цей <u>план</u> не покриває, і штрафи за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на послуги.	Хоч ви й сплачуєте ці витрати, вони не зараховуються до <u>максимальної суми власних витрат</u> .

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Чи доведеться платити менше, якщо користуватися послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> ?	Так. Щоб отримати перелік <u>постачальників послуг, що співпрацюють із планом</u> , перейдіть на сторінку <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> або зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.	Цей план має постачальників послуг, що співпрацюють із ним. Ви платитимете менше, якщо користуватиметеся послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> . Вам доведеться платити найбільше, якщо ви користуватиметеся послугами <u>постачальника, що не співпрацює з планом</u> . Крім того, ви можете отримати від <u>постачальника послуг</u> рахунок на суму різниці між платою, яку бере <u>постачальник послуг</u> , і сумою, котру сплачує ваш <u>план</u> (це називається <u>виставленням рахунка для компенсації різниці</u> ). Зверніть увагу, що ваш <u>постачальник послуг, який співпрацює з планом</u> , може звертатися до іншого постачальника, що не співпрацює з планом, по певні послуги (як-от виконання лабораторних аналізів). Запитайте про це у свого <u>постачальника послуг</u> , перш ніж отримувати обслуговування.
Чи потрібне <u>направлення</u> , щоб звернутися до <u>лікаря-спеціаліста</u> ?	Ні.	Ви можете звертатися до <u>лікарів-спеціалістів</u> за власним вибором без <u>направлення</u> .



Усі суми **доплати** й **частки вартості**, наведені в цій таблиці, стягуються після виплати вами всієї суми **франшизи**, якщо вона застосовується.

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
<b>Відвідування кабінету або клініки постачальника медичних послуг</b>	Первинне медичне обслуговування для лікування травми або захворювання	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується; виняток: відвідування вибраного постачальника первинного медичного обслуговування	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Немає
	Відвідування <u>лікаря-спеціаліста</u>	<u>Доплата</u> \$15 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$15 за відвідування	Немає
	<u>Профілактичне обслуговування</u> / <u>скринінгові обстеження</u> / вакцинація	Без оплати	Не покривається; виняток: мамограми покриваються з оплатою <u>частки вартості</u> 20%	Можливо, вам доведеться оплатити послуги, які не є профілактичними. Запитайте у свого <u>постачальника послуг</u> , чи необхідні послуги є профілактичними. Потім перевірте, які витрати покриватиме ваш <u>план</u> .
<b>Аналізи й дослідження</b>	<u>Діагностичне дослідження</u> (рентгенографія, аналіз крові)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає
	Візуалізаційне обстеження (комп'ютерна томографія, позитронно-емісійна томографія, магнітно-резонансна томографія)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
<p><b>Лікарські засоби для лікування хвороб або розладів</b></p> <p><b><u>Покриття ліків, що відпускаються за рецептом, надає компанія Sav-RX.</u></b></p> <p>Докладнішу інформацію про <b><u>покриття ліків, що відпускаються за рецептом</u></b>, можна переглянути на сайті <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a>.</p>	Непатентовані препарати	<p><u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: препарати, відібрані на підставі ефективності, — \$4 за запас на 30 днів, \$8 за запас на 60 днів, \$12 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці), \$8 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); непатентовані препарати, яким віддається перевага, — \$8 за запас на 30 днів, \$16 за запас на 60 днів, \$24 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці), \$16 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати</p>	<p><u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$13 за запас на 30 днів, \$26 за запас на 60 днів, \$39 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$13 за рецепт</p>	<p>Покривається запас на 90 днів (купівля в роздрібній аптеці й замовлення поштою). Покриття не включає протизаплідні препарати й засоби контрацепції, які можна придбати в аптеці. Протизаплідні засоби для жінок не покриваються. Застосовується вимога покрокової терапії. Ваші витрати будуть вищими, якщо ви вибиратимете фірмові, а не непатентовані препарати.</p>
	Фірмові препарати, яким віддається перевага	<p><u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$25 за запас на 30 днів, \$50 за запас на 60 днів, \$75 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); \$50 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — без оплати</p>	<p><u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$30 за запас на 30 днів, \$60 за запас на 60 днів, \$90 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$30 за рецепт</p>	

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
	Фірмові препарати, яким не віддається перевага	<u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$50 за запас на 30 днів, \$100 за запас на 60 днів, \$150 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); \$100 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін — <u>доплата</u> \$25 за рецепт	<u>Доплата</u> за рецепт, <u>франшиза</u> не застосовується: \$55 за запас на 30 днів, \$110 за запас на 60 днів, \$165 за запас на 90 днів (у роздрібній аптеці); інсулін — <u>доплата</u> \$35 за рецепт	
	<u>Спеціалізовані препарати</u>	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Відповідна плата за непатентований або фірмовий препарат, як зазначено вище	Перше отримання ліків за рецептом у роздрібній аптеці або через компанію Sav-Rx Prescription Services. Надалі запас ліків необхідно отримувати через компанію Sav-Rx Prescription Services.
<b>Амбулаторні хірургічні процедури</b>	Плата за послуги установи (як-от центру амбулаторної хірургії)	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Немає
	Плата за послуги лікаря або хірурга	<u>Доплата</u> \$50 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати</u> \$50 за відвідування	Немає
<b>Термінова медична допомога</b>	<u>Обслуговування у відділенні екстреної допомоги</u>	<u>Доплата</u> \$200 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$200 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Екстрена медична допомога, надана постачальником послуг, що не <u>співпрацює з планом</u> , оплачується так само, як і отримана в постачальника послуг, який <u>співпрацює з планом</u> .
	<u>Екстрене перевезення медичним транспортом</u>	<u>Доплата</u> \$200 за перевезення, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$200 за перевезення, <u>франшиза</u> не застосовується	Екстрена медична допомога, надана постачальником послуг, що не <u>співпрацює з планом</u> , оплачується так само, як і отримана в постачальника послуг, який <u>співпрацює з планом</u> . Неекстрене перевезення: не покривається, виняток: наявність попереднього дозволу

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
	<u>Невідкладна медична допомога</u>	<u>Доплата \$15 за відвідування, франшиза не застосовується</u>	<u>Частка вартості 20% після доплати \$15 за відвідування</u>	Відвідування з причин, що не потребують невідкладної допомоги, не покриваються.
Перебування в лікарні	Плата за послуги установи (як-от за лікарняну палату)	<u>Доплата \$100 за день протягом перших 5 днів, франшиза не застосовується; без оплати за подальше перебування</u>	<u>Частка вартості 20% після доплати \$100 за день протягом перших 5 днів; частка вартості 20% протягом подальшого перебування</u>	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Плата за послуги лікаря або хірурга	Без оплати	<u>Частка вартості 20%</u>	Немає
Психіатрична, психологічна й наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Послуги в кабінеті лікаря та всі інші амбулаторні послуги: без оплати	Послуги в кабінеті лікаря: <u>частка вартості 20% після доплати \$15 за відвідування; інші амбулаторні послуги: частка вартості 20%</u>	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	<u>Доплата \$100 за день протягом перших 5 днів, франшиза не застосовується; без оплати за подальше перебування</u>	<u>Частка вартості 20% після доплати \$100 за день протягом перших 5 днів; частка вартості 20% протягом подальшого перебування</u>	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
Обслуговування під час вагітності	Відвідування кабінету лікаря	Без оплати	<u>Частка вартості 20%</u>	<u>Участь в оплаті не застосовується для профілактичних послуг.</u> Ведення вагітності може передбачати аналізи, дослідження та послуги, описані в інших розділах SBC (як-от ультразвукове дослідження). Може застосовуватися штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів	Без оплати	<u>Частка вартості 20%</u>	
	Пологи / народження дитини: послуги установи	<u>Доплата \$100 за день протягом перших 5 днів, франшиза не застосовується; без оплати за подальше перебування</u>	<u>Частка вартості 20% після доплати \$100 за день протягом перших 5 днів; частка вартості 20% протягом подальшого перебування</u>	

Типове медичне обслуговування	Послуги, які можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки й інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите найменше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите найбільше)	
Обслуговування для відновлення здоров'я або в разі наявності інших особливих медичних потреб	<u>Медичне обслуговування в домашніх умовах</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	130 відвідувань протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Послуги з реабілітації</u>	<u>Доплата \$15 за відвідування, франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати \$15 за відвідування</u>	Сукупно 60 відвідувань спеціалістів із фізіотерапії, ерготерапії та логопедії протягом календарного року.
	<u>Послуги з розвитку навичок</u>	<u>Доплата \$15 за відвідування, франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати \$15 за відвідування</u>	Немає
	<u>Послуги кваліфікованого сестринського догляду</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	60 днів протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Медичне обладнання тривалого користування</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 50%	Тільки 1 одиниця <u>медичного обладнання тривалого користування</u> з аналогічним/подібним призначенням. Не покривається ремонт у разі неправильного використання або зловживання.
	<u>Хоспісне обслуговування</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20%	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
Стоматологічні або офтальмологічні послуги для дітей	Обстеження очей дитини	<u>Доплата \$15 за відвідування, франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20% після <u>доплати \$15 за відвідування</u>	1 стандартне обстеження очей протягом 12 місяців.
	Окуляри для дитини	Без оплати	Без оплати	Максимум \$600 на 12 місяців.
	Огляд ротової порожнини дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.



## Послуги, виключені з покриття, та інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (перегляньте свій страховий поліс або документацію плану, щоб отримати докладнішу інформацію та перелік інших послуг, виключених із покриття)

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| • Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) | • Неекстрена медична допомога за межами США | • Стандартний догляд за стопами |
| • Слухові апарати                               |   | • Програми зниження ваги        |
| • Довгостроковий догляд                         | • Послуги персональної медсестри            |                                 |

Інші послуги, що покриваються (можуть застосовуватись обмеження, перелік не є вичерпним; ознайомтеся з документацією свого плану)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| • Акупунктура — 20 відвідувань протягом календарного року для лікування захворювань, травм і хронічного болю | • Мануальна терапія — 20 відвідувань протягом календарного року  | • Лікування безпліддя — тільки діагностика й лікування захворювання, що є причиною               |
| • Баріатрична хірургія — тільки <u>постачальники послуг, що співпрацюють із планом</u>                       | • Косметична хірургія — обмежене покриття (див. страховий поліс або зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці) | • Стандартні офтальмологічні послуги (для дорослих) — 1 стандартне обстеження очей на 12 місяців |

**Ваші права на продовження страхового покриття.** Існують організації, які можуть допомогти з продовженням дії вашого страхового покриття, коли воно завершиться. Контактні дані цих організацій наведено далі.

- Щоб отримати докладнішу інформацію про ваші права на продовження страхового покриття, зателефонуйте в план за номером 1-800-370-4526.
- Якщо до вашого групового медичного страхування застосовується Закон США про пенсійне забезпечення працівників (ERISA), ви також можете звернутися до Управління з питань забезпечення пенсійних і соціальних виплат працівників (Employee Benefits Security Administration) у складі Департаменту праці США (Department of Labor), зателефонувавши за номером 1-866-444-EBSA (3272) або відвідавши сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники державних групових планів медичного страхування, які не фінансує федеральний уряд, можуть також звернутися до Центру надання інформації для споживачів і страхового нагляду (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (Department of Health and Human Services), зателефонувавши за номером 1-877-267-2323, дод. 61565, або відвідавши сайт [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Якщо ваше страхове покриття забезпечує церковний план, то до таких планів не застосовуються правила продовження страхового покриття згідно з Федеральним консолідованим законом про комплексне врегулювання бюджетних суперечностей (COBRA). Якщо страхове покриття застраховано, необхідно звернутися до органу штату, який займається регулюванням страхової діяльності, щоб дізнатися про можливі права на продовження страхового покриття згідно із законодавством штату.

Вам можуть бути також доступні інші варіанти страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового покриття через біржу медичного страхування. Щоб отримати докладнішу інформацію про біржу медичного страхування, відвідайте сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.



**Ваші права на подання претензій та апеляцій.** Існують організації, які можуть допомогти вам, якщо ви хочете поскаржитися на свій план через відмову задовольнити вашу страхову вимогу. Така скарга називається претензією або апеляцією. Щоб отримати докладніші відомості про ваші права, перегляньте роз'яснення страхових виплат, яке отримуєте щодо такої страхової вимоги. У документації вашого плану також міститься повна інформація про те, як подати у ваш план страхову вимогу, апеляцію або претензію з будь-якої причини. Щоб отримати докладніші відомості про ваші права чи це повідомлення або допомогу, зверніться за вказаними нижче контактними даними.

- Якщо до вашого групового медичного страхування застосовується закон ERISA, ви можете звернутися безпосередньо до компанії Aetna, зателефонувавши за номером для безкоштовних дзвінків, зазначеним на вашій медичній ідентифікаційній картці, або за номером нашої загальної лінії 1-800-370-4526. Ви також можете звернутися до Управління з питань забезпечення пенсійних і соціальних виплат працівників у складі Департаменту праці США, зателефонувавши за номером 1-866-444-EBSA (3272) або відвідавши сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники державних групових планів медичного страхування, які не фінансує федеральний уряд, можуть також звернутися до Центру надання інформації для споживачів і страхового нагляду в складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, зателефонувавши за номером 1-877-267-2323, дод. 61565, або відвідавши сайт [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Крім того, програма допомоги споживачам може допомогти вам подати апеляцію. Контактні дані можна знайти за посиланням <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

#### **Чи надає цей план мінімально необхідне страхове покриття? Так**

Мінімально необхідне страхове покриття зазвичай охоплює страхові плани, медичне страхування, яке можна придбати на біржі, або інші наявні в продажу індивідуальні страхові поліси, програми Medicare, Medicaid і TRICARE, Програму медичного страхування дітей (CHIP), а також деякі інші види страхового покриття. Якщо ви маєте право на певні види мінімально необхідного страхового покриття, можливо, ви не матимете права на податковий залік за страхові внески.

#### **Чи відповідає цей план мінімальним стандартам щодо обсягу покриття витрат? Так**

Якщо ваш план не відповідає мінімальним стандартам щодо обсягу покриття витрат, ви можете мати право на податковий залік за страхові внески, що допоможе вам сплатити за страховий план, придбаний через біржу.

*Приклади того, яким чином цей план може покривати витрати в типових ситуаціях потреби в медичному обслуговуванні, наведено в наступному розділі.*



**Це не калькулятор витрат.** Методи лікування наведено лише як приклади, щоб проілюструвати, яким чином цей план може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати відрізнятимуться та залежатимуть від фактично наданого вам обслуговування, цін ваших постачальників послуг, а також багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми участі в оплаті (франшизи, доплати та частку вартості), а також на перелік послуг, виключених із покриття плану. Використовуйте цю інформацію, щоб порівняти свої можливі витрати за користування різними планами медичного страхування. Зверніть увагу, що ці приклади покриття стосуються страхування однієї особи.

### Вагітність і пологи Рег

(9 місяців ведення вагітності в постачальника послуг, що співпрацює з планом, і пологи в лікарні)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста (ведення вагітності)

Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів

Пологи / народження дитини: послуги установи

Діагностичні дослідження (ультразвукові дослідження та аналізи крові)

Послуги лікаря-спеціаліста (анестезія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$12,700
---	----------

У цьому прикладі Рег має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$200
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$60
<b>Загальна сума, яку заплатить Рег:</b>	<b>\$260</b>

### Лікування діабету 2-го типу в Джо

(рік стандартного медичного обслуговування щодо добре контрольованого стану в постачальника послуг, що співпрацює з планом)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Відвідування кабінету лікаря первинного медичного обслуговування (зокрема просвіта з питань захворювання)

Діагностичні дослідження (аналізи крові)

Ліки, що відпускаються за рецептом

Вироби для діабетиків (глюкометр)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$5,600
---	---------

У цьому прикладі Джо має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$600
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$20
<b>Загальна сума, яку заплатить Джо:</b>	<b>\$620</b>

### Простий перелом у Міа

(відвідування відділення екстреної допомоги, що співпрацює з планом, і подальше обслуговування)

■ Загальна сума <u>франшизи</u> в межах <u>плану</u>	\$0
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$15
■ Послуги лікарні (установи), <u>доплата</u>	\$100
■ Інші <u>доплати</u>	\$0

Цей ПРИКЛАД охоплює наведені нижче послуги.

Обслуговування у відділенні екстреної допомоги (зокрема медичні витратні матеріали)

Діагностичне дослідження (рентгенографія)

Медичне обладнання тривалого користування (милиці)

Послуги з реабілітації (фізіотерапія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$2,800
---	---------

У цьому прикладі Міа має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$500
<u>Частка вартості</u>	\$0
<u>Послуги й товари, що не покриваються</u>	
Обмеження або винятки	\$0
<b>Загальна сума, яку заплатить Міа:</b>	<b>\$500</b>

План візьме на себе оплату інших витрат на послуги, що покриваються, у цьому ПРИКЛАДІ.

### Допоміжні технології

Можливо, особи, що користуються допоміжними технологіями, не зможуть ознайомитися з наведеною далі інформацією в повному обсязі. Щоб отримати допомогу, зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.

### Смартфони або планшети

Для перегляду документів на смартфоні або планшеті необхідно встановити безкоштовну програму WinZip. Її можна завантажити в магазині програм App Store.

### Недопущення дискримінації

Компанія Aetna дотримується всіх вимог чинного федерального законодавства про громадянські права й не здійснює незаконну дискримінацію, не відмовляє людям в обслуговуванні та не ставиться до них інакше на підставі їхньої раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, інвалідності, гендерної самоідентифікації чи сексуальної орієнтації.

Ми надаємо безкоштовну допомогу й послуги людям з інвалідністю, а також тим, кому потрібні послуги перекладу.

Якщо вам потрібні послуги кваліфікованого усного перекладача, письмова інформація в інших форматах, письмовий переклад або інші послуги, зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці.

Якщо ви вважаєте, що ми не надали вам ці послуги або іншим чином дискримінували вас на підставі захищених законом ознак, указаних вище, ви можете подати претензію координатору з питань громадянських прав:

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711

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

Крім того, ви можете подати скаргу на порушення громадянських прав в Управління з питань громадянських прав (Office for Civil Rights) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, скориставшись його порталом для подання скарг за адресою <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, надіславши її поштою на адресу U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, або зателефонувавши за номером 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

**Aetna — це торгове найменування, що використовується для продуктів і послуг, які пропонуються однією або кількома компаніями групи Aetna, зокрема компанією Aetna Life Insurance Company і її афілійованими особами (Aetna).**

TTY: 711

## Послуги 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 পবিকষা 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 -	သင့်အဖို့အခမဲ့ အခမဲ့စကားပြော ဓမ္မဗေဒ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုက်နာ 1-800-370-4526 သို့မဟုတ် 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 ᏍᏈᏃᏃᏗ ᏃᏍᏃᏃᏗ ᏃᏍᏃᏃᏗ ᏃᏍᏃᏃᏗ ᏃᏍᏃᏃᏗ ᏃᏍᏃᏃᏗ 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 l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l 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 -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̐ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̐ nì Pídyi ní, níí, dǎ nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەستگیر کەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەجێ تێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໂປ 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, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian- Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bǫ́ǫ́h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Tě koor yin weëř de thokic ke cīn wëu kor keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl koc ye koc 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।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܟܝܢ ܫܒܝܩܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالتیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wonú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.