

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | Групповое покрытие



Перед Вами сокращенная версия документа. Если Вы хотите получить более подробную информацию о Вашем страховом покрытии и стоимости услуг, Вы можете найти полные условия в полисе или в документации плана на веб-сайте lacare.org или позвонив по телефону **1.844.854.7272**.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Каков размер франшизы?	\$0	Суммы ваших затрат на услуги, покрываемые данным планом, указаны в таблице (начиная со страницы 2).
Существуют ли другие виды франшиз в отношении определенных услуг?	Нет	Вы не должны выплачивать франшизу за определенные виды услуг. Суммы Ваших затрат на услуги, покрываемые данным планом, указаны в таблице (начиная со страницы 2).
Существует ли лимит на мои собственные затраты?	Да, это доплата в размере \$1,000 на человека.	Лимит собственных затрат участника плана — это максимальная сумма, которую Вы можете заплатить в течение периода страхового покрытия (как правило, в течение одного года) при оплате Вашей части стоимости покрываемых услуг. Этот лимит позволяет Вам планировать затраты на медицинское обслуживание.
Какие затраты не входят в лимит собственных затрат участника?	Страховые взносы и затраты на медицинские услуги, не покрываемые данным планом	Несмотря на то что Вы несете данные затраты, они не входят в лимит собственных затрат участника .
Существует ли общее ограничение на сумму, которую оплачивает план за год?	Нет	В таблице (начиная со страницы 2) указаны все ограничения на оплату планом определенных покрываемых услуг, например, визитов к врачу.
Существует ли в данном плане сеть поставщиков услуг?	Да. Список поставщиков, входящих в сеть плана, представлен на веб-сайте lacare.org	Если Вы будете пользоваться услугами поставщика, работающего по контракту с планом, план оплатит некоторые или все затраты на покрываемые услуги. В некоторых случаях поставщик, не входящий в сеть плана, может предоставлять покрываемые услуги во входящем в сеть учреждении, где Вам разрешено получать медицинское обслуживание. Вы не несете ответственности за выплату каких-либо сумм, превышающих размер Вашей доли при оплате покрываемых услуг, которые Вы получаете в учреждениях плана или во входящих в сеть учреждениях, где Вам разрешено получать медицинское обслуживание. Планы используют термины «входящий в сеть», «заключивший договор с планом», «предпочтительный» или «участвующий в плане» для обозначения поставщиков, входящих в сеть плана. В таблице (начиная со страницы 2) указано, каким образом план осуществляет оплату услуг разных поставщиков.
Нужно ли мне направление, если я хочу прийти на прием к узкому специалисту?	Да. Вам должен выдать направление Ваш врач первичного обслуживания (Primary Care Physician, PCP).	Данный план оплатит полностью или частично посещение специалиста для получения покрываемых услуг, но только в том случае, если у Вас будет разрешение плана на посещение данного специалиста. Чтобы посетить поставщиков услуг по охране и восстановлению психического здоровья (в связи с психическим расстройством или расстройством, связанным с зависимостью от какого-либо вещества), Вам не нужно направление PCP.
Существуют ли услуги, которые данный план не покрывает?	Да	Некоторые услуги, которые не покрывает данный план, указаны на странице 5. Дополнительная информация об исключенных услугах указана в Вашем полисе или документации плана.

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте ccio.cms.gov или позвонив по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | Групповое покрытие

- **Доплаты** — это фиксированные суммы в долларах (например, \$5), которые Вы платите за покрываемые медицинские услуги, как правило, при получении услуги.
- **Доля в совместном страховании** — это *Ваша* доля при оплате покрываемой услуги, которая рассчитывается как процент от **разрешенной суммы** платежа за услугу. Например, если согласно плану **разрешенная сумма** платежа за пребывание в больнице в течение одних суток составляет \$1,000, Ваша **доля в совместном страховании** в размере 20% составит \$200.
- Размер суммы, которую оплачивает план за предоставление покрываемых услуг, основан на размере **разрешенной суммы**. Если стоимость услуги у **поставщика**, не входящего в сеть плана, выше **разрешенной суммы**, возможно, Вам придется оплатить разницу. Например, если стоимость суточного пребывания в больнице, которая не входит в сеть плана, составляет \$1,500, а **разрешенная сумма** составляет \$1,000, Вам придется оплатить разницу в размере \$500. (Это называется **оплатой разницы**.) В некоторых случаях поставщик, не входящий в сеть плана, может предоставлять покрываемые услуги во входящем в сеть учреждении, где Вам разрешено получать медицинское обслуживание. 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**.

Стандартная медицинская процедура	Услуги, которые могут Вам понадобиться	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, входящему в сеть плана	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, не входящему в сеть плана	Ограничения и исключения
Посещение офиса или клиники поставщика медицинских услуг	Визит к врачу первичного обслуживания с целью лечения травмы или заболевания	Доплата в размере \$5 за визит	Не покрывается	---нет---
	Визит к специалисту	\$2	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---
	Профилактическое обслуживание/скрининг/вакцинация	\$5	Не покрывается	---нет---
Анализ или обследование	Диагностическое обследование/анализ (рентген, анализы крови)	0	Не покрывается	---нет---
	Визуализирующее обследование (КТ/ПЭТ, МРТ)	0	Не покрывается	---нет---

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт **lacare.org**

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте **ccio.cms.gov** или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | **Групповое покрытие**

Стандартная медицинская процедура	Услуги, которые могут Вам понадобиться	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, входящему в сеть плана	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, не входящему в сеть плана	Ограничения и исключения
Если Вам требуются препараты для лечения Вашего заболевания или состояния Дополнительная информация о покрытии рецептурных препаратов представлена на веб-сайте www.lacare.org	Непатентованные препараты из фармакологического справочника	\$5 за рецепт	Не покрывается	Покрывается максимум 30-дневный запас препарата. 90-дневный запас препарата покрывается в случае стабилизирующих препаратов. Возможны исключения. Дополнительная информация об исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.
	Патентованные препараты из фармакологического справочника	\$5	Не покрывается	Покрывается максимум 30-дневный запас препарата. Возможны исключения. Дополнительная информация об исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.
	Препараты, не входящие в справочник	\$5	Не покрывается	Покрывается при наличии разрешения. Возможны исключения; дополнительная информация об исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.
Если у Вас амбулаторная хирургическая операция	Сбор учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	\$0	Не покрывается	Возможны исключения. Дополнительная информация об исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.
	Оплата услуг врача/хирурга	\$0	Не покрывается	Возможны исключения. Дополнительная информация об исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте ccio.cms.gov или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | **Групповое покрытие**

Стандартная медицинская процедура	Услуги, которые могут Вам понадобиться	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, входящему в сеть плана	Ваши расходы в случае обращения к поставщику, не входящему в сеть плана	Ограничения и исключения
Если Вам необходима неотложная медицинская помощь	Услуги отделения экстренной медицинской помощи	\$35	Не покрывается	Не применяются в случае госпитализации.
	Перевозка пациентов, состояние которых требует срочного вмешательства	\$0	Не покрывается	Не покрывается перевозка на самолете, в пассажирском вагоне, такси или другом виде общественного транспорта.
	Неотложная медицинская помощь	\$5 за визит	Не покрывается	---нет---
Если Вам нужна помощь при выздоровлении или у Вас есть другие особые медицинские потребности	Уход на дому	\$0	Не покрывается	Повседневный уход не включен
	Услуги реабилитации	\$5	Не покрывается	Включает амбулаторное проведение физиотерапии, трудовой терапии, лечение дефектов речи и дыхательной терапии
	Услуги по подготовке к определенному роду деятельности	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
	Квалифицированный сестринский уход	\$0	Не покрывается	Льгота ограничена. Предоставляется в течение не более 100 дней на протяжении одного страхового года.
	Получение медицинского оборудования длительного пользования	\$0	Не покрывается	Оборудования для домашнего использования, <i>необходимое с медицинской точки зрения.</i>
	Услуги по уходу за безнадежно больными	\$0	Не покрывается	Покрывается только для лиц, у которых диагностирована смертельная болезнь с ожидаемой продолжительностью жизни 12 месяцев или менее.
Если Вашему ребенку необходимы услуги стоматолога или офтальмолога	Обследование глаз	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
	Очки	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
	Медицинский осмотр полости рта	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте ccio.cms.gov или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | **Групповое покрытие**

Исключения и другие покрываемые услуги:

Услуги, которые Ваш план НЕ покрывает (Это не полный список. Дополнительная информация о других исключениях указана в Вашем полисе или документации плана.)

- Услуги персональной медицинской сестры
- Косметическая хирургия
- Стандартное стоматологическое обслуживание (если услуги не являются необходимыми с медицинской точки зрения)
- Иглоукалывание
- Слуховые аппараты
- Лечение бесплодия (кроме случаев, когда услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения в связи с заболеваниями)
- Долгосрочный уход
- Стандартное офтальмологическое обслуживание
- Мануальная терапия
- Стандартные услуги по уходу за ступнями ног
- Услуги по подготовке к определенному роду деятельности
- Лечение бесплодия (кроме случаев, когда услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения в связи с заболеваниями)
- Долгосрочный уход
- Стандартное офтальмологическое обслуживание
- Мануальная терапия
- Стандартные услуги по уходу за ступнями ног
- Услуги по подготовке к определенному роду деятельности

Другие покрываемые услуги (Это не полный список. Дополнительная информация о других покрываемых услугах и Ваших расходах указана в Вашем полисе или документации плана.)

Ваши права на продолжение страхового покрытия:

Если Вы потеряете страховое покрытие в рамках плана, то в зависимости от обстоятельств в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата Вам могут быть предоставлены средства правовой защиты, благодаря которым Вы сможете сохранить страховое покрытие медицинского обслуживания. Такие права могут быть ограничены по сроку и потребуют от Вас оплаты **страхового взноса**, который может быть существенно выше, чем страховой взнос, который Вы платили при наличии страхового покрытия в рамках плана. На ваше право на продолжение покрытия могут распространяться другие ограничения. Чтобы получить дополнительную информацию о Ваших правах на продолжение покрытия, позвоните в план по телефону **1.888.839.9909**. Вы также можете связаться с Департаментом страхования Вашего штата (state insurance department), Управлением по обеспечению льгот для служащих (Employee Benefits Security Administration) Министерства труда США (U.S. Department of Labor) по телефону **1.866.444.3272** или через веб-сайт dol.gov/ebsa или с Министерством здравоохранения и социального обеспечения (U.S. department of Health and Human Service) по телефону **1.877.267.2323 x61565** или через веб-сайт cciio.cms.gov

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте cciio.cms.gov или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Ваши права на подачу претензий и апелляции:

Если Вы хотите подать жалобу или выразить недовольство отказом в покрытии услуг в рамках Вашего плана, Вы можете подать **апелляцию** или **претензию**. Если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах, данном уведомлении или если Вам нужна будет помощь, Вы можете позвонить или написать в план или посетить офис или веб-сайт плана:

L.A. Care Health Plan
Member Services Department (Отдел обслуживания участников)
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

844.854.7272

Линия ТTY/TDD: **711**

lacare.org

Кроме того, подать апелляцию Вам может помочь программа помощи потребителям. Контакты для связи:

California Department of Managed Health Care (Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния)

California Help Center (Центр помощи штата Калифорния)

980 9th St, Suite #500
Sacramento, CA 95814

888.466.2219

healthhelp.ca.gov

helpline@dmhc.ca.gov

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт **lacare.org**

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте **ccio.cms.gov** или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Обзор страховых льгот и страхового покрытия: Какие услуги покрывает данный план и какова стоимость услуг | **Групповое покрытие**

Услуги переводчика:

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan’s phone number at **1.800.750.4776**. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at **1.888.466.2219**.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un interprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un interprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al **1.800.750.4776**. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al **1.888.466.2219**. (Spanish)

ماہ : لنگمیل وصلنا یے تہامد مچر تہ اناجہ شدحتلا یلا لکبیبط و ا تخطلا تہحصلا . ل وصلنا یے مچر تہ و ا ل اوسلان ے تاملعم تہوتکم تغللاب تہیر ہا . لا و ا ل صننا مقر یفتاہا 1-800-750-4776 ص اخطا تخطلاب تہحصلا
تدعاسلاز کر مہل صتاف تدعاسلا نہ دیز م یلا مجاہد تہذک اذاو تہیر ہا تغللاب شدحتتہ صخشہ تدعاسیسو HMO مقر لا یے 1-888-466-2219 (Arabic)

مہم : دیناوتی تہامد ی ارباری ہاشمچر تہ تجحصہ ابن درک کشز پ اہماترہ ہدوخی نامرد دینکتفایر دن اگیار روطتفایر دی ارب مچر تہمی ہاشمہ ایت ساوخر د ہدی بتکت اعلاطادر و مرد ، ہ سرافادتبہ اہماترہ ہ نامرد دوخ
نفلتہ ہامشہ ہ 1-800-750-4776 س امد دیز یگہ ہکی صخشہ ی سراف ہ ملکتی ہ دنک ہ دناوتی ہ دنک کمکامشہ ہرگا ہ کمک ز اینی رتشیہ کمک زکر مہدیر اد HMO ہرامشہ 1-888-466-2219 دیز یگہ س امد . (Farsi)

BANCHO: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить услуги переводчика или спросить о наличии печатных материалов на русском языке, позвоните в свой страховой план по телефону **1.800.750.4776**. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если Вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочную службу Организации медицинского обеспечения (Health Maintenance Organization, HMO) по телефону **1.888.466.2219**. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa **1.800.750.4776**. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa **1.888.466.2219**. (Tagalog)

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể nhận được dịch vụ thông dịch miễn phí khi khám tại bác sĩ hoặc khi liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để nhận được dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt, trước tiên hãy gọi số điện thoại chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1.800.750.4776**. Sẽ có người nói được tiếng Việt để giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, hãy gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số **1.888.466.2219**. (Vietnamese)

С примерами того, как данный план может покрывать медицинские расходы в некоторых ситуациях, Вы можете ознакомиться на следующей странице.

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте ccio.cms.gov или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

О примерах страхового покрытия

Эти примеры показывают, как данный план может покрывать медицинское обслуживание в указанных ситуациях. При помощи данных примеров Вы можете получить представление, какую финансовую защиту может получить пациент при страховом покрытии разных планов.



Это не калькулятор затрат.

Не следует использовать эти примеры для расчета Ваших фактических затрат в рамках данного плана. Ваше фактическое обслуживание будет отличаться от указанного в этих примерах, и стоимость обслуживания также будет отличаться.

На следующей странице указана важная информация об этих примерах.

Роды (обычные)

- Сумма, подлежащая выплате поставщикам услуг: \$7,540
- План платит \$7,540
- Пациент платит \$0

Примеры затрат на медицинское обслуживание:

Оплата расходов больницы на содержание матери	\$2,700
Стандартная акушерская помощь	\$2,100
Оплата расходов больницы на содержание ребенка	\$900
Анестезия	\$900
Лабораторные анализы	\$500
Получение рецептов	\$200
Радиологическое обследование	\$200
Вакцинация, другое профилактическое обслуживание	\$40
Итого	\$7,540

Пациент платит:

Франшизы	\$0
Доплаты	\$0
Доля в совместном страховании	\$0
Ограничения или исключения	\$0
Итого	\$0

Лечение диабета 2-го типа (стандартное поддержание хорошо контролируемого состояния)

- Сумма, подлежащая выплате поставщикам услуг: \$5,400
- План платит \$5,400
- Пациент платит \$0

Примеры затрат на медицинское обслуживание:

Получение рецептов	\$2,900
Медицинское оборудование и расходные материалы	\$1,300
Посещения врача и процедуры	\$700
Просветительская деятельность	\$300
Лабораторные анализы	\$100
Вакцинация, другое профилактическое обслуживание	\$100
Итого	\$5,400

Пациент платит:

Франшизы	\$0
Доплаты	\$0
Доля в совместном страховании	\$0
Ограничения или исключения	\$0
Итого	\$0

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт lacare.org

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте cciio.cms.gov или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.

Вопросы и ответы о примерах страхового покрытия

Что нужно иметь в виду, рассматривая примеры покрытия?

- Указанные затраты не включают **страховые взносы**.
- Указанные в примерах затраты на обслуживание основаны на средних значениях по стране, предоставленных Министерством здравоохранения и социального обеспечения США, и не относятся к определенному региону или плану медицинского обслуживания.
- Состояние пациента не являлось исключением или ранее существовавшим состоянием.
- Начало и конец предоставления всех услуг и видов лечения находились в пределах одного периода страхового покрытия.
- Какие-либо расходы на медицинское обслуживание другого участника, на которого распространяется покрытие данного плана, отсутствуют.
- Собственные затраты участника плана указаны только в связи с лечением заболевания, указанного в примере.
- Пациент получал весь объем медицинского обслуживания только у **поставщиков**. Если бы пациент получал медицинское обслуживание у **поставщиков**, не входящих в сеть плана, затраты были бы выше.

Что показывает пример страхового покрытия?

В каждой ситуации пример страхового покрытия показывает, каким образом могут складываться суммы **франшиз, доплат и долей совместного страхования**. Пример также помогает узнать, какие расходы, возможно, придется покрывать Вам, потому что на услугу или лечение не распространяется покрытие или его размер ограничен.

Является ли пример покрытия прогнозом моих потребностей в медицинском обслуживании?

Х Нет. Указанные виды лечения приведены как примеры. Медицинское обслуживание, которое будете получать Вы при наличии указанного состояния/заболевания, может отличаться на основании рекомендаций Вашего врача, Вашего возраста, тяжести состояния и многих других факторов.

Является ли пример покрытия прогнозом моих затрат в будущем?

Х Нет. Примеры страхового покрытия не предназначены для расчета затрат. Вы не можете использовать эти примеры для оценки затрат на лечение фактического заболевания. Эти примеры приведены только с целью сравнения. Ваши затраты будут отличаться в зависимости от полученного медицинского обслуживания, стоимости услуг у Ваших поставщиков, а также размера страхового покрытия Вашего плана медицинского страхования.

Могу ли я использовать примеры покрытия для сравнения планов?

✓ Да. Если Вы посмотрите обзор страховых льгот и покрытия в других планах, Вы найдете те же примеры страхового покрытия. При сравнении планов проверяйте раздел «Пациент платит» в каждом примере. Чем меньше сумма, указанная в этом разделе, тем больше страховое покрытие плана.

Нужно ли мне учитывать другие расходы при сравнении планов?

✓ Да. Важной статьёй расходов является **страховой взнос**, который Вы платите. Как правило, чем меньше сумма **страхового взноса**, тем больше сумма собственных затрат участника, а именно **доплат, франшиз и долей совместного страхования**. Также Вам следует учитывать взносы на счета, например медицинские сберегательные счета (health savings accounts, HSAs), счета с гибким расходованием средств (flexible spending arrangements, FSAs) или счета покрытия медицинских расходов (health reimbursement accounts, HRAs), которые помогают оплачивать собственные затраты.

Вопросы: звоните по телефону **1.844.854.7272** или посетите веб-сайт **lacare.org**

Если Вы не знаете, что означает тот или иной подчеркнутый термин в данной форме, посмотрите его значение в глоссарии. Вы можете ознакомиться с глоссарием на веб-сайте **ccio.cms.gov** или позвонить по телефону **1.800.750.4776** и попросить копию.