

Предоставлено штатом **Орегон**

Как пользоваться планом вашего медицинского страхования?

Сделайте следующий шаг

Штат Орегон работает в сотрудничестве с **HealthCare.gov**, чтобы помочь жителям штата Орегон получить медицинское страхование

У вас проблемы со страхованием?

Если у вас возникли проблемы после регистрации на страховку, свяжитесь с отделом финансового регулирования штата Орегон.

Посетите сайт <https://go.usa.gov/xUzRF>
Позвоните по телефону 888-877-4894 (вызов бесплатный)
Отправьте сообщение по следующему адресу электронной почты: cr.ins@oregon.gov

Вам требуется информация на другом языке или в ином формате?

Позвоните по номеру 1-855-268-3767 (вызов бесплатный) с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу, чтобы запросить эту информацию на Español, Русский, Tiếng Việt, 汉语, 漢語, напечатанную крупным шрифтом или в каком-либо другом формате.



Пошаговое руководство по пониманию медицинского страхования

OREGONHEALTHCARE.GOV

440-5079r (9/17/HIM)



Зарегистрировавшись на план медицинского страхования, вы сделали первый шаг к тому, чтобы улучшить состояние своего здоровья. Это наиболее подходящее время для того, чтобы задать имеющиеся у вас вопросы и принять меры к тому, чтобы как можно лучше разобраться и знать, как использовать медицинскую страховку в то время, когда вы заболите.

В этом руководстве объясняются основные особенности вашего страхового плана и даются рекомендации по поводу того, что вам следует делать в случае появления у вас вопросов.

Понимание вашего плана покрытия медицинских расходов

Как только вы регистрируетесь и заплатите свой страховой взнос за первый месяц (до даты фактического вступления в силу страхового покрытия), ваша страховая компания должна прислать вам пакет участника плана страхового покрытия, который включает в себя:

1. **Краткое описание ваших страховых льгот и объёма страхового покрытия:** документ, в котором объясняются ключевые особенности вашего плана, такие, например, как то, какие медицинские услуги покрываются, и какие нет. Ознакомьтесь с теми видами расходов, которые вам придётся нести (такими как: страховые взносы, доплаты, франшизы и совместное страхование).
2. **Страховая карточка или другой документ:** это ваше доказательство того, что у вас есть страховка; кроме того, на ней содержится информация, необходимая для поставщиков медицинских услуг для того, чтобы предоставить вам обслуживание. Ваша карта или документ могут выглядеть иначе, чем тот, который приведён ниже, но будут содержать те же виды информации.

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

Тип плана	Имя и фамилия участника: Jane Doe
Дата вступления в силу	Номер члена плана страхования: XXX-XX-XXX
Группа по рецептам № X XXXX	Номер группы: XXXXX-XXX
Доплата за рецепты	Доплата за услуги врача общей практики 15,00 долл.
15,00 долл. непатентованные лекарства/дженерики	Доплата за услуги узкопрофильного специалиста 25,00 долл.
20,00 долл. лекарства с патентованным названием	Доплата за услуги неотложной помощи 75,00 долл.
	Обслуживание членов плана: 800-XXX-XXXX

Подготовка к медицинскому обслуживанию

Приступив к изучению деталей вашего медицинского страхования, одновременно начинайте заранее готовиться к удовлетворению ваших медицинских потребностей:

Поиск поставщика медицинских услуг:

- Позвоните в свою страховую компанию, займитесь поиском информации на веб-сайтах или ознакомьтесь со справочником для членов страхового плана, чтобы узнать какие медицинские специалисты и учреждения включены в сеть предпочитаемых поставщиков услуг вашего плана. Сети могут меняться, поэтому ещё раз уточните эту информацию в своём плане медицинского обслуживания.
- После того, как вы решите, к какому поставщику услуг вы хотите записаться на приём, проверьте, не нужно ли вам обратиться в свою страховую компанию, прежде чем назначать приём.

Запись на приём в врачу:

- Позвоните, чтобы записаться на приём к врачу. Сообщите, что вы ищете нового основного лечащего врача общей практики и попросите записать вас на ежегодный всесторонний медицинский осмотр или на профилактический приём.

Работа с вашим поставщиком медицинских услуг

- Когда вы встретитесь со своим поставщиком медицинских услуг, сообщите ему/ей свою семейную историю болезни (семейный анамнез), принимаемые вами в настоящее время лекарства, а также имеющиеся у вас вопросы или жалобы, касающиеся вашего здоровья.

Решение вопроса о том, подходит ли вам данный поставщик медицинских услуг:

- Вам нужен такой врач, которому вы можете доверять и с которым вам будет удобно и комфортно разговаривать. Если у вас появятся какие-либо проблемы с вашим врачом после вашего первого визита, вы должны будете решить, стоит ли вам впредь делиться с этим медработником своими проблемами или лучше поискать других поставщиков медицинских услуг, включённых в вашу сеть.

Планирование следующих шагов:

Глоссарий страховых терминов: Ключевые термины, с которыми вы можете столкнуться при чтении краткого описания ваших страховых льгот или во время поиска требуемых вам медицинских услуг.

Совместное страхование: Ваша доля расходов по оплате покрываемых медицинских услуг, начисляемая в виде процента от разрешенной суммы оплаты услуги. Вы вносите плату по совместному страхованию, плюс любую франшизу, которая с вас причитается.

Доплата: сумма, оплату которой с вас могут потребовать в качестве вашей доли по погашению стоимости медицинского обслуживания или расходных материалов – такого, например, как посещение врача. Доплата обычно представляет собой определённую сумму, а не процентную ставку.

Страховая франшиза: сумма, которую вы платите за медицинские услуги до того, как ваша медицинская страховка начнёт вносить платежи в счёт выплаты страховых льгот в течение года.

- Выполняйте рекомендации своего поставщика медицинских услуг. Например, если ваш врач порекомендовал вам обратиться к узкопрофильному медицинскому специалисту, вы уже записались на приём?

Понимание того, как ваш поставщик медицинских услуг выставляет счета в страховую компанию

Вы и ваша страховая компания разделяете ответственность за оплату расходов на получение медицинских услуг, покрываемых вашим планом. Позвоните в отдел по работе с клиентами вашего плана медицинского страхования, чтобы узнать подробности, или прочитайте краткое описание ваших страховых льгот.

Как обычно работает медицинская страховка:

1. Вы предоставляете вашему поставщику услуг свою страховую карту во время обращения за медицинской помощью.

Не все виды собственных наличных платежей («из собственного кармана») зачитываются в качестве взносов по выплате окончательной суммы нестрахуемого минимума. Страховые планы отличаются друг от друга. Прочитайте своё «Краткое описание страховых льгот и объёма страхового покрытия».

Сеть: учреждения, поставщики медицинских услуг и поставщики материалов и оборудования, с которыми ваш страховщик заключил контракт на предоставление медицинского обслуживания. Обратитесь к своему страховщику, чтобы узнать, какие поставщики услуг включены в вашу сеть. Если вы пойдёте на приём к врачу, не включённому в вашу сеть, это может обойтись вам дороже, чем посещение сетевого поставщика услуг.

2. Вы платите поставщику услуг любые виды доплат, требуемых в соответствии с вашим планом страхования.
3. Как правило, поставщик медицинских услуг выставляет счёт за предоставленные услуги страховщику.
4. Страховщик присылает вам документ под названием «Разъяснение страховых льгот» (или ЕОВ). Это общий обзор совокупной стоимости вашего визита. В нем перечислены расходы, взимаемые поставщиком услуг, максимальная сумма, которую страховщик разрешает выплатить для покрытия данной процедуры, а также объясняется, какая сумма должна быть оплачена в качестве его доли расходов, и какая – в качестве вашей. ЕОВ – это не счет.
5. Вероятнее всего, вы получите отдельный счёт от самого поставщика медицинских услуг. Вы должны оплатить свою долю этого счёта.

Знание ваших прав

После того, как вы ознакомитесь с документом ЕОВ, у вас могут возникнуть вопросы о

деталях, или вы можете подумать, что какие-то из услуг должны были бы покрываться планом, тогда как фактически они покрыты не были. В этом случае вы можете подать жалобу и добиться покрытия этих услуг.

Вы можете напрямую связаться со своим страховщиком. Страховщики имеют центры обслуживания телефонных вызовов, которые предоставляют помощь членам плана медицинского страхования. Этот номер указан в вашей страховой карточке или в справочнике плана страхования. Если вы желаете получить помощь третьей стороны, имеете вопросы, касающиеся ваших прав, или нуждаетесь в помощи в понимании страховых счетов или покрытия, позвоните в Отдел финансового регулирования штата Орегон, чтобы поговорить с защитником прав и интересов потребителей по телефону 888-877-4894 (вызов бесплатный).

Вы также можете отправить сообщение по электронной почте по адресу cr.ins@oregon.gov или ознакомиться с полезными советами по страховым вопросам на сайте <https://go.usa.gov/xUzRJ>.

вносите плату ежемесячно или ежеквартально. Он не учитывается в счёт погашения суммы вашего нестрахуемого минимума (франшизы), ваших доплат или платежей по совместному страхованию. Если вы не оплатите страховую премию, вы можете потерять своё страховое покрытие.

Профилактические медицинские услуги:

Профилактические медицинские услуги: регулярное медицинское обслуживание, включая скрининговые анализы и тесты, осмотры и консультирование пациентов, проводимые с целью предотвращения болезней, недомоганий, заболеваний или других проблем со здоровьем; или с целью выявления заболеваний на ранней стадии, когда лечение, вероятнее всего, может оказаться наиболее эффективным. Сюда могут относиться прививки от гриппа, вакцинация и скрининговые проверки.