



Документ «Краткое описание страховых льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC описано распределение расходов на покрываемые медицинские услуги между вами и страховым планом.

ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого плана («ежемесячный страховой взнос») будет предоставлена отдельно. Это только **краткое описание**. Чтобы получить дополнительную информацию о вашем страховом покрытии или копию полных условий страхования, зайдите на сайт <https://regence.com/go/2026/policy/OR/StandardSilverIndividualConnectIndividualConnectEx> или позвоните по телефону 1-855-857-9959. Определения часто упоминаемых терминов, например допустимая сумма, выставление счетов по оплате остаточного баланса, расходы по совместному страхованию, доплата, не покрываемый страховкой минимум, поставщик услуг, или других подчеркнутых терминов см. в Глоссарии. Ознакомиться с Глоссарием можно на странице healthcare.gov/sbc-glossary или запросить его копию по телефону 1-855-857-9959.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Каков общий размер <u>не покрываемого страховкой минимума</u> ?	\$6100 на человека / \$12200 на семью за календарный год.	Как правило, вы обязаны оплачивать все расходы на услуги <u>поставщиков</u> до тех пор, пока не достигнете суммы <u>не покрываемого страховкой минимума</u> , после чего оплату начинает осуществлять <u>план</u> . Если другие члены вашей семьи являются участниками <u>плана</u> , то каждый член семьи должен достичь суммы собственного <u>не покрываемого страховкой минимума</u> , пока общая сумма расходов на <u>не покрываемый страховкой минимум</u> , выплаченная всеми членами семьи, не достигнет общего <u>не покрываемого страховкой минимума</u> на семью.
Есть ли услуги, которые покрываются страховкой до того, как вы достигнете <u>не покрываемого страховкой минимума</u> ?	Да. Определенные <u>профилактические услуги</u> , <u>страховка на рецептурные препараты</u> и услуги, перечисленные ниже в категории <u>«Не покрываемый страховкой минимум не применяется»</u> . «Бесплатно» означает \$0 <u>доплаты</u> или 0 % <u>совместного страхования</u> , независимо от применимости <u>не покрываемого страховкой минимума</u> .	<u>План</u> покрывает некоторые изделия и услуги, даже если вы еще не достигли суммы <u>не покрываемого страховкой минимума</u> . Однако также может применяться <u>доплата</u> или <u>совместное страхование</u> . Например, этот <u>план</u> оплачивает определенные <u>профилактические услуги</u> без использования <u>доли по системе распределения затрат</u> и до того, как вы достигнете <u>не покрываемого страховкой минимума</u> . Посмотрите список покрываемых <u>профилактических услуг</u> на странице healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Предусмотрены ли еще какие-то <u>не покрываемые страховкой минимума</u> для определенных видов услуг?	Нет	В отношении определенных услуг нет необходимости выплачивать <u>не покрываемый страховкой минимум</u> .
Каков <u>максимальный размер наличных затрат по данному плану</u> ?	\$9200 на человека / \$18400 на семью за календарный год.	<u>Максимальный размер наличных затрат</u> — это максимальная сумма, которую вы можете выплатить за покрываемые страховкой услуги в год. Если у вас есть члены семьи, которые также являются участниками <u>плана</u> , то каждый член семьи должен достичь собственного <u>максимального размера наличных затрат</u> , пока не будет достигнут общий <u>максимальный размер наличных затрат</u> на семью.

<p>Что не включено в максимальный размер наличных затрат?</p>	<p>Офтальмологические услуги для детей, <u>страховые взносы, расходы на выставление счетов</u> по оплате остаточного баланса и медицинское обслуживание, на которое не распространяется страховое покрытие плана.</p>	<p>Несмотря на то, что вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются в сумме <u>максимального размера наличных затрат</u>.</p>
<p>Будете ли вы платить меньше при обслуживании у сетевых поставщиков медицинских услуг?</p>	<p>Да. На странице https://regence.com/go/OR/IndividualConnect или по телефону 1-855-857-9959 можно ознакомиться с перечнем <u>сетевых поставщиков медицинских услуг</u>.</p>	<p>Этот <u>план</u> работает с <u>сетевыми поставщиками медицинских услуг</u>. Вы будете платить меньше, если будете пользоваться услугами <u>поставщиков, входящих в сеть плана</u>. Больше всего вы заплатите, если обратитесь к поставщику услуг, <u>не входящему в сеть плана</u>, а также вы, возможно, получите счет от <u>поставщика медицинских услуг</u> на разницу между стоимостью услуг <u>поставщика</u> и тем, сколько оплатит <u>план (выставление счетов по оплате остаточного баланса)</u>. Помните, что ваш <u>сетевой поставщик медицинских услуг</u> может обращаться к <u>поставщикам не из сети плана</u> для предоставления определенных услуг (например, для лабораторных исследований). Перед получением услуг проконсультируйтесь со своим <u>поставщиком медицинских услуг</u>.</p>
<p>Нужно ли вам направление для обращения к врачу-специалисту?</p>	<p>Нет.</p>	<p>Вы можете пойти на прием к <u>врачу-специалисту</u> по своему выбору без <u>направления</u>.</p>



Все доплаты и расходы по совместному страхованию в настоящей таблице рассчитаны с учетом достижения не покрываемого страховкой минимума, если применим не покрываемый страховкой минимум.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
<p>Если вы приходите на прием в кабинет поставщика медицинских услуг или в клинику</p>	<p>Прием для получения первичной медицинской помощи для лечения травмы или заболевания</p>	<p><u>Доплата \$5 /</u> предоплаченное посещение офиса, <u>не покрываемый страховкой минимум</u> неприменим.</p> <p><u>Доплата \$40 /</u> дополнительное посещение офиса врача (после предельного количества предоплаченных визитов), <u>не покрываемый</u></p>	<p>Не покрывается страховкой</p>	<p>Первые 3 предоплаченных визита в офис в год. Ограничение распространяется на суммарное количество посещений для получения первичной медицинской помощи и услуг по охране психического здоровья.</p>

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
		<u>страховкой минимум</u> неприменим. 30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги		
	Прием у <u>врача-специалиста</u>	<u>Доплата \$100</u> за посещение офиса, <u>не покрываемый страховкой минимум</u> неприменим. 30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги	Не покрывается страховкой	Нет
	<u>Профилактическая помощь / скрининговые анализы / прививки</u>	Бесплатно, <u>непокрываемый страховкой минимум</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Возможно, вам придется оплатить услуги, не являющиеся профилактическими. Спросите у своего <u>поставщика медицинских услуг</u> , являются ли необходимые вам услуги профилактическими. Затем уточните, какую часть их стоимости оплатит <u>план</u> .
Если вам делают анализ	<u>Диагностические исследования</u> (рентгенография, анализ крови)	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Рентгенографические исследования (КТ / ПЭТ, МРТ)	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	
Если вам требуются лекарства для лечения вашего заболевания или состояния Дополнительная информация о <u>покрытии стоимости</u>	Дженерики	<u>Доплата \$15, не покрываемый страховкой минимум</u> неприменим / рецептурный препарат в розничной продаже; <u>Доплата \$45, не покрываемый страховкой</u>	Не покрывается страховкой	<u>Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту</u> , не включенные в Фармацевтический справочник, не покрываются, если только не утверждено исключение. 90-дневный запас / рецептурный препарат в розничной сети (ваша <u>доля расходов</u> рассчитана на 30-дневный запас) 90-дневный запас / рецептурный препарат с

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
<p>рецептурных препаратов приведена на странице https://regence.com/go/2026/OR/4tier</p>		<u>минимум неприменим / доставка на дом рецептурного препарата</u>		<p>доставкой на дом, 30-дневный запас / <u>специализированный рецептурный препарат</u></p> <p><u>Специализированные препараты</u> недоступны для доставки на дом.</p> <p>Покрытие включает самостоятельно вводимые препараты для химиотерапии при раке при доле <u>совместного страхования</u> в 30 %, <u>непокрываемый страховкой минимум</u> не применяется.</p> <p><u>Доля по системе распределения затрат</u> для инсулина не должна превышать \$35 за 30-дневный запас или \$105 за 90-дневный запас.</p> <p>Не взимается плата, не применяется <u>не покрываемый страховкой минимум</u> в отношении определенных профилактических препаратов, контрацептивов и прививок в аптеках, участвующих в программе.</p> <p>Если вы пополняете запас патентованного или <u>специализированного препарата</u> при наличии эквивалентного непатентованного препарата или специализированного биоаналога, вы оплачиваете разницу в стоимости в дополнение к <u>доплате</u> и / или взносу по <u>совместному страхованию</u>.</p> <p>Первое пополнение <u>специализированного препарата</u> может быть предоставлено розничной аптекой; дополнительные пополнения должны быть предоставлены специализированной аптекой.</p>
	Предпочтительные патентованные препараты	<p><u>Доплата \$60, не покрываемый страховкой минимум неприменим / рецептурный препарат в розничной продаже;</u></p> <p><u>Доплата \$180, не покрываемый страховкой минимум неприменим / доставка на дом рецептурного препарата</u></p>	Не покрывается страховкой	
	Патентованные препараты	<p><u>50% от расходов по совместному страхованию, не покрываемый страховкой минимум неприменим / препарат находится в розничной продаже;</u></p> <p><u>50% от расходов по совместному страхованию, не покрываемый страховкой минимум неприменим / доставка лекарства на дом</u></p>	Не покрывается страховкой	
	<u>Специализированные препараты</u>	<u>50% от расходов по совместному страхованию, не покрываемый страховкой минимум неприменим / специализированный препарат</u>	Не покрывается страховкой	

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
Если вам проводят хирургическую операцию в амбулаторных условиях	Плата за обслуживание (например, центр амбулаторной хирургии)	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Оплата услуг врача / хирурга	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	
Если вам требуется неотложная медицинская помощь	<u>Обслуживание в пункте экстренной помощи</u>	30% по системе <u>совместного страхования</u>	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Нет
	<u>Перевозка транспортом экстренной помощи</u>	30% по системе <u>совместного страхования</u>	30% по системе <u>совместного страхования</u>	
	<u>Неотложная медицинская помощь</u>	<u>Доплата \$70 за посещение, не покрываемый страховкой минимум неприменим;</u> 30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги	<u>Доплата \$70 за посещение, не покрываемый страховкой минимум неприменим;</u> 30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги	
Если вас госпитализируют	Плата за обслуживание (например, за больничную палату)	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Оплата услуг врача/хирурга	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	
Если вам требуется психиатрическое, психотерапевтическое лечение или лечение зависимости	Амбулаторные услуги по лечению зависимости	<u>Доплата \$5 / предоплаченное посещение офиса или консультации психотерапии, не покрываемый страховкой минимум не применим;</u>	Не покрывается страховкой	Первые 3 предоплаченных визита в год. Ограничение распространяется на суммарное количество посещений для получения первичной медицинской помощи и услуг по охране психического здоровья.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
		<p><u>Доплата \$40 /</u> дополнительное посещение врача или психотерапевта (свыше предварительно оплаченных посещений), <u>непокрываемый страховкой минимум</u> не применяется;</p> <p>30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги</p>		
	Услуги стационара	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	Нет
Если вы беременны	Приемы в кабинете врача	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	<p><u>Система распределения затрат не применяется к профилактическим услугам.</u> В зависимости от типа услуг может применяться <u>доплата, система совместного страхования</u> или <u>не покрываемый минимум.</u> Ведение беременности может включать в себя анализы и услуги, описанные в других разделах SBC (например, ультразвуковое исследование).</p>
	Профессиональные услуги по родовспоможению / родоразрешению	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	
	Услуги медицинского учреждения по родовспоможению / родоразрешению	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	
Если вам требуется помощь в восстановительном периоде или имеются другие особые медицинские потребности	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	30% по системе <u>совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	<u>Услуги реабилитации</u>	<p><u>Доплата \$40 за</u> посещение офиса, <u>не покрываемый страховкой минимум</u> неприменим;</p> <p>30% по системе <u>совместного страхования</u> за все прочие услуги</p>	Не покрывается страховкой	<p>30 дней пребывания в стационаре (до 60 дней при травме головы или спинного мозга) для услуг <u>реабилитации</u> и <u>абилитации</u> в год</p> <p>По 30 амбулаторных посещений для получения услуг <u>реабилитации</u> и <u>абилитации</u> в год</p> <p>Включает физиотерапию, трудотерапию и логопедию.</p>

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Сетевой поставщик медицинских услуг (вы платите меньше всего)	Несетевой поставщик медицинских услуг (вы платите больше всего)	
	<u>Услуги абилитации</u>	<u>Доплата \$40 за посещение офиса, не покрываемый страховкой минимум неприменим; 30% по системе совместного страхования за все прочие услуги</u>	Не покрывается страховкой	
	<u>Квалифицированный медицинский уход</u>	<u>30% по системе совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	60 дней в стационаре в год
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	<u>30% по системе совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	1 синтетический парик в год 1 пара очков или контактных линз в год для лиц с серьезными медицинскими или хирургическими проблемами, кроме рефракционных процедур
	<u>Услуги хосписа</u>	<u>30% по системе совместного страхования</u>	Не покрывается страховкой	30 дней пребывания в стационаре или амбулаторно в течение жизни; время пребывания ограничено 5 днями подряд за один раз.
Если вашему ребенку требуются услуги стоматолога или офтальмолога	Проверка зрения у детей	Бесплатно, <u>непокрываемый страховкой минимум</u> не применяется	Не покрывается страховкой	1 плановый осмотр глаз в год для лиц моложе 19 лет Врачи VSP являются единственными <u>сетевыми поставщиками</u> .
	Детские очки	Бесплатно, <u>непокрываемый страховкой минимум</u> не применяется	Не покрывается страховкой	1 пара линз в год 1 комплект оправ в год Очки предназначены только для лиц моложе 19 лет. Оправы от врачей VSP ограничены коллекцией Otis & Piper Eyewear Collection. Врачи VSP являются единственными <u>сетевыми поставщиками</u> .
	Осмотр у стоматолога для детей	Не покрывается страховкой	Не покрывается страховкой	Нет

Исключенные услуги и прочие покрываемые страховкой услуги

Услуги, которые ваш план обычно НЕ покрывает (более подробная информация, в том числе о любых прочих исключенных из страхового покрытия услугах, изложена в полисе или в отдельном предоставленном плане документе.)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Бариатрическая хирургия• Косметическая хирургия, кроме врожденных аномалий• Стоматологическая помощь• Лечение бесплодия | <ul style="list-style-type: none">• Долгосрочный уход• Неотложная помощь при выезде за пределы страны США• Услуги частной персональной медсестры | <ul style="list-style-type: none">• Стандартные процедуры для глаз (Взрослые)• Стандартный уход за стопами, кроме пациентов с диабетом• Программы по снижению веса |
|--|--|--|

Прочие покрываемые страховкой услуги (Могут применяться ограничения. Перечень услуг не является исчерпывающим. См. предоставленные планы документы.)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Аборты (Законы запрещают государственное финансирование определенных покрываемых услуг прерывания беременности. <u>Взносы</u> разделяются для обеспечения соответствия требованиям). | <ul style="list-style-type: none">• Иглорефлексотерапия: 12 посещений в год• Мануальная терапия: 20 манипуляций на позвоночнике в год. | <ul style="list-style-type: none">• Слуховые аппараты: 1 на каждое ухо каждые 36 месяцев |
|--|---|--|

Ваши права на сохранение страхового покрытия. Существуют организации, готовые предоставить помощь, если вы пожелаете сохранить страховое покрытие после его окончания. Контактная информация таких организаций: Управление по обеспечению пособий для работающих по найму граждан при Министерстве труда США (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration), телефон 1-866-444-3272 или веб-сайт dol.gov/ebsa/healthreform; Центр обеспечения информацией для потребителей и надзора в сфере страхования при Министерстве здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight), телефон 1-877-267-2323 доб. 61565 или веб-сайт sciiio.cms.gov, либо департамент страхования в вашем штате. Свяжитесь с представителями плана также можно по номеру телефона 1-855-857-9959. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховой программы на бирже медицинского страхования. Для получения более подробной информации о бирже посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права в отношении претензий и апелляций. Существуют организации, которые могут предоставить вам помощь, если у вас есть жалоба на ваш план в связи с отказом по требованию о выплате возмещения. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к пояснению льгот, которое вы получите в ответ на такое требование выплаты возмещения за медицинские услуги. В документации по вашему плану также приводится полное описание процедуры подачи требования возмещения, апелляции или претензии по любым причинам в адрес вашего плана. Для получения более подробной информации о ваших правах, о данном уведомлении или о получении помощи, свяжитесь с планом по телефону 1-855-857-9959, или через сайт regence.com, или с Управлением по обеспечению пособий для работающих по найму граждан Министерства труда США по телефону 1-866-444-3272 или через сайт dol.gov/ebsa/healthreform. Кроме того, вы также можете связаться с Отделом финансового регулирования штата Орегон по телефону 1-503-947-7984, или по бесплатной линии для сообщений по номеру 1-888-877-4894, или написав письмо в Отдел финансового регулирования штата Орегон по адресу Oregon Division of Financial Regulation, Consumer Advocacy Unit, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405; через веб-сайт: dfr.oregon.gov/help/complaints-licenses/Pages/file-complaint.aspx; или по электронной почте: DFR.InsuranceHelp@oregon.gov.

Этот план предоставляет минимальное обязательное страховое покрытие? Да

Минимальное обязательное страховое покрытие, как правило, включает в себя планы, медицинское страхование, доступное на бирже, или другие индивидуальные представленные на рынке полисы, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и некоторые другие варианты покрытия. Если вы имеете право на определенные типы минимального обязательного страхового покрытия, вы можете не иметь права на налоговую субсидию на ежемесячный страховой взнос.

Соответствует ли этот план Стандартам о минимальной стоимости? Не применимо

Если ваш план не соответствует Стандартам о минимальной стоимости то вам может быть предоставлено право на налоговую субсидию на ежемесячный страховой взнос, которая поможет вам оплатить приобретение плана на бирже.

Доступ к языковым услугам

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1 (855) 857-9959.

Примеры страхового покрытия в возможных медицинских ситуациях в рамках данного плана приведены в следующем разделе.

Информация об этих примерах страхового покрытия



Это не инструмент расчета расходов. Варианты лечения представлены исключительно в качестве примера того, как план может покрывать ваше медицинское обслуживание. Ваши фактические расходы будут отличаться в зависимости от фактически получаемого вами лечения, установленных вашими поставщиками медицинских услуг расценок и многих других факторов. Обратите внимание на суммы расходов по системе распределения затрат (не покрываемый страховкой минимум, доплаты и расходы по совместному страхованию) и исключенные услуги в рамках плана. Воспользуйтесь этой информацией для сравнения доли расходов, которые вы бы понесли в рамках других медицинских страховых планов. Помните о том, что для этих примеров страхового покрытия за основу взято индивидуальное страхование.

Беременность и роды Пег

(9 месяцев наблюдения по беременности в профильном учреждении сети и роды в больнице)

■ Общий <u>непокрываемый минимум плана</u>	\$6100
■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалиста</u>	\$100
■ <u>Сострахование</u> услуг больницы (медучреждения)	30%
■ Прочие <u>взносы по сострахованию</u>	30%

Этот ПРИМЕР события включает в себя такие услуги, как:

Посещение кабинета специалиста (дородовой уход)
 Профессиональные услуги по родовспоможению / родоразрешению
 Услуги учреждения по родовспоможению / родоразрешению
Диагностические исследования (УЗИ и анализ крови)
 Прием у специалиста (анестезия)

Общая примерная стоимость	\$12700
----------------------------------	----------------

В рамках этого примера Пег заплатила бы:

<i>Доля по системе распределения затрат</i>	
<u>Не покрываемый страховкой минимум</u>	\$6100
<u>Доплаты</u>	\$10
<u>Расходы по совместному страхованию</u>	\$1800
<i>Что не входит в страховое покрытие</i>	
Ограничения или исключения	\$60
Общая сумма расходов Пег	\$7970

Контроль сахарного диабета 2 типа у Джо

(год планового лечения контролируемого состояния в учреждении сети обслуживания)

■ Общий <u>непокрываемый минимум плана</u>	\$6100
■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалиста</u>	\$100
■ <u>Сострахование</u> услуг больницы (медучреждения)	30%
■ Прочие <u>взносы по сострахованию</u>	30%

Этот ПРИМЕР события включает в себя такие услуги, как:

Посещение кабинета врача первичной медико-санитарной помощи (включая обучение о заболеваниях)
Диагностические исследования (анализ крови)
Рецептурные препараты
Медицинское оборудование длительного пользования (глюкометр)

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

В рамках этого примера Джо заплатил бы:

<i>Доля по системе распределения затрат</i>	
<u>Не покрываемый страховкой минимум</u>	\$900
<u>Доплаты</u>	\$900
<u>Расходы по совместному страхованию</u>	\$0
<i>Что не входит в страховое покрытие</i>	
Ограничения или исключения	\$200
Общая сумма расходов Джо	\$2000

Закрытый перелом у Ми

(обращение в пункт экстренной помощи в сети обслуживания и последующий уход)

■ Общий <u>непокрываемый минимум плана</u>	\$6100
■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалиста</u>	\$100
■ <u>Сострахование</u> услуг больницы (медучреждения)	30%
■ Прочие <u>взносы по сострахованию</u>	30%

Этот ПРИМЕР включает в себя такие услуги, как:

Обслуживание в пункте экстренной помощи (включая медицинские принадлежности)
Диагностические анализы (рентген)
Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)
Услуги реабилитации (физиотерапия)

Общая примерная стоимость	\$2800
----------------------------------	---------------

В рамках этого примера Ми заплатила бы:

<i>Доля по системе распределения затрат</i>	
<u>Не покрываемый страховкой минимум</u>	\$2100
<u>Доплаты</u>	\$400
<u>Расходы по совместному страхованию</u>	\$0
<i>Что не входит в страховое покрытие</i>	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма расходов Ми	\$2500

План оплатил бы прочие расходы в рамках этих ПРИМЕРОВ покрываемых страховкой услуг.

VSP — это независимая компания, которая предоставляет офтальмологические услуги.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Regence несет обязательства по соблюдению применимых норм федерального законодательства о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса инвалидности или пола. Regence не отказывает в обслуживании гражданам и не относится к ним хуже по причине их расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола.

Организация Regence:

предоставляет лицам с инвалидностью обоснованные модификации и бесплатные подходящие вспомогательные средства и услуги, предназначенные для облегчения и улучшения коммуникации с нами, в частности:

- услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
- письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиоформат, доступные электронные и другие форматы).

Бесплатно предоставляет услуги переводчиков для лиц, чьим основным языком не является английский, в частности:

- услуги квалифицированных устных переводчиков;
- информацию в письменном виде на прочих языках.

Если вам требуются обоснованные модификации, бесплатные подходящие вспомогательные средства и услуги или услуги языковой помощи, свяжитесь с координатором по вопросам соблюдения гражданских прав.

Если вы считаете, что Regence не смогла предоставить вам эти услуги или иным образом допустила дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса инвалидности или пола, то вы можете подать жалобу на имя указанного ниже координатора по вопросам соблюдения гражданских прав. Вы можете подать жалобу лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам понадобится помощь в подаче жалобы, вы можете обратиться за ней к координатору по вопросам соблюдения гражданских прав.

Отдел обслуживания участников

Координатор по вопросам соблюдения гражданских прав PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Телефон: 1-888-344-6347, для пользователей телетайпа (TTY): 711
Факс: 1-888-309-8784
Адрес электронной почты:
CS@regence.com

Отдел обслуживания участников программы Medicare

Телефон: 1-800-541-8981, (линия TTY: 711)
Адрес электронной почты:
medicareappeals@regence.com

Обслуживание участников VSP

Телефон: 1-844-299-3041
TTY: 1-800-428-4833

Вы также можете подать жалобу в связи с нарушением гражданских прав в Управление по защите гражданских прав Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде через портал для приема жалоб о нарушении гражданских прав Управления по защите гражданских прав по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по почте или по телефону:

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

Формы жалоб доступны по адресу
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Языковая поддержка

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ອຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)