

Что покрывается в рамках данного плана и какова стоимость услуг, покрываемых страховкой

San Francisco Health Plan: Healthy Workers HMO

Страховка для: Большая группа | Тип плана: HMO



Краткое описание льгот и страхового покрытия (SBC) поможет вам выбрать [план](#) страхования. В документе SBC представлены данные, касательно того, как вы и ваш [план](#) страхования будете распределять расходы для оплаты услуг, покрываемых страховкой. Примечание: информация касательно стоимости данного [плана](#) страхования ([страховой взнос](#)) будет представлена в отдельном документе.

Приведенная информация является кратким обзором. Для получения дополнительной информации о вашем страховом покрытии или получения копии всех условий покрытия позвоните по телефону 1 (800) 288-5555 или зайдите на сайт sfhp.org. Общие определения наиболее частых терминов, таких как [допустимая сумма](#), [сальдирование счета](#), [взнос по системе совместного страхования](#), [доплата](#), [не покрываемый страховкой минимум](#), [поставщик услуг](#), а также других [подчеркнутых](#) терминов представлены в Глоссарии. Ознакомьтесь с Глоссарием можно по адресу healthcare.gov/sbc-glossary или по телефону 1(800) 288-5555, чтобы заказать копию.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Каков общий размер не покрываемого страховкой минимума ?	\$ 0	Чтобы узнать стоимость услуг, покрываемых данным планом , смотрите таблицу с распространенными медицинскими событиями ниже.
Действует ли покрытие на эти услуги до того, как вы выплатите сумму непокрываемого минимума ?	Да.	Покрытие данного плана распространяется на некоторые материалы и услуги, даже если вы еще не набрали сумму не покрываемого страховкой минимума . Однако к ним может применяться доплата или взнос по системе совместного страхования . Например, покрытие данного плана распространяется на определенные профилактические услуги без распределения затрат и до того, как вы наберете сумму непокрываемого минимума . Список покрываемых профилактических услуг можно найти на сайте по адресу: healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Предусмотрены ли еще какие-то суммы не покрываемого страховкой минимума для оплаты определенных услуг?	Нет.	Вам не нужно набирать сумму не покрываемого страховкой минимума для получения тех или иных определенных услуг.
Каков максимальный размер наличных затрат по данному плану ?	\$5,000	Максимальный размер наличных затрат представляет собой максимальную сумму, которую вы можете заплатить за покрываемые страховкой услуги в течение года.
Что не включено в максимальный размер наличных затрат ?	Ежемесячные страховые взносы , тарифы на сальдирование счета (если только сальдирование счета не запрещено), а также медицинское обслуживание, которое данный план не покрывает.	Несмотря на то, что вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются в сумме максимального размера наличных затрат .
Будете ли вы платить	Да. Посетите сайт sfhp.org или	В данном плане применяется сеть поставщиков, обслуживающих план. Вы будете

<p>меньше, если воспользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть обслуживания плана?</p>	<p>позвоните по номеру 1(800) 288-5555, чтобы ознакомиться со списком входящих в сеть плана поставщиков медицинских услуг.</p>	<p>платить меньше, если воспользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть обслуживания плана. Вы заплатите самую большую сумму, если воспользуетесь услугами поставщика, не входящего в сеть обслуживания плана. Вам может быть направлен счет от поставщика, в котором указана разница в цене услуг у поставщика и суммой, которая выплачивается в рамках вашего плана (сальдирование счета). Имейте в виду, что для предоставления некоторых услуг (лабораторная диагностика) ваш поставщик, входящий в сеть обслуживания плана, может привлечь поставщика, не входящего в сеть. Прежде чем соглашаться на получение услуг, уточните информацию у вашего поставщика.</p>
<p>Нужно ли вам направление для того, чтобы обратиться к специалисту?</p>	<p>Да.</p>	<p>Данный план оплачивает стоимость покрываемых страховкой услуг специалистов частично или полностью, но только при условии получения вами направления, прежде чем вы обратитесь к специалисту.</p>

Контрольные номера OMB 1545-2229, 1210-0147 и 0938-1146 Опубликовано 6 апреля 2016 года



В данной таблице указана стоимость всех доплат и взносов по системе совместного страхования после выплаты не покрываемого страховкой минимума, если он распространяется на те или иные услуги.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы будете платить		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик медицинских услуг, входящий в сеть плана (Вы заплатите наименьшую сумму)	Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть плана (Вы заплатите наибольшую сумму)	
Если вы посещаете офис <u>поставщика медицинских услуг</u> или клинику	Прием для получения первичной медицинской помощи для лечения травмы или заболевания	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего
	Прием у <u>специалиста</u>	Бесплатно	Не покрывается страховкой	<u>Вам может потребоваться</u> предварительное разрешение.
	<u>Профилактические медицинские услуги / скрининг /</u> вакцинация	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Возможно, вам придется заплатить за услуги, которые не являются профилактическими. Спросите у своего поставщика, являются ли требуемые услуги профилактическими. Затем проверьте, что оплатит ваш план.
Если вам делают анализ	<u>Диагностическое исследование</u> (рентген, анализы крови)	Бесплатно	Не покрывается страховкой	<u>Вам может потребоваться</u> предварительное разрешение.
	Рентгенографические исследования (СТ/РЕТ, МРТ)	Бесплатно	Не покрывается страховкой	<u>Вам может потребоваться</u> предварительное разрешение.
Если вам требуются лекарства для лечения вашего заболевания или состояния. Более подробная информация о <u>страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов</u> доступна на сайте	Непатентованные лекарства	<u>Доплата</u> \$5 за рецепт	Не покрывается страховкой	<u>Вам может потребоваться</u> предварительное разрешение. Покрывает 90-дневный запас для большинства препаратов; 30-дневный запас для опиоидных болеутоляющих средств; запас на срок до 12 месяцев для одобренных FDA контрацептивов. <u>Доплата</u> за одобренные FDA контрацептивы не требуется.
	Предпочтительные патентованные препараты	<u>Доплата</u> \$10 за рецепт	Не покрывается страховкой	<u>Вам может потребоваться</u> предварительное разрешение. Покрывает 30-дневный запас для большинства

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhnp.org.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы будете платить		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик медицинских услуг, входящий в сеть плана (Вы заплатите наименьшую сумму)	Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть плана (Вы заплатите наибольшую сумму)	
				препаратов; запас на срок до 90 дней для препаратов, применяемых для лечения хронических заболеваний; запас на срок до 12 месяцев для одобренных FDA контрацептивов. Доплата за одобренные FDA контрацептивы не требуется.
	Непредпочтительные патентованные препараты	Доплата \$10 за рецепт	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение. Покрывает 30-дневный запас для большинства препаратов; запас на срок до 90 дней для препаратов, применяемых для лечения хронических заболеваний; запас на срок до 12 месяцев для одобренных FDA контрацептивов. Доплата за одобренные FDA контрацептивы не требуется.
	Специальные препараты	Доплата \$10 за рецепт	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение. Специальные препараты доступны только в ограниченном числе сетевых аптек. С перечнем специализированных аптек можно ознакомиться в справочнике поставщиков медицинских услуг на сайте sfhp.org .
Если вам делают хирургическую операцию в амбулаторных условиях	Плата за услуги лечебного учреждения (например, амбулаторного хирургического центра)	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
	Оплата врача / хирурга	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhp.org.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы будете платить		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик медицинских услуг, входящий в сеть плана (Вы заплатите наименьшую сумму)	Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть плана (Вы заплатите наибольшую сумму)	
Если вам требуется неотложная медицинская помощь	Обращение в пункт неотложной помощи	Бесплатно	Бесплатно	Ничего
	Транспортировка в неотложных медицинских ситуациях	Бесплатно	Бесплатно	Ничего
	Неотложная помощь	Бесплатно	Бесплатно	Вам может потребоваться предварительное разрешение для поставщиков медицинских услуг, не входящих в сеть .
Если вас госпитализируют	Плата за услуги лечебного учреждения (например, за больничную палату)	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
	Оплата врача / хирурга	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
Если вам требуются услуги психологической, психиатрической помощи или лечение от алкогольной и наркотической зависимости	Амбулаторные услуги	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего
	Стационарные услуги	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего
Если вы беременны	Приемы у врача	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего
	Роды / профессиональные услуги при родоразрешении	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего
	Роды / услуги родильного центра	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Ничего

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhnp.org.

Распространенное медицинское событие	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы будете платить		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик медицинских услуг, входящий в сеть плана (Вы заплатите наименьшую сумму)	Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть плана (Вы заплатите наибольшую сумму)	
Если вам требуется помощь в восстановительном периоде или имеются другие особые медицинские потребности	Медицинское обслуживание на дому	Бесплатно	Не покрывается страховкой	До 100 дней в течение льготного года
	Услуги реабилитации	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
	Услуги адаптации	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
	Квалифицированный медицинский уход	Бесплатно	Не покрывается страховкой	До 100 дней в течение льготного года
	Медицинское оборудование длительного пользования	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Требуется предварительное разрешение.
	Услуги хосписа	Бесплатно	Не покрывается страховкой	Вам может потребоваться предварительное разрешение.
Если вашему ребенку требуется стоматологическое или офтальмологическое обслуживание	Проверка зрения у ребенка	Не покрывается страховкой	Не покрывается страховкой	Покрытие не распространяется на иждивенцев.
	Очки для детей	Не покрывается страховкой	Не покрывается страховкой	Покрытие не распространяется на иждивенцев.
	Детский осмотр у стоматолога	Не покрывается страховкой	Не покрывается страховкой	Покрытие не распространяется на иждивенцев.

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhp.org.

Не включенные услуги и прочие покрываемые страховой услуги:

Услуги, обычно НЕ покрываемые вашим [Планом](#) (Более подробную информацию проверьте в своем полисе или документации по плану и в списке любых других [услуг, исключенных из страхового покрытия.](#))

- Иглоукалывание
- Косметические операции
- Услуги частной медсестры
- Бариатрическая операция
- Лечение от бесплодия
- Плановый уход за ступнями ног
- Хиропрактика
- Неэкстренная медицинская помощь во время поездок за пределы США
- Программы по снижению веса

Другие услуги, покрываемые страховой (к данным услугам могут применяться ограничения. Это неполный список. Все подробности изложены в вашей [документации](#) по плану).

- Стоматологические услуги (для взрослых)
- Плановое офтальмологическое обслуживание (для взрослых)
- Слуховые аппараты
- Долговременный медицинский уход

Ваши права на продолжение страхового покрытия. Существуют организации, которые помогут вам продлить ваше страховое покрытие после его окончания. Контактную информацию для связи с такими организациями можно получить в Департаменте здравоохранения и социального обеспечения, в Центре Информации для потребителей и надзора за страховыми организациями по телефону **1(877) 267-2323 x61565** или на сайте cciio.cms.gov. Вам также доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховой программы на [страховой бирже](#). Для получения дополнительной информации о [страховой бирже](#) посетите сайт HealthCare.gov или позвоните по номеру **1(800) 318-2596**.

Ваши права в отношении жалоб и апелляций. Существуют организации, которые помогут вам, если у вас есть жалоба на свой [план страхования](#) за отказ в удовлетворении [требования](#). Эта жалоба также может называться [претензией](#) или [апелляцией](#). Дополнительная информация о ваших правах представлена в пояснении льгот, которые вы получите после подачи такого медицинского [иска](#). В вашей документации по [плану](#) также содержится полная информация о том, как обратиться в ваш план с [требованием](#), [апелляцией](#) или [претензией](#) по [любой причине](#). За помощью или дополнительной информацией о ваших правах или данном уведомлении обращайтесь в Департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния по телефону **1(888) 466-2219** или на сайт dmhc.ca.gov.

Предоставляет ли данный страховой план минимальную обязательную страховку? Да

Если у вас отсутствует [минимальная обязательная страховка](#) в течение месяца, вам придется заплатить при подаче налоговой декларации, если вы не попадаете под освобождение от требования иметь страховое покрытие на этот месяц.

Соответствует ли данный план стандартам в отношении минимальной стоимости? Да

Если ваш [план](#) не соответствует [стандартам в отношении минимальной стоимости](#), вы можете претендовать на [налоговый вычет за оплату ежемесячного страхового взноса](#), который поможет вам оплатить страховое покрытие по [плану](#) на [страховой бирже](#).

Доступ к языковым услугам.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1(800) 288-5555**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1(800) 288-5555**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1(800) 288-5555**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' **1(800) 288-5555**.

—————Примеры страхового покрытия в возможных медицинских ситуациях в рамках данного плана см. на следующей странице.—————

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhp.org.



Это не инструмент расчета расходов. Показанные здесь варианты лечения — всего лишь примеры покрытия данным планом медицинского обслуживания. Ваши реальные расходы будут отличаться в зависимости от получаемого вами реального лечения, установленных вашими поставщиками медицинских услуг расценок и многих других факторов. Обратите внимание на суммы расходов по системе распределения затрат (не покрываемый страховкой минимум, доплаты и взносы по системе совместного страхования) и невключенные услуги в рамках плана. Воспользуйтесь этой информацией для сравнения доли расходов, которые бы вы понесли в рамках различных страховых планов. Обращаем ваше внимание на то, что данные примеры приведены для индивидуального страхового покрытия.

Пег беременна (9 месяцев дородового наблюдения оставщика, входящего в сеть, и роды в больнице)	Лечение диабета 2-го типа у Джо (плановое наблюдение в больнице в течение года в условиях контроля лечения)	Пег беременна (9 месяцев дородового наблюдения у поставщика, входящего в сеть, и роды в больнице)
--	---	---

- Общий не покрываемый страховкой минимум плана \$0
- Доплата за услуги специалиста \$0
- Доплата за услуги больницы (учреждения) \$0
- Другие доплаты \$5/\$10

- Общий не покрываемый страховкой минимум плана \$0
- Доплата за услуги специалиста \$0
- Доплата за услуги больницы (учреждения) \$0
- Другие доплаты \$5/\$10

- Общий не покрываемый страховкой минимум плана \$0
- Доплата за услуги специалиста \$0
- Доплата за услуги больницы (учреждения) \$0
- Другие доплаты \$5/\$10

Этот ПРИМЕР события включает такие услуги, как:

Приемы у специалиста
(наблюдение по беременности)
Роды/Профессиональные услуги при родоразрешении
Роды/Услуги родильного центра
Диагностические исследования (УЗИ и анализы крови)
Вызов специалиста (анестезиолог)

Этот ПРИМЕР события включает такие услуги, как:

Приемы у основного лечащего врача
(включая услуги по просвещению о болезни)
Диагностические исследования (анализы крови)
Рецептурные препараты
Медицинское оборудование длительного пользования (глюкометр)

Этот ПРИМЕР события включает такие услуги, как:

Обращение в пункт неотложной помощи
(включая медицинские принадлежности)
Диагностические исследования (рентген)
Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)
Услуги реабилитации (физиотерапия)

Пример общей стоимости	\$12,800	Пример общей стоимости	\$7,400	Пример общей стоимости	\$1,900
В данном случае Пег заплатила бы:		В данном примере Джо заплатил бы:		В данном примере Джо заплатил бы:	
Расходы по системе распределения затрат		Расходы по системе распределения затрат		Расходы по системе распределения затрат	
Не покрываемый страховкой минимум	\$0	Не покрываемый страховкой минимум	\$0	Не покрываемый страховкой минимум	\$0
Доплаты	\$25	Доплаты	\$100	Доплаты	\$5
Взнос по системе совместного страхования	\$0	Взнос по системе совместного страхования	\$0	Взнос по системе совместного страхования	\$0
Что не покрывается		Что не покрывается		Что не покрывается	
Ограничения или исключения	\$0	Ограничения или исключения	\$60	Ограничения или исключения	\$0
Общая стоимость, которую заплатила бы Пег	\$25	Общая стоимость, которую заплатил бы Джо	\$160	Общая стоимость, которую заплатила бы Мия	\$5

О примерах страхового покрытия

* Для получения дополнительной информации об ограничениях и исключениях изучите полис или документацию по плану на сайте sfhp.org.