

Зарегистрируйтесь,
продлите или
изменить планы
медицинского страхования
на **HealthCare.gov**

Использование вашей медицинской страховки

Сделайте следующий шаг

У вас нет медицинской страховки? Мы здесь, чтобы помочь.

- Узнайте, какой план может быть лучшим и наиболее доступным для вас.
- Узнайте, сможете ли вы получить финансовую помощь для оплаты вашего плана.

Вы купили медицинскую страховку в прошлом году? С 1 ноября по 15 января — время обновлять или менять планы. Пересмотрите свой план. Сравните ваши варианты.

- Ваши потребности в медицинском обслуживании могут измениться.
- Каждый год предлагаются новые планы, льготы могут меняться, а действие некоторых планов прекращается.
- Изменения дохода и размера семьи могут повлиять на вашу финансовую помощь.
- Проверьте, будете ли вы автоматически повторно включены в свой план. Возможно, вам придется повторно предоставить свою информацию, чтобы продолжить пользоваться льготами.

Посетите **OregonHealthCare.gov**, чтобы получить бесплатную местную помощь от эксперта.



Пошаговое руководство к пониманию медицинского страхования

Посетите сайт **OregonHealthCare.gov**

Зарегистрировавшись в программе 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 в том, как использовать медицинскую страховку в то время, когда вы заболите.

В этом руководстве объясняются основные особенности вашего страхового плана и рекомендуется то, что следует делать, если у вас возникнут вопросы.

Понимание вашего плана страхования

Как только вы регистрируетесь и заплатите страховой взнос за первый месяц (до фактического вступления страхования в силу), ваша страховая компания должна прислать вам пакет участника плана страхования, содержащий следующую информацию.

1. **Краткое описание ваших страховых льгот и объема страхового покрытия:** документ, в котором объясняются важнейшие особенности вашего плана — например, какие медицинские услуги покрываются, а какие нет. Ознакомьтесь с теми видами расходов, которые вам придется нести (такими, как страховые взносы, доплаты, франшизы и совместное страхование).
2. **Или другой документ:** это ваше доказательство того, что у вас есть страховка; кроме того, в нем содержится информация, необходимая для того, чтобы медицинские учреждения могли вас обслуживать. Полученные вами карточка или документ могут выглядеть не так, как показано ниже, но будут содержать те же виды информации.

Подготовка к медицинскому обслуживанию

Размышляя о медицинском страховании, подготовьтесь к удовлетворению своих медицинских потребностей.

Поиск поставщика медицинских услуг

- Позвоните в свою страховую компанию, займитесь поиском информации на веб-сайтах или ознакомьтесь со справочником для участников страхового плана, чтобы узнать, какие медицинские специалисты и учреждения сотрудничают с программой, в которой вы участвуете. Их состав может изменяться, в связи с чем еще раз подтвердите его, связавшись с работником вашей программы.
- 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 новое первичное обслуживающее медицинское учреждение и попросите назначить вам время ежегодного или профилактического обследования.

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

Тип плана	Имя и фамилия участника: Jane Doe
Дата вступления в силу	Номер участника: XXX-XX-XXX
Рецептурная группа № X XXXX	Номер группы: XXXXX-XXX
Доплата за рецепты	Доплата за услуги мед. учреждения первичного обслуживания 15.00 долл.
15.00 долл. не патентованные лекарства	Доплата за услуги специалиста 25.00 долл.
20.00 долл. патентованные лекарства	Доплата за услуги неотложной помощи 75.00 долл.
	Обслуживание участников: 800-XXX-XXXX



440-50791 (03/2024)

Работаем с вашим провайдером

- Когда вы встретитесь со своим поставщиком услуг, поделитесь своей семейной историей здоровья, лекарствами, которые вы в настоящее время принимаете, а также вопросами или опасениями, которые у вас есть по поводу вашего здоровья.

Решите, подходит ли вам провайдер:

- Вам нужен поставщик, которому вы можете доверять и с которым вам будет комфортно общаться. После вашего первого визита, Если у вас есть опасения по поводу вашего поставщика медицинских услуг, решите, хотите ли вы поделиться своими опасениями с ним или изучить других поставщиков услуг в вашей сети.

Планирование дальнейших действий:

- Следуйте рекомендациям вашего провайдера. Например, если ваш поставщик услуг порекомендовал специалиста, записались ли вы на прием?

Понимание выставления счетов за страхование

- Вы и ваша страховая компания разделяете расходы на обслуживание, покрываемое вашим планом. Позвоните в службу поддержки участников вашего плана медицинского страхования, чтобы узнать подробности или прочитать краткий обзор льгот.

Как обычно работает медицинская страховка:

1. Вы предоставляете своему поставщику услуг свою страховую карту во время обращения за медицинской помощью.
2. Вы платите поставщику услуг любую доплату, требуемую планом.
3. Обычно поставщик выставляет счет страховщику.
4. Страховщик отправляет вам объяснение льгот (или EOB). Это обзор общей стоимости вашего визита. В нем указано, сколько взимает поставщик услуг, максимальная сумма, которую страховщик допускает за эту процедуру, а также сумма, которую он заплатил в качестве своей доли, а также ваша доля расходов. EOB не является векселем.
5. Скорее всего, вы получите счет отдельно от поставщика. Вы оплачиваете свою долю счета.

Зная свои права

После просмотра вашего EOB у вас могут возникнуть вопросы о деталях или вы подумаете, что определенные услуги должны покрываться планом, хотя на самом деле это не так. Возможно, вы сможете подать жалобу и получить покрытие услуг.

Вы можете связаться со своим страховщиком напрямую. У страховщиков есть колл-центры, которые помогают участникам плана. Этот номер указан на вашей страховой карте или в справочнике плана.

Если вам нужна помощь третьей стороны, у вас есть вопросы о ваших правах или вам нужна помощь в понимании выставления счетов или покрытия страховки, позвоните в Отдел финансового регулирования штата Орегон и бесплатно поговорите с адвокатом по защите прав потребителей по телефону 888-877-4894 (звонок - бесплатно).

Вы также можете отправить электронное письмо по адресу DFR.InsuranceHelp@dcb.s. oregon.gov или найти советы по страхованию по адресу: bit.ly/DFRcomplaint.



Глоссарий терминов страхования: ключевые термины, с которыми вы можете столкнуться в обзоре льгот или при обращении за медицинскими услугами.

Совместное страхование: процент стоимости покрываемых медицинских услуг, который вы платите; 20 процентов за рентген, например.

Доплата (или доплата): фиксированная сумма, которую вы платите за покрываемую медицинскую услугу; Например, 20 долларов за визит к врачу.

Франшиза: сумма, которую вы платите до того, как план начнет оплачивать некоторые покрываемые услуги. В штате Орегон многие планы не требуют, чтобы участник оплачивал франшизу при посещении офиса, но они будут платить франшизу за такие услуги, как пребывание в больнице или операции.

Чрезвычайно важно помнить, что многие услуги покрываются планами медицинского страхования полностью или хотя бы частично до выплаты франшизы.

Сеть: клиники, учреждения, аптеки, поставщики услуг и поставщики, с которыми ваша медицинская страховая компания заключила контракт на предоставление медицинских услуг, рецептов и расходных материалов. Свяжитесь со своей страховой компанией, чтобы узнать, какие врачи, терапевты и учреждения входят в ее сеть. Обращение к поставщику услуг, не входящему в сеть, может стоить вам дороже.

Максимум собственных расходов: максимальная сумма, которую вы должны заплатить за покрываемые услуги в течение планового года. После того, как вы потратите эту сумму на франшизы, доплаты и совместное страхование услуг и услуг внутри сети, ваш план медицинского страхования оплатит 100 процентов стоимости покрываемых льгот. Вещи, которые не учитываются при расчете максимальной суммы выплат из кармана: ваш ежемесячный страховой взнос, все, что вы тратите на услуги, которые ваш план не покрывает, а также уход и услуги вне сети.

Страховой взнос: сумма, которую вы платите за медицинскую страховку каждый месяц.

Обычно вы платите его ежемесячно. Она не учитывается при расчете вашей франшизы или максимальной суммы выплат из кармана. Если вы не заплатите страховой взнос, вы можете потерять страховое покрытие.

Профилактические услуги: плановое медицинское обслуживание, включая осмотры, осмотры и консультирование пациентов, для предотвращения заболеваний, заболеваний или других проблем со здоровьем; или обнаружить болезнь на ранней стадии, когда лечение, скорее всего, будет эффективным. Это может включать прививки от гриппа, вакцины и обследования.