



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги




В справочнике «Краткая информация о льготах и страховом покрытии» (Summary of Benefits and Coverage, SBC) разъясняется, как доля затрат за покрываемые услуги здравоохранения будет распределена между вами и планом. ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого плана (это называется страховой взнос) будет предоставлена отдельно. Чтобы получить более подробную информацию о вашем покрытии или заказать копию полного справочника условий покрытия, звоните по телефону **1-844-854-7272** или посетите наш веб-сайт **lacare.org**. Общие определения принятых терминов, таких как разрешенная сумма, балансовое выставление счета, доля в совместном страховании, доплата, франшиза, поставщик услуг, или других подчеркнутых терминов можно найти в словаре терминов. Ознакомиться со словарем терминов можно на сайте **www.healthcare.gov/sbc-glossary** com; бумажную копию можно заказать по телефону **1-844-854-7272**.

| Важные вопросы | Ответы | Почему это важно |
|---|--|---|
| <u>Какова общая стоимость франшизы?</u> | \$0 | В таблице «Распространенные медицинские случаи» ниже указана стоимость услуг, которые покрывает данный <u>план</u> . |
| Существуют ли какие-нибудь услуги, которые покрываются до того, как ваши затраты достигнут уровня <u>франшизы</u> ? | Нет | Ваши затраты должны превысить уровень стоимости <u>франшизы</u> , прежде чем <u>план</u> начнет платить за какие-либо услуги. |
| Существуют ли другие виды <u>франшизы</u> в отношении определенных услуг? | Нет | Для получения определенных услуг достижения уровня <u>франшизы</u> не требуется. |
| Какова <u>максимальная сумма затрат из собственных средств</u> в рамках данного <u>плана</u> ? | \$1000 | <u>Максимальная сумма затрат из собственных средств</u> — это максимум, что вы платите за покрываемые услуги в течение года. |
| Что не входит в <u>максимальную сумму затрат из собственных средств</u> ? | <u>Страховые взносы, балансовое выставление счета и услуги</u> здравоохранения, не покрываемые данным планом | Несмотря на то, что вы их оплачиваете, они не входят в число <u>затрат из собственных средств</u> . |



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

| | | |
|---|--|--|
| <p>Будете ли вы платить меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в сеть данного плана?</p> | <p>Да. Чтобы получить список поставщиков услуг, заключивших договор с планом, посетите веб-сайт lacare.org или позвоните по телефону 1-844.854.7272</p> | <p>Этот план использует сеть поставщиков услуг. Вы будете платить меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в сеть данного плана. Вы будете платить больше всего, если обратитесь к поставщику услуг, не входящему в сеть данного плана, в этом случае вы можете получить счет от поставщика услуг на разницу между суммой оплаты поставщику услуг и суммой, оплачиваемой вашим планом (балансовое выставление счета). Имейте в виду, что ваш участвующий в плане поставщик услуг в отдельных случаях может воспользоваться услугами не входящего в сеть поставщика услуг (например, для проведения анализов). Перед получением такой услуги уточните этот вопрос у своего поставщика услуг.</p> |
| <p>Требуется ли направление для визита к специалисту?</p> | <p>Да.</p> | <p>При визите к специалисту для получения покрываемых услуг данный план оплатит все расходы или их часть, но только при условии наличия направления перед визитом к специалисту.</p> |
| <p>Существуют ли услуги, которые данный план не покрывает?</p> | <p>Да</p> | <p>Некоторые услуги, которые данный план не покрывает, перечислены на стр. 5. Обратитесь в ваш страховой полис или другим документам плана для получения дополнительной информации об исключенных услугах.</p> |
| <p> Информация о стоимости доплаты и совместного страхования, указанная в этой таблице, — это стоимость после достижения франшизы, если она применима.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Размер суммы, которую оплачивает план за предоставление покрываемых услуг, основан на размере разрешенной суммы. Если стоимость услуги у поставщика, не входящего в сеть, выше разрешенной суммы, возможно, вам придется оплатить разницу. Например, если стоимость суточного пребывания в больнице, которая не входит в сеть плана, составляет \$1500, а разрешенная сумма составляет \$1000, возможно, вам придется оплатить разницу в размере \$500. (Это называется балансовое выставление счета.) В некоторых случаях поставщик, не входящий в план, может предоставить покрываемые услуги в сетевом учреждении, где вам было разрешено получение услуг. Вы не несете ответственности за выплату каких-либо сумм, превышающих размер вашей доли при оплате услуг, которые вы получаете в учреждениях плана или во входящих в сеть учреждениях, где вам разрешено получать медицинское обслуживание. • Данный план требует пользоваться услугами поставщиков, входящих в сеть плана, кроме случаев, когда у вас есть разрешение плана. | | |

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию [плана](#) или полис на веб-сайте lacare.org.



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

| Распространенные медицинские случаи | Услуги, которые могут понадобиться | Сколько вы заплатите | | Ограничения, исключения и другая важная информация |
|---|---|--|---|---|
| | | Входящий в сеть поставщик услуг (наименьшая для вас стоимость) | Не входящий в сеть поставщик услуг (наибольшая для вас стоимость) | |
| Прием у <u>поставщика медицинских услуг в офисе или клинике</u> | Прием у основного лечащего врача по поводу травмы или заболевания | \$5 <u>доплата</u> /осмотр | Не покрывается | Нет |
| | Прием у <u>специалиста</u> | \$2 <u>доплата</u> /прием | Не покрывается | Требуется направление врача первичного обслуживания. В случае отсутствия направления участник плана оплачивает стоимость услуг. |
| | Посещение другого практикующего врача | Не покрывается | Не покрывается | Нет |
| | <u>Профилактические услуги/обследования/</u> вакцинация | \$5 <u>доплата</u> /прием | Не покрывается | Нет |
| Если вам назначено обследование | <u>Диагностическое обследование</u> (рентген, анализ крови) | \$0 за обследование | Не покрывается | Нет |
| | Медицинская визуализация (КТ/ПЭТ сканирование, МРТ) | \$0 за обследование | Не покрывается | Нет |
| Если вам нужны препараты для лечения серьезного заболевания или состояния | Непатентованные препараты из фармакологического справочника | \$5 за рецепт | Не покрывается | Покрывается стоимость запаса препарата на 30 дней. Стоимость поддерживающих препаратов покрывается на 90 дней. Существуют исключения. Обратитесь к страховому полису или другим документам плана для получения дополнительной информации об <u>исключенных услугах</u> .* |

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию плана или полис на веб-сайте lacare.org.



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <p>Более подробная информация о покрытии рецептурных препаратов можно получить на странице https://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services</p> | <p>Патентованные препараты из фармакологического справочника</p> | <p>\$5 за рецепт</p> | <p>Не покрывается</p> | <p>Покрывается максимум 30-дневный запас препарата. Существуют исключения. Обратитесь к страховому полису или другим документам плана для получения дополнительной информации об исключенных услугах.*</p> |
| | <p>Препараты, не входящие в справочник</p> | <p>\$5 за рецепт</p> | <p>Не покрывается</p> | <p>Покрывается при наличии разрешения. Существуют исключения. Обратитесь к страховому полису или другим документам плана для получения дополнительной информации об исключенных услугах.*</p> |
| <p>Амбулаторная операция</p> | <p>Плата за услуги медицинского учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)</p> | <p>Доплата \$0</p> | <p>Не покрывается</p> | <p>Существуют исключения. Обратитесь к страховому полису или другим документам плана для получения дополнительной информации об исключенных услугах.*</p> |
| | <p>Оплата услуг врача/хирурга</p> | <p>Доплата \$0</p> | <p>Не покрывается</p> | <p>Существуют исключения. Обратитесь к страховому полису или другим документам плана для получения дополнительной информации об исключенных услугах.*</p> |
| <p>Если вам нужна немедленная медицинская помощь</p> | <p>Услуги отделения скорой помощи</p> | <p>Доплата \$35</p> | <p>Доплата \$35</p> | <p>Не применяется в случае госпитализации</p> |
| | <p>Экстренная медицинская транспортировка</p> | <p>Доплата \$0</p> | <p>Доплата \$0</p> | <p>Исключение для покрытия составляет перевозка самолетом, в пассажирском автомобиле, такси или другом виде общественного транспорта.</p> |
| | <p>Неотложная медицинская помощь</p> | <p>Доплата \$5</p> | <p>Доплата \$5</p> | <p>Услуги поставщиков, не входящих в сеть, покрываются только если они получены за пределами округа Лос-Анджелеса.</p> |

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию [плана](#) или полис на веб-сайте [lacare.org](https://www.lacare.org).



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------|---|
| Стационарное лечение | Плата за услуги медицинского учреждения (например, больничная палата) | Доплата \$0 | Не покрывается | |
| | Оплата услуг врача/хирурга | Доплата \$0 | Не покрывается | |
| Услуги в области психического или поведенческого здоровья или услуги по лечению от злоупотребления психоактивными веществами | Амбулаторные услуги | Доплата \$5 | Не покрывается | Для психологического тестирования требуется предварительное разрешение. |
| | Амбулаторные услуги на базе медицинского учреждения | Доплата \$0 | Не покрывается | Предварительное разрешение требуется для отдельных услуг.* |
| | Стационарное обслуживание | Доплата \$0 | Не покрывается | Требуется предварительное разрешение.* |
| Беременность | Прием в офисе врача | Доплата \$5 | Не покрывается | |
| | Профессиональные услуги по родовспоможению | Доплата \$0 | Не покрывается | |
| | Роды / услуги родильного дома | Доплата \$0 | Не покрывается | |
| Помощь в восстановлении или какие-либо другие специальные медицинские услуги | Медицинский уход на дому | Доплата \$0 | Не покрывается | Квалифицированное обслуживание, необходимое по медицинским показаниям. Повседневный уход не покрывается.* |
| | Услуги реабилитации | Доплата \$5 | Не покрывается | Сюда входят амбулаторные услуги, физическая, трудовая, дыхательная терапия и услуги логопеда.* |
| | Услуги по адаптации | Не покрывается | Не покрывается | Не покрывается |

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию [плана](#) или полис на веб-сайте lacare.org.



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------|--|
| | Квалифицированный сестринский уход | Доплата \$0 | Не покрывается | Льгота предоставляется на максимальный срок в 100 дней за один страховой год. |
| | Медицинское оборудование длительного пользования; | Доплата \$0 | Не покрывается | Оборудование для домашнего использования, необходимое по медицинским показаниям.* |
| | Услуги хосписа | Доплата \$0 | Не покрывается | Покрывается только для лиц с установленным диагнозом смертельного заболевания с ожидаемой продолжительностью жизни 12 месяцев или менее. |
| Услуги стоматолога или офтальмолога для ребенка | Офтальмологический осмотр для ребенка | Не покрывается | Не покрывается | Не покрывается |
| | Очки для детей | Не покрывается | Не покрывается | Не покрывается |
| | Осмотр ребенка у стоматолога | Не покрывается | Не покрывается | Не покрывается |

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию [плана](#) или полис на веб-сайте lacare.org.



Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

Исключенные и другие не покрываемые планом услуги:

Услуги, которые ваш план обычно НЕ покрывает (дополнительную информацию и полный список исключенных услуг можно найти в страховом полисе или в документации плана.)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Иглоукалывание • Услуги мануального терапевта • Пластическая хирургия • Услуги по адаптации | <ul style="list-style-type: none"> • Слуховые аппараты • Лечение бесплодия (кроме случаев, когда услуги являются необходимыми по медицинским показаниям в связи с заболеваниями) • Долговременный медицинский уход | <ul style="list-style-type: none"> • Уход на частной основе • Стандартное стоматологическое обслуживание (если услуги не являются необходимыми по медицинским показаниям) • Плановая офтальмологическая помощь • Плановый уход за стопами |
|--|---|---|

Ваши права на продолжение страхового покрытия: специальные учреждения, которые могут вам помочь, если вы хотите продлить ваше страховое покрытие после того, как оно закончится. Контактная информация данных учреждений: [insert State, NHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Вы также можете воспользоваться другими вариантами страхования, включая приобретение индивидуального страхового покрытия на рынке страховых услуг (Health Insurance Marketplace). Дополнительную информацию о рынке страховых услуг можно получить на вебсайте www.HealthCare.gov или по тел. 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу претензий и апелляций: специальные учреждения, которые могут вам помочь, если у вас есть жалоба на план по поводу отказа в оплате страхового требования. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Дополнительную информацию о своих правах вы сможете найти в документе «Разъяснение страховых льгот», которое вы получите в ответ на ваше медицинское страховое требование. Документация вашего плана также содержит исчерпывающую информацию о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по поводу каких-либо действий плана. Для получения дополнительной информации о ваших правах, данном извещении или для получения помощи, обратитесь: [insert applicable contact information from instructions].

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию плана или полис на веб-сайте lacare.org.



L.A. Care
PASC-SEIU

План медицинского страхования PASC-SEIU для работников сферы услуг на дому Для работников программы помощи на дому

Период покрытия: 2022- 2023

Покрытие в рамках индивидуального | плана: НМО

Краткая информация о льготах и страховом покрытии: что покрывается планом и сколько вы должны платить за покрываемые услуги

Обеспечивает ли этот план минимально необходимое покрытие? Да

Минимально необходимое покрытие обычно включает планы, медицинское страхование, доступное через рынке страховых услуг или какие-либо другие индивидуально приобретаемые полисы, программы Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и некоторые другие виды страхового покрытия. Если вы имеете право на определенные виды минимального основного покрытия, вы, возможно, не сможете получить налоговые льготы за страховой взнос

Соответствует ли этот план стандартам минимальной стоимости? Да

Если ваш план не соответствует стандартам минимальной стоимости, у вас может быть право получить налоговые льготы за страховой взнос, чтобы помочь вам в оплате за план через рынке страховых услуг.

Услуги переводчиков:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-844-854-7272**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-844-854-7272**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-844-854-7272**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' **1-844-854-7272**.

Примеры покрытия планом расходов по некоторым медицинским ситуациям приведены в следующем разделе.

Заявление по закону о снижении бумажного документооборота. в соответствии с Законом о снижении бумажного документооборота от 1995 года, никто не обязан отвечать на запросы о сборе данных, если на документах не указан действующий контрольный номер Административно-бюджетного управления (Office of Management and Budget, OMB). Действующий контрольный номер OMB для данной формы опроса: **0938-1146**. Для заполнения данного документа по сбору данных требуется в среднем **0,08** часа, включая время, необходимое для прочтения указаний, поиска имеющихся источников данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки собираемых данных. Если у вас имеются замечания относительно точности расчета времени или предложения по усовершенствованию настоящей формы, пожалуйста, пишите: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Для получения подробной информации об ограничениях и исключениях см. документацию плана или полис на веб-сайте lacare.org.

Об этих примерах страхового покрытия:



Это не определитель стоимости. Приведенные виды лечения служат лишь для иллюстрации того, как данный план может покрывать медицинское обслуживание. Ваши фактические расходы будут отличаться в зависимости от получаемых вами медицинских услуг, цен у ваших поставщиков услуг и многих других факторов. Обратите основное внимание на суммы совместного несения расходов (франшизы, доплаты и доли в совместном страховании) а также исключенные услуги по условиям данного плана. Используйте эту информацию для сравнения той части расходов, которую вам пришлось бы оплатить по условиям других планов медицинского страхования. Просьба обратить внимание на то, что эти примеры покрытия основаны на индивидуальном типе покрытия.

У Пег будет ребенок

(9 месяцев дородового ухода у поставщика услуг, входящего в сеть данного плана, и роды в больнице)

- Общая сумма франшизы плана \$
- Специалист [доля в распределении затрат] \$
- Больница (учреждение) [доля в распределении затрат] %
- Другая [доля в распределении затрат] %

Этот ПРИМЕР включает в себя такие услуги, как:

Амбулаторные посещения специалиста (дородовое наблюдение)

Профессиональные услуги по принятию родов

Услуги по принятию родов в стационаре

Диагностические обследования (УЗИ и анализ крови)

Посещение специалиста (анестезия)

| | |
|---------------------------------------|---------|
| Общая сумма расходов в данном примере | \$12700 |
|---------------------------------------|---------|

В данном примере Пег заплатила бы:

| Доля в распределении затрат | |
|--|--------------|
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$50 |
| <u>Доля в совместном страховании</u> | \$0 |
| Что не покрывается | |
| Ограничения или исключения | \$60 |
| Сумма, которую заплатила бы Пег | \$110 |

Лечение диабета 2-го типа у Джо

(год регулярного медицинского наблюдения у входящего в сеть поставщика услуг по поводу хорошо контролируемого состояния)

- Общая сумма франшизы плана \$
- Специалист [доля в распределении затрат] \$
- Больница (учреждение) [доля в распределении затрат] %
- Другая [доля в распределении затрат] %

Этот ПРИМЕР включает такие услуги, как:

Прием в офисе у врача первичного обслуживания

(включая просвещение о заболевании)

Диагностические обследования (анализ крови)

Рецептурные препараты

Медицинское оборудование длительного использования (глюкометр)

| | |
|---------------------------------------|--------|
| Общая сумма расходов в данном примере | \$5600 |
|---------------------------------------|--------|

В данном примере Джо заплатил бы:

| Доля в распределении затрат | |
|---------------------------------------|---------------|
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$290 |
| <u>Доля в совместном страховании</u> | \$0 |
| Что не покрывается | |
| Ограничения или исключения | \$815 |
| Сумма, которую заплатил бы Джо | \$1105 |

Простой перелом у Ми

(посещение отделения неотложной помощи, входящего в сеть, и последующее врачебное наблюдение)

- Общая сумма франшизы плана \$
- Специалист [доля в распределении затрат] \$
- Больница (учреждение) [доля в распределении затрат] %
- Другая [доля в распределении затрат] %

Этот ПРИМЕР включает такие услуги, как:

Лечение в отделении неотложной помощи

(включая медицинские принадлежности)

Диагностическое обследование (рентген)

Медицинское оборудование длительного использования (костыли)

Реабилитационные услуги (физиотерапия)

| | |
|---------------------------------------|--------|
| Общая сумма расходов в данном примере | \$2800 |
|---------------------------------------|--------|

В данном примере Ми заплатила бы:

| Доля в распределении затрат | |
|---------------------------------------|-------------|
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$70 |
| <u>Доля в совместном страховании</u> | \$0 |
| Что не покрывается | |
| Ограничения или исключения | \$0 |
| Сумма, которую заплатила бы Ми | \$70 |