



Краткое описание льгот и страхового покрытия (SBC) поможет вам выбрать план медицинского страхования. В документе SBC описывается, каким образом вы и план будете совместно оплачивать покрываемые медицинские услуги. ПРИМЕЧАНИЕ: информация о стоимости участия в плане (т. е. страховом взносе) будет предоставлена отдельно. Это лишь краткое изложение. Чтобы узнать подробнее о страховом покрытии или ознакомиться с полными условиями страхования перейдите по ссылке: PacificSource.com/plan-details. См. общие определения распространенных терминов, таких как разрешенная сумма, компенсация разницы, сострахование, доплата, франшиза, поставщик услуг и другие подчеркнутые термины, в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием онлайн по адресу Healthcare.gov/sbc-glossary или заказать экземпляр по телефону 1-888-977-9299.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
<p>Каков общий размер <u>франшизы</u>?</p>	<p><u>Поставщик услуг, входящий в сеть плана</u>: индивидуальная – \$6,100 / семейная – \$12,200</p>	<p>Как правило, прежде чем <u>план</u> начнет платить за услуги, вы должны оплачивать всю стоимость услуг, полученных у <u>поставщиков услуг</u>, пока не выплатите сумму <u>франшизы</u>. Если в <u>плане</u> участвуют другие члены семьи, каждый член семьи должен достичь суммы индивидуальной <u>франшизы</u>, пока общая сумма расходов, понесенных всеми членами семьи в качестве <u>франшизы</u>, не достигнет суммы общей семейной <u>франшизы</u>.</p>
<p>Покрываются ли какие-либо услуги до того, как вы достигнете суммы <u>франшизы</u>?</p>	<p>Да. <u>Профилактическая помощь</u> и другие услуги, перечисленные далее с пометкой «<u>франшиза</u> не применяется».</p>	<p><u>План</u> покрывает некоторые товары и услуги, даже если вы еще не достигли суммы <u>франшизы</u>. Однако вам может потребоваться внести <u>доплату</u> или <u>сострахование</u>. Например, <u>план</u> покрывает некоторые <u>профилактические услуги</u> без <u>разделения затрат</u> и до достижения суммы <u>франшизы</u>. См. список покрываемых <u>профилактических услуг</u> по адресу: Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
<p>Существуют ли другие <u>франшизы</u> для конкретных услуг?</p>	<p>Нет.</p>	<p>Вам не нужно вносить <u>франшизу</u> за конкретные услуги.</p>
<p>Каков <u>лимит собственных расходов</u> по <u>плану</u>?</p>	<p><u>Поставщик услуг, входящий в сеть плана</u>: индивидуальный – \$9,200 / семейный – \$18,400</p>	<p><u>Лимит собственных расходов</u> — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить за покрываемые услуги в течение года. Если в <u>плане</u> участвуют другие члены семьи, они должны выплатить <u>собственные лимиты расходов</u>, пока не будет достигнут общий <u>лимит собственных расходов</u> семьи.</p>
<p>Что не входит в <u>лимит собственных расходов</u>?</p>	<p><u>Страховые взносы</u>, <u>компенсация разницы</u> и медицинское обслуживание, не покрываемое <u>планом</u>, не засчитываются.</p>	<p>Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не входят в <u>лимит собственных расходов</u>.</p>

<p>Будете ли вы платить меньше, обращаясь к поставщикам услуг, входящим в сеть плана?</p>	<p>Да. Посетите сайт providerdirectory.PacificSource.com/?nPlan=Core или звоните по номеру 1-888-977-9299, чтобы получить список поставщиков услуг, входящих в сеть плана.</p>	<p>У плана есть сеть поставщиков услуг. Вы будете платить меньше, обращаясь к поставщикам услуг, входящим в сеть плана. Обращаясь к поставщику, не входящему в сеть плана, вы будете платить больше и получите счет от поставщика на разницу между суммой, выставленной поставщиком к оплате, и суммой, покрываемой планом (компенсация разницы). Помните, что поставщик услуг, входящий в сеть плана, может обратиться к поставщику, не входящему в сеть плана, за рядом услуг (например, лабораторных анализов). Перед получением услуг проконсультируйтесь со своим поставщиком услуг.</p>
<p>Требуется ли вам направление для посещения специалиста?</p>	<p>Нет.</p>	<p>Вы можете обратиться к выбранному вами специалисту без направления.</p>



Все суммы доплат и сострахования в таблице рассчитаны на период после того, как вы выплатите франшизу, если франшиза предусмотрена.

Сколько вы заплатите				
Типичная ситуация	Необходимые услуги	В сети (вы заплатите меньше)	Вне сети (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Вы посетили кабинет или клинику поставщика медицинских услуг	Первичный прием врача по поводу травмы или болезни	Первые три приема: <u>доплата</u> \$5 за прием; <u>франшиза</u> не применяется. При последующих приемах: <u>доплата</u> \$40 за прием; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Первые 3 приема в течение страхового года в совокупности, включая первичную медицинскую помощь, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь.
	Прием <u>специалиста</u>	<u>Доплата</u> за прием \$100; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Не имеется
	<u>Профилактическая помощь, обследование, иммунизация</u>	Бесплатно; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Профилактические медицинские осмотры: 13 приемов в возрасте 0–36 месяцев, ежегодно для детей от 3 лет и старше. Ежегодные профилактические осмотры для женщин. Возможно, вам придется заплатить за услуги, которые не являются профилактическими. Уточните у <u>врача</u> , считаются ли нужные услуги профилактическими. Затем проверьте, что покрывает <u>план</u> . Отказ от курения: не покрывается вне сети.
Вам нужно выполнить исследование или анализ	<u>Диагностические тесты</u> (рентгенография, анализ крови)	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Не имеется
	Визуальное исследование (КТ/ПЭТ, МРТ)	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Требуется предварительное разрешение. Если оно не получено, вы несете ответственность за оплату.
Вам нужны лекарства от острого или хронического заболевания	Непатентованные лекарства – уровень 1	Аптека: <u>доплата</u> \$15 за препарат; <u>франшиза</u> не применяется. Заказ по почте: <u>доплата</u> \$30 за препарат; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	

Сколько вы заплатите				
Типичная ситуация	Необходимые услуги	В сети (вы заплатите меньше)	Вне сети (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
См. подробнее о <u>покрытии рецептурных препаратов</u> по адресу: PacificSource.com/drug-list	Предпочтительные препараты – уровень 2	Аптека: <u>доплата</u> \$60 за препарат; <u>франшиза</u> не применяется. Заказ по почте: <u>доплата</u> \$180 за препарат; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Для всех уровней <u>рецептурных</u> препаратов: В рамках льготы на рецептурные препараты некоторые лекарства, принимаемые амбулаторно в профилактических целях, предоставляются бесплатно в аптеке, входящей в сеть плана; <u>франшиза</u> не применяется. Суммы <u>разделения затрат</u> указаны для 30-дневного запаса лекарства при получении в аптеке и для 90-дневного запаса при заказе по почте. Количество препарата, получаемого в аптеке и по почте, ограничено 90-дневным запасом. Количество <u>специализированного лекарственного препарата</u> ограничено 30-дневным запасом. Для приобретения некоторых лекарственных препаратов требуется предварительное разрешение. Если оно не получено, вы несете ответственность за оплату.
	Непредпочтительные препараты – уровень 3	Аптека: <u>Сострахование</u> – 50%; <u>франшиза</u> не применяется. Заказ по почте: <u>Сострахование</u> – 50%; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	
	<u>Специализированные лекарства</u> – уровень 4	Аптека: <u>Сострахование</u> – 50%; <u>франшиза</u> не применяется. Заказ по почте: <u>Сострахование</u> – 50%; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	
Вам предстоит амбулаторная операция	Стоимость услуг медицинского учреждения (например, амбулаторного хирургического центра)	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Для некоторых хирургических операций требуется предварительное разрешение. Если оно не получено, вы несете ответственность за оплату.
	Стоимость услуг врачей/хирургов	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Не имеется
Вам требуется немедленная медицинская помощь	<u>Отделение экстренной помощи</u>	Экстренная ситуация: <u>Сострахование</u> – 30% Неэкстренная ситуация: <u>Сострахование</u> – 30%	Экстренная ситуация: <u>Сострахование</u> – 30% Неэкстренная ситуация: Не покрывается	Не имеется

Сколько вы заплатите				
Типичная ситуация	Необходимые услуги	В сети (вы заплатите меньше)	Вне сети (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
	<u>Экстренная перевозка медицинским транспортом</u>	Наземный транспорт: <u>Сострахование</u> – 30% Воздушный транспорт: <u>Сострахование</u> – 30%	Наземный транспорт: <u>Сострахование</u> – 30% Воздушный транспорт: <u>Сострахование</u> – 30%	Только в ближайшем медицинском учреждении, способном оказать необходимую помощь. Воздушный транспорт покрывается, если наземная транспортировка невозможна по медицинским или физическим показаниям.
	<u>Неотложная медицинская помощь</u>	<u>Доплата</u> \$70 за прием; франшиза не применяется	Не покрывается	Доступ к <u>неотложной медицинской помощи</u> вне сети предоставляется по внутрисетевой схеме <u>разделения затрат</u> только при обращении через нашу сеть.
Вам предстоит госпитализация	Стоимость услуг медицинского учреждения (например, палаты в больнице)	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Размещение не в индивидуальной палате, за исключением случаев, когда она необходима. Для некоторых видов стационарного лечения требуется предварительное разрешение. Если оно не получено, вы несете ответственность за оплату.
	Стоимость услуг врачей/хирургов	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Не имеется
Вам необходима психологическая, психиатрическая или наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	Первые три приема: <u>доплата</u> \$5 за прием; <u>франшиза</u> не применяется. При последующих приемах: <u>доплата</u> \$40 за прием; <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Первые 3 приема в течение страхового года в совокупности, включая первичную медицинскую помощь, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь
	Стационарное лечение	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Для некоторых видов стационарного лечения требуется предварительное разрешение. Если оно не получено, вы несете ответственность за оплату.
Вы беременны	Прием в кабинете врача	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Для <u>профилактических услуг</u> <u>разделение затрат</u> не предусмотрено. Роды и обращение в больницу
	Профессиональные услуги по родовспоможению	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	

Сколько вы заплатите				
Типичная ситуация	Необходимые услуги	В сети (вы заплатите меньше)	Вне сети (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
	Услуги родильного отделения/родильного дома	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	покрываются в рамках льгот дородового и послеродового ухода. Услуги медицинского учреждения покрываются таким же образом, что и любые другие больничные услуги.
Вам нужна помощь в восстановлении здоровья или у вас имеются другие особые медицинские потребности	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Услуги частных медсестер или сиделок не покрываются.
	<u>Реабилитационные услуги</u>	Стационарное лечение: <u>Сострахование</u> – 30% Амбулаторное лечение: <u>доплата</u> \$40 за прием; <u>франшиза</u> не применяется, если прием проводится в кабинете врача; во всех остальных случаях <u>сострахование</u> 30%.	Стационарное лечение: не покрывается Амбулаторное лечение: не покрывается	Стационарное лечение: ограничено 30 днями в году. Амбулаторное лечение: ограничено 30 обращениями в год. Рекреационная терапия не покрывается.
	<u>Услуги адаптации</u>	Стационарное лечение: <u>Сострахование</u> – 30% Амбулаторное лечение: <u>доплата</u> \$40 за прием; <u>франшиза</u> не применяется, если прием проводится в кабинете врача; во всех остальных случаях <u>сострахование</u> 30%.	Стационарное лечение: не покрывается Амбулаторное лечение: не покрывается	Стационарное лечение: ограничено 30 днями в году. Амбулаторное лечение: ограничено 30 обращениями в год. Рекреационная терапия не покрывается.
	<u>Квалифицированный сестринский уход</u>	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Ограничено 60 днями в году. Услуги сиделок не покрываются.

Сколько вы заплатите				
Типичная ситуация	Необходимые услуги	В сети (вы заплатите меньше)	Вне сети (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Ограничения: \$5,000 в год в совокупности; одна пара очков или контактных линз в год; один молокоотсос за беременность; один парик в год при прохождении химио- или лучевой терапии. Требуется предварительное разрешение, если стоимость оборудования выше \$2,500, а также в случае инвалидных колясок с электроприводом; в противном случае вы несете ответственность за расходы.
	<u>Услуги хосписа</u>	<u>Сострахование</u> – 30%	Не покрывается	Услуги частных медсестер не покрываются. Услуги временного ухода ограничены 5 днями подряд и 30 днями в течение всей жизни.
Вашему ребенку требуется стоматологическая или офтальмологическая помощь	Осмотр глаз у детей	Бесплатно; <u>франшиза</u> не применяется.	Бесплатно, если стоимость выше \$40; <u>франшиза</u> не применяется, затем <u>сострахование</u> 100%.	Для лиц в возрасте 18 лет и младше покрывается один плановый осмотр глаз в год.
	Детские очки	Совокупно в сети и вне ее: <u>Сострахование</u> – 30%	Совокупно в сети и вне ее: <u>Сострахование</u> – 30%	Совокупно в сети и вне ее: для лиц в возрасте 18 лет и младше одна пара очков (оправа и линзы) или контактных линз (линзы и их подбор) в год. Бесплатно, если стоимость не выше \$150; <u>франшиза</u> не применяется.
	Стоматологическая помощь для детей	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги:

Услуги, которые, план обычно НЕ покрывает (см. подробнее и список исключенных услуг в полисе или документах плана)

- | | | |
|--|---|--|
| • Бариатрическая хирургия | • Лечение бесплодия | • Частные медсестры |
| • Косметическая хирургия (за исключением определенных случаев) | • Долгосрочный уход | • Плановый осмотр глаз (для взрослых) |
| • Стоматологическая помощь (для взрослых) | • Неэкстренная медицинская помощь при поездках за пределы США | • Плановый уход за стопами, за исключением случаев сахарного диабета |

Другие покрываемые услуги (На эти услуги могут распространяться ограничения. Это неполный список. См. документы плана.)

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| • Аборт | • Мануальная терапия, 20 сеансов в год | • Слуховые аппараты (для детей) |
| • Иглоукалывание, 12 сеансов в год | • Слуховые аппараты (для взрослых) | • Программы по снижению веса |

Ваши права на продолжение страхового покрытия. Некоторые ведомства могут помочь, если вы хотите продолжить действие страхового полиса после окончания его действия. Контактная информация: Отделение финансового регулирования — по телефону 1-888-877-4894 или по адресу dfr.oregon.gov. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуального страхового полиса через биржу медицинского страхования. См. подробнее о бирже медицинского страхования на сайте Healthcare.gov или звоните по номеру 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу жалоб и апелляций. Некоторые организации могут помочь, если у вас есть жалоба на страховой план в связи с отказом в оплате страхового требования. Эта жалоба называется претензией или апелляцией. См. подробнее о ваших правах в разъяснении льгот, которое вы получите по данному медицинскому страховому требованию. В документах плана также содержится полная информация о том, как подать плану страховое требование, апелляцию или жалобу по любой причине. За подробностями о ваших правах, данном уведомлении или для получения помощи обращайтесь: в службу поддержки клиентов PacificSource по телефону 1-888-977-9299, в Отделение финансового регулирования по телефону 1-888-877-4894 или через сайт dfr.oregon.gov.

Предоставляет ли план минимальное обязательное страховое покрытие? Да.

Минимальное обязательное страховое покрытие обычно предоставляется планами и медицинским страхованием, доступными через биржу медицинского страхования, другими индивидуальными полисами на рынке, программами Medicare, Medicaid, CHIP и TRICARE, а также другими видами страхования. Если вы имеете право на определенные виды минимального обязательного страхового покрытия, вы можете не иметь права на налоговый вычет за страховые взносы.

Соответствует ли данный план минимальным стандартам стоимости? Не применимо.

Если план не соответствует минимальным стандартам стоимости, вы можете иметь право на налоговый вычет за страховые взносы, который поможет вам заплатить за план, доступный через биржу медицинского страхования.

Услуги по обеспечению языкового доступа:

Испанский (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-977-9299.

Тагальский (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-977-9299.

Китайский (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-977-9299.

См. подробнее о том, как план может покрыть медицинские расходы в конкретной ситуации, в следующем разделе.

О приведенных ниже примерах страхового покрытия:



Это не калькулятор стоимости. Далее приведены примеры того, как план может покрывать медицинское обслуживание. Фактические затраты зависят от вида оказанной медицинской помощи, цен, установленных поставщиком услуг, и многих других факторов. Обратите особое внимание на суммы разделения затрат (франшизы, доплаты и сострахование) и на исключенные услуги по этому плану. Используйте эту информацию, чтобы сравнить долю расходов, которую вы можете оплачивать по различным планам медицинского страхования. Помните, что приведенные примеры страхового покрытия основаны на страховании одного лица.

У Пег скоро родится ребенок

(9 месяцев дородового наблюдения в медицинском учреждении, входящем в сеть, и роды в больнице)

- **Общая франшиза по плану** \$6,100
- **Специалист** Доплата \$100
- **Больница (учреждение)** Сострахование – 30%
- **Прочие услуги** Сострахование – 30%

ПРИМЕР ситуации включает такие услуги, как:
 Прием специалиста (дородовое наблюдение)
 Профессиональные услуги по родовспоможению
 Услуги родильного отделения/родильного дома
Диагностические тесты (УЗИ и анализы крови)
 Прием специалиста (анестезиолога)

Общая стоимость примера	\$12,700
В примере Пег заплатит:	
<i>Разделение затрат</i>	
<u>Франшизы</u>	\$6100
<u>Доплаты</u>	\$10
<u>Сострахование</u>	\$1900
<i>Что не покрывается</i>	
Ограничения и исключения	\$60
Общая сумма, которую заплатит Пег, составляет	\$8,070

Контроль диабета 2-го типа у Джо

(один год планового лечения хорошо контролируемого заболевания в медицинском учреждении, входящем в сеть)

- **Общая франшиза по плану** \$6,100
- **Специалист** Доплата \$100
- **Больница (учреждение)** Сострахование – 30%
- **Прочие услуги** Сострахование – 30%

ПРИМЕР ситуации включает такие услуги, как:
 Приемы врача первичной медицинской помощи (включая медико-санитарное просвещение)
Диагностические тесты (анализы крови)
Рецептурные препараты
Медицинское оборудование длительного пользования (глюкометр)

Общая стоимость примера	\$5,600
В примере Джо заплатит:	
<i>Разделение затрат</i>	
<u>Франшизы</u>	\$900
<u>Доплаты</u>	\$1000
<u>Сострахование</u>	\$0
<i>Что не покрывается</i>	
Ограничения и исключения	\$20
Общая сумма, которую заплатит Джо, составляет	\$1,920

Неосложненный перелом кости у Мии

(посещение отделения экстренной помощи, входящего в сеть, и последующее лечение)

- **Общая франшиза по плану** \$6,100
- **Специалист** Доплата \$100
- **Больница (учреждение)** Сострахование – 30%
- **Прочие услуги** Сострахование – 30%

ПРИМЕР ситуации включает такие услуги, как:
Отделение экстренной помощи (включая медицинские принадлежности)
Диагностический тест (рентгенография)
Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)
Реабилитационные услуги (физиотерапия)

Общая стоимость примера	\$2,800
В примере Миа заплатит:	
<i>Разделение затрат</i>	
<u>Франшизы</u>	\$2100
<u>Доплаты</u>	\$400
<u>Сострахование</u>	\$0
<i>Что не покрывается</i>	
Ограничения и исключения	\$20
Общая сумма, которую заплатит Миа, составляет	\$2,500

Данный план возьмет на себя оплату остальных расходов, связанных с указанными в данном ПРИМЕРЕ услугами.