



Короткий огляд страхового покриття (SBC) допоможе вам вибрати план медичного страхування. У SBC пояснено, яким чином витрати на медичне обслуговування, що покривається, будуть розподілятися між вами та планом медичного страхування. **ПРИМІТКА.** Інформацію про вартість цього плану (тобто страховий внесок) буде надано окремо. Цей документ містить тільки короткий огляд. Щоб отримати докладнішу інформацію про ваше страхове покриття або документ з описом усіх умов покриття, відвідайте сайт www.HealthReformPlanSBC.com або зателефонуйте за номером 1-800-370-4526. Загальні визначення поширених термінів, як-от допустима сума, компенсація різниці, частка вартості, доплата, франшиза, постачальник послуг або інші підкреслені терміни, див. в Глосарії. Глосарій можна переглянути за адресою <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>. Крім того, можна зателефонувати за номером 1-800-370-4526, щоб отримати його примірник.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Який розмір загальної <u>франшизи</u> ?	Постачальники послуг, що <u>співпрацюють із планом</u> : \$200 на особу або \$400 на сім'ю. Постачальники послуг, що не співпрацюють із планом: \$200 на особу або \$400 на сім'ю.	Зазвичай вам потрібно повністю оплачувати послуги постачальників, доки ви не виплатите суму <u>франшизи</u> , перш ніж за них почне платити <u>план</u> . Якщо інші члени вашої сім'ї є учасниками <u>плану</u> , кожен із них має виплачувати власну <u>франшизу</u> , доки загальна сума витрат у межах <u>франшизи</u> , сплачених усіма членами сім'ї, не сягне загальної суми <u>франшизи</u> на сім'ю.
Чи покриваються якісь послуги до виплати всієї суми <u>франшизи</u> ?	Так. Відвідування лікаря, <u>ліки, що відпускаються за рецептом</u> , амбулаторні послуги лікарні та <u>профілактичне обслуговування</u> покриваються до сплати вами всієї суми <u>франшизи</u> .	Цей <u>план</u> покриває деякі товари й послуги, навіть якщо ви ще не виплатили всю суму <u>франшизи</u> . Але може бути потрібно сплатити <u>доплату</u> або <u>частку вартості</u> . Наприклад, цей <u>план</u> покриває деякі <u>профілактичні послуги без участі в оплаті</u> й до того, як ви виплатите всю суму <u>франшизи</u> . Перелік <u>профілактичних послуг</u> , що покриваються, можна переглянути за посиланням https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Чи застосовуються інші <u>франшизи</u> для конкретних послуг?	Ні.	Вам не потрібно виплачувати <u>франшизи</u> для конкретних послуг.
Яка <u>максимальна сума власних витрат у межах цього плану</u> ?	Постачальники послуг, що <u>співпрацюють із планом</u> : \$1,800 на особу або \$3,600 на сім'ю. Постачальники послуг, що не співпрацюють із планом: \$1,800 на особу або \$3,600 на сім'ю. <u>Ліки, що відпускаються за рецептом</u> : \$200 на особу або \$400 на сім'ю.	<u>Максимальна сума власних витрат</u> — це максимальна сума, яку ви можете сплатити протягом року за послуги, що покриваються. Якщо інші члени вашої сім'ї є учасниками цього <u>плану</u> , їхні витрати враховуються в їхній індивідуальній <u>максимальній сумі власних витрат</u> , доки загальна сума витрат не сягне <u>максимальної суми власних витрат</u> на сім'ю.
Що не враховується в <u>максимальній сумі власних витрат</u> ?	<u>Страхові внески</u> , платежі для <u>компенсації різниці</u> , медичне обслуговування, яке не покриває цей <u>план</u> , а також штрафи за неотримання <u>попереднього дозволу</u> для послуг.	Хоча ви сплачуєте ці кошти, вони не зараховуються до <u>максимальної суми власних витрат</u> .

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Чи платитимете ви менше, якщо користуватиметеся послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> ?	Так. Щоб отримати перелік <u>постачальників послуг, що співпрацюють із планом</u> , перейдіть за посиланням www.aetna.com/docfind або зателефонуйте за номером 1-800-370-4526.	Цей <u>план</u> має <u>постачальників послуг, що співпрацюють із ним</u> . Ви платитимете менше, якщо користуватиметеся послугами <u>постачальника, що співпрацює з планом</u> . Вам доведеться платити більше, якщо ви користуватиметеся послугами <u>постачальника, що не співпрацює з планом</u> . Крім того, ви можете отримати від <u>постачальника послуг</u> рахунок на суму різниці між платою, яку бере <u>постачальник послуг</u> , і сумою, яку сплачує ваш <u>план</u> (<u>компенсація різниці</u>). Зверніть увагу, що ваш <u>постачальник послуг</u> може користуватися послугами <u>постачальника, що не співпрацює з планом</u> , для надання певних послуг (як-от виконання лабораторних аналізів). Запитайте про це у свого <u>постачальника послуг</u> , перш ніж отримувати обслуговування.
Чи потрібне <u>направлення</u> для звернення до <u>лікаря-спеціаліста</u> ?	Ні.	Ви можете звернутися до вибраного <u>лікаря-спеціаліста</u> без <u>направлення</u> .



Усі суми доплати й частки вартості в цій таблиці вказані після сплати вами всієї суми франшизи, якщо вона застосовується.

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Відвідування кабінету або клініки <u>постачальника медичних послуг</u>	Первинне медичне обслуговування для лікування травми або захворювання	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, за винятком послуг вибраного постачальника первинного медичного обслуговування (РСП), які надаються без оплати; <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає
	Відвідування <u>лікаря-спеціаліста</u>	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає
	<u>Профілактичне обслуговування</u> / <u>скринінгові обстеження</u> / вакцинація	Без оплати	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, за винятком мамограм, які виконуються без оплати; <u>франшиза</u> не застосовується	Можливо, вам потрібно буде оплатити послуги, які не є профілактичними. Запитайте у свого <u>постачальника</u> , чи необхідні послуги є профілактичними. Потім перевірте, за які послуги заплатить ваш <u>план</u> .
Аналізи й обстеження	<u>Діагностичне обстеження</u> (рентген, аналіз крові)	Без оплати	Без оплати	Немає
	Візуалізаційне обстеження (КТ, ПЕТ, МРТ)	Без оплати	Без оплати	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Отримання ліків для лікування захворювань <u>Покриття ліків, що відпускаються за рецептом</u>, надається компанією Sav-Rx. Докладнішу інформацію про <u>покриття ліків, що відпускаються за рецептом</u>, можна знайти на сайті www.savrx.com.	Непатентовані лікарські засоби	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не застосовується): \$10 за запас на 30 днів, \$20 за запас на 60 днів, \$30 за запас на 90 днів (роздрібний продаж); \$20 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін: без оплати	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не застосовується): \$15 за запас на 30 днів, \$30 за запас на 60 днів, \$45 за запас на 90 днів (роздрібний продаж); інсулін: <u>доплата</u> \$15 за 1 рецепт	Покривається запас на 90 днів (роздрібний продаж і замовлення поштою). Покриття поширюється на протизаплідні лікарські засоби та вироби, які можна придбати в аптеці. Пероральні та ін'єкційні лікарські засоби від безпліддя: <u>частка вартості</u> 20 %, максимальна сума \$35,000 за все життя. За схвалені Управлінням із контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів (FDA) непатентовані протизаплідні засоби для жінок, яким віддається перевага, отримані в постачальників послуг, що <u>співпрацюють із планом</u> , плата не стягується. Перегляньте свій <u>перелік лікарських препаратів, що покриваються</u> , щоб дізнатися, чи для покриття виписаних вам лікарських засобів потрібно отримати попередній дозвіл або виконати вимоги поетапного лікування. Ваші витрати будуть більшими, якщо ви вибиратимете фірмові лікарські засоби замість непатентованих.
	Фірмові лікарські засоби, яким віддається перевага	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не застосовується): \$10 за запас на 30 днів, \$20 за запас на 60 днів, \$30 за запас на 90 днів (роздрібний продаж); \$20 за запас на 31–90 днів (замовлення поштою); інсулін: без оплати	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не застосовується): \$15 за запас на 30 днів, \$30 за запас на 60 днів, \$45 за запас на 90 днів (роздрібний продаж); інсулін: <u>доплата</u> \$15 за 1 рецепт	
	Фірмові лікарські засоби, яким не віддається перевага	Не покриваються; інсулін: <u>доплата</u> \$25 за рецепт; <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> за 1 рецепт (<u>франшиза</u> не застосовується): \$15 за запас на 30 днів, \$30 за запас на 60 днів, \$45 за запас на 90 днів (роздрібний продаж); інсулін: <u>доплата</u> \$15 за 1 рецепт	
	<u>Спеціалізовані лікарські засоби</u>	Відповідна вартість непатентованого або фірмового лікарського засобу, як зазначено вище	Відповідна вартість непатентованого або фірмового лікарського засобу, як зазначено вище	Перший раз отримати ліки за рецептом можна в роздрібній аптеці або через компанію Sav-Rx Prescription Services. Повторне отримання ліків за рецептом слід здійснювати через Sav-Rx Prescription Services.
Амбулаторні хірургічні послуги	Плата за послуги установи (як-от центру амбулаторної хірургії)	Без оплати	Без оплати	Немає
	Плата за послуги терапевта або хірурга	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Термінова медична допомога	<u>Обслуговування у відділенні екстреної допомоги</u>	<u>Доплата</u> \$75 за відвідування	<u>Доплата</u> \$75 за відвідування	У разі екстреної ситуації за послуги, отримані в постачальника, що не <u>співпрацює з планом</u> , стягується така сама плата, як і за послуги постачальника, що <u>співпрацює з планом</u> .
	<u>Екстрене перевезення медичним транспортом</u>	<u>Частка вартості</u> 20 %, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Частка вартості</u> 20 %, <u>франшиза</u> не застосовується	У разі екстреної ситуації за послуги, отримані в постачальника, що не <u>співпрацює з планом</u> , стягується така сама плата, як і за послуги постачальника, що <u>співпрацює з планом</u> . Неекстрене перевезення: не покривається, крім випадків отримання попереднього дозволу.
	<u>Невідкладна медична допомога</u>	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає
Перебування в лікарні	Плата за послуги установи (як-от за лікарняну палату)	<u>Частка вартості</u> 0 %	<u>Частка вартості</u> 20 %	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Плата за послуги терапевта або хірурга	<u>Частка вартості</u> 0 %	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає
Психіатрична, психологічна або наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Відвідування кабінету лікаря та інші амбулаторні послуги: без оплати	Відвідування кабінету лікаря: <u>доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується; інші амбулаторні послуги: <u>частка вартості</u> 20 %	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	<u>Частка вартості</u> 0 %	<u>Частка вартості</u> 20 %	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Обслуговування під час вагітності	Відвідування кабінету лікаря	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20 %	Участь в оплаті не передбачено для профілактичних послуг. Ведення вагітності може включати обстеження та послуги, описані в інших розділах SBC (як-от УЗД). Може застосовуватися штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів	<u>Частка вартості</u> 0 %	<u>Частка вартості</u> 20 %	
	Пологи / народження дитини: послуги установи	<u>Частка вартості</u> 0 %	<u>Частка вартості</u> 20 %	
Обслуговування для відновлення здоров'я або за наявності інших особливих медичних потреб	<u>Медичне обслуговування в домашніх умовах</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20 %	130 відвідувань протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Послуги реабілітації</u>	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Сукупно 60 відвідувань протягом календарного року для послуг фізіотерапії, ерготерапії та логопедії.
	<u>Послуги з розвитку навичок</u>	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	<u>Доплата</u> \$10 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується	Немає
	<u>Кваліфікований сестринський догляд</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20 %	60 днів протягом календарного року. Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.
	<u>Медичне обладнання тривалого користування</u>	Без оплати	Без оплати	Покриття обмежується 1 одиницею <u>медичного обладнання тривалого користування</u> однакового або подібного призначення. Ремонт, необхідний унаслідок зловживання або неправильного використання, не покривається.
	<u>Послуги хоспісу</u>	Без оплати	<u>Частка вартості</u> 20 %	Штраф \$400 за неотримання <u>попереднього дозволу</u> на обслуговування в постачальника послуг, що не співпрацює з планом.

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Стоматологічні або офтальмологічні послуги для дітей	Обстеження очей дитини	Доплата \$10 за відвідування, франшиза не застосовується	Доплата \$10 за відвідування, франшиза не застосовується	1 стандартне обстеження очей на 12 місяців.
	Окуляри для дитини	Без оплати	Без оплати	Максимум \$300 на 12 місяців.
	Огляд ротової порожнини дитини	Не покривається	Не покривається	Не покривається.

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

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (ознайомтеся зі своїм страховим полісом або документацією плану, щоб отримати докладнішу інформацію та перелік інших послуг, виключених із покриття)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) Слухові апарати Довгостроковий догляд | <ul style="list-style-type: none"> Неекстрена медична допомога за межами США Приватна доглядальниця | <ul style="list-style-type: none"> Стандартний догляд за стопами Програми зниження ваги, крім необхідних профілактичних послуг |
|---|---|--|

Інші послуги, що покриваються (можуть застосовуватись обмеження, перелік не є вичерпним; див. документацію свого плану)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Акупунктура: 20 сеансів протягом календарного року для лікування хвороби, травми та хронічного болю Баріатрична хірургія: тільки <u>постачальники послуг, що співпрацюють із планом</u> Мануальна терапія: 20 сеансів протягом календарного року | <ul style="list-style-type: none"> Косметична хірургія: покриття обмежене, ознайомтеся з відомостями в страховому полісі або зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці Лікування безпліддя: щоб отримати докладнішу інформацію та дізнатися про винятки, див. страховий поліс, наданий вашим роботодавцем, або зателефонуйте за номером, зазначеним на вашій ідентифікаційній картці | <ul style="list-style-type: none"> Лікувальний масаж: 20 сеансів протягом календарного року Стандартне офтальмологічне обслуговування (для дорослих): 1 стандартне обстеження очей на 12 місяців |
|--|--|--|

Ваші права на продовження страхового покриття. Існують організації, які можуть допомогти вам продовжити дію вашого страхового покриття після його завершення. Нижче наведено контактні дані цих організацій.

- Щоб отримати докладнішу інформацію про ваші права на продовження страхового покриття, зателефонуйте в план за номером 1-800-370-4526.
- Якщо ваше групове медичне страхування регулюється законом «Про пенсійне забезпечення найманих працівників» (ERISA), ви також можете звернутися до Управління з питань страхування й пенсійного забезпечення найманих працівників (Employee Benefits Security Administration) при Департаменті праці (Department of Labor) за телефоном 1-866-444-EBSA (3272) або через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники планів групового медичного страхування, наданих органами влади нефедерального рівня, можуть також звернутися до Центру інформації для споживачів і страхового нагляду (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) при Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Health and Human Services) за номером 1-877-267-2323 x61565 або через сайт www.cciio.cms.gov.

- Якщо ваше страхове покриття забезпечується церковним планом, візьміть до уваги, що до таких планів не застосовуються правила продовження страхового покриття згідно з консолідованим федеральним законом «Про врегулювання бюджету» (COBRA). Якщо страхове покриття забезпечується страховою компанією, учасникам потрібно звернутися до органу страхового нагляду у своєму штаті, щоб дізнатися про свої потенційні права на продовження страхового покриття згідно із законодавством штату.

Вам можуть бути доступні інші варіанти страхування, зокрема придбання індивідуального страхового покриття на біржі медичного страхування. Щоб отримати докладнішу інформацію про біржу медичного страхування, відвідайте сайт www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

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

- Якщо ваше групове медичне страхування регулюється законом ERISA, ви можете звернутися безпосередньо в Aetna, зателефонувавши за безкоштовним номером, зазначеним на вашій медичній ідентифікаційній картці, або за нашим загальним номером 1-800-370-4526. Ви також можете звернутися до Управління з питань страхування й пенсійного забезпечення найманих працівників при Департаменті праці за телефоном 1-866-444-EBSA (3272) або через сайт <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Учасники планів групового медичного страхування, наданих органами влади нефедерального рівня, можуть також звернутися до Центру інформації для споживачів і страхового нагляду при Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення за номером 1-877-267-2323 x61565 або через сайт www.ccio.cms.gov.
- Крім того, допомогти вам подати апеляцію можуть у програмі захисту прав споживачів. Контактні дані можна знайти за посиланням <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Чи надає цей план мінімально необхідне страхове покриття? Так.

Мінімально необхідне страхове покриття зазвичай включає страхові плани, медичне страхування, яке можна придбати на біржі медичного страхування, або інші індивідуальні страхові поліси, наявні в продажу, програми Medicare, Medicaid, TRICARE, Програму медичного страхування дітей (CHIP), а також деякі інші види страхового покриття. Якщо ви маєте право на отримання певних видів мінімально необхідного страхового покриття, можливо, ви не матимете права на податковий кредит на сплату страхових внесків.

Чи відповідає цей план мінімальним стандартам щодо обсягу покриття? Так.

Якщо ваш план не відповідає мінімальним стандартам щодо обсягу покриття, ви можете мати право на отримання податкового кредиту на сплату страхових внесків, який допоможе вам платити за план, придбаний через біржу медичного страхування.

Приклади того, як цей план може покривати витрати на медичні послуги в різних ситуаціях, див. в наступному розділі.

Про ці приклади страхового покриття



Це не калькулятор витрат. Це просто приклади покриття медичного обслуговування в рамках цього плану. Ваші фактичні витрати будуть іншими й залежатимуть від наданого вам обслуговування, вартості послуг ваших постачальників, а також багатьох інших чинників. Зверніть увагу на передбачені цим планом суми участі в оплаті (франшизи, доплати та частку вартості), а також на перелік послуг, виключених із покриття. Використовуйте цю інформацію для порівняння частки витрат, яку вам потрібно сплачувати, за користування різними планами медичного страхування. Візьміть до уваги, що ці приклади покриття стосуються страхування однієї особи.

Народження дитини Оленою

(9 місяців ведення вагітності в установах, що співпрацюють із планом, і пологи в лікарні)

■ Загальна <u>франшиза</u> в межах <u>плану</u>	\$200
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$10
■ Послуги лікарні (установи), <u>частка вартості</u>	0 %
■ Інше, <u>частка вартості</u>	0 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги. Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста (ведення вагітності)

Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів

Пологи / народження дитини: послуги установи

Діагностичні обстеження (УЗД та аналізи крові)

Послуги лікаря-спеціаліста (анестезія)

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

У цьому прикладі Олена має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$200
<u>Доплати</u>	\$10
<u>Частка вартості</u>	\$0
<i>Послуги й товари, що не покриваються</i>	
Обмеження або винятки	\$60
Загальна сума, яку заплатить Олена	\$270

Контроль діабету 2-го типу в Андрія

(рік стандартного медичного обслуговування з приводу добре контрольованого захворювання в постачальників послуг, що співпрацюють із планом)

■ Загальна <u>франшиза</u> в межах <u>плану</u>	\$200
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$10
■ Послуги лікарні (установи), <u>частка вартості</u>	0 %
■ Інше, <u>частка вартості</u>	0 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги.

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

Діагностичні обстеження (аналізи крові)

Ліки, що відпускаються за рецептом

Приладдя для діабетиків (глюкометр)

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

У цьому прикладі Андрій має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$0
<u>Доплати</u>	\$500
<u>Частка вартості</u>	\$0
<i>Послуги й товари, що не покриваються</i>	
Обмеження або винятки	\$20
Загальна сума, яку заплатить Андрій	\$520

Простий перелом у Марії

(прийм у відділенні екстреної допомоги, що співпрацює з планом, і подальше лікування)

■ Загальна <u>франшиза</u> в межах <u>плану</u>	\$200
■ Послуги <u>лікаря-спеціаліста</u> , <u>доплата</u>	\$10
■ Послуги лікарні (установи), <u>частка вартості</u>	0 %
■ Інше, <u>частка вартості</u>	0 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги.

Обслуговування у відділенні екстреної допомоги (зокрема медичні витратні матеріали)

Діагностичне обстеження (рентген)

Медичне обладнання тривалого користування (милиці)

Послуги реабілітації (фізіотерапія)

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

У цьому прикладі Марія має заплатити:

<u>Участь в оплаті</u>	
<u>Франшизи</u>	\$200
<u>Доплати</u>	\$100
<u>Частка вартості</u>	\$200
<i>Послуги й товари, що не покриваються</i>	
Обмеження або винятки	\$0
Загальна сума, яку заплатить Марія	\$500

План візьме на себе сплату решти вартості послуг, що покриваються, наведених у цих ПРИКЛАДАХ.

Допоміжні технічні засоби

Можливо, особи, які користуються допоміжними технічними засобами, не зможуть отримати повний доступ до наведеної нижче інформації. Звертайтеся по допомогу за номером 866-393-0002.

Смартфон або планшет

Щоб переглядати документи на смартфоні або планшеті, необхідно встановити безкоштовну мобільну програму WinZip. Вона може бути наявна в магазині програм.

Заява про недопущення дискримінації

Aetna дотримується чинних федеральних законів про громадянські права й не допускає незаконної дискримінації, не відмовляє людям в обслуговуванні та не ставиться до них по-іншому на підставі їхньої раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, інвалідності, гендерної самоідентифікації або сексуальної орієнтації.

Ми надаємо безкоштовну допомогу та послуги людям з інвалідністю, а також тим, кому потрібна допомога перекладача.

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

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

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, ТТУ: 711

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

Крім того, ви можете подати скаргу на порушення громадянських прав в Управління з громадянських прав (Office for Civil Rights) при Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення США через портал для подання скарг цієї служби за посиланням

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, за адресою U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 або за телефоном 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna — це фірмова назва, що використовується для товарів і послуг, які надаються однією або кількома компаніями групи Aetna, зокрема компанією Aetna Life Insurance Company і її афілійованими особами (Aetna).

TTY: 711

Послуги перевода

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষিা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-888-982-386।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ကူညီမှုများ ရရှိလိုပါက 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ ᏌᏍᏏᏉᏗ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစးအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̐ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi mowú ñ ni Pidyí ní, níí, dǎ nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەسپێڕاگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ສວຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-888-982-3862
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian- Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo búáh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin wɛɛɾ de thokic ke cîn wëu kor keek tënɔŋ yîn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.

