

Înscrieți-vă, reînnoiți sau schimbați planurile de sănătate la **HealthCare.gov**

Utilizarea asigurării dvs. de sănătate

Faceți pasul următor

Nu aveți asigurare de sănătate?

Suntem aici pentru a vă ajuta.

- Aflați ce plan ar putea fi cel **mai bun și cel mai accesibil** pentru dvs.
- Vedeți dacă puteți obține **ajutor financiar** pentru a vă plăti planul.

Ați cumpărat asigurare de sănătate anul trecut?

Între 1 noiembrie și 15 ianuarie este perioada de reînnoire sau de schimbare a planurilor. Analizați-vă planul. Comparați-vă opțiunile.

- **Nevoile dvs. de îngrijire medicală se pot schimba.**
- **În fiecare an, sunt oferite planuri noi, beneficiile se pot modifica,** iar unele planuri sunt întrerupte.
- Modificările în ceea ce privește venitul și dimensiunea familiei vă pot afecta **asistența financiară.**
- Verificați dacă veți fi reînscris automat în planul dvs. Este posibil să fiți nevoit să vă **trimiteti din nou** informațiile pentru a vă continua beneficiile.

Vizitați **OregonHealthCare.gov** pentru a găsi ajutor local gratuit din partea unui expert.



**OREGON
HEALTHCARE.gov**

☎ 855-268-3767
(număr gratuit)

HIM-5079 (09/2024)



Un ghid pas cu pas pentru înțelegerea asigurărilor de sănătate

Vizitați OregonHealthCare.gov

Ați făcut primul pas pentru a vă îmbunătăți sănătatea prin înscrierea la un plan de asigurare de sănătate. Acesta este cel mai bun moment să puneți întrebări și să luați măsuri, astfel încât să știți cum să vă folosiți asigurarea atunci când sunteți bolnav.

Acest ghid explică elementele de bază ale înțelegerii planului dvs. de asigurare și ce trebuie să faceți atunci când aveți întrebări.

Înțelegerea acoperirii dvs.

După ce vă înscrieți și plătiți prima lună de primă (înainte de data intrării în vigoare a acoperirii), compania dvs. de asigurări trebuie să vă trimită un pachet de membru care include:

1. **Rezumat al beneficiilor și acoperirii:**
Un document care explică principalele caracteristici ale planului dvs., cum ar fi ceea ce este acoperit și ceea ce nu este. Familiarizați-vă cu costurile (prime, co-plăți, costuri deductibile și co-asigurare).
2. **Cardul de asigurare sau alt document:**
Aceasta este dovada asigurării dvs. și conține informațiile de care furnizorii de servicii medicale au nevoie pentru a vă oferi servicii. Cardul sau documentul dvs. poate arăta diferit de acesta, dar va conține același tip de informații.

INSURANCE COMPANY NAME

Plan type	Member Name: Jane Doe
Effective date	Member Number: XXX-XX-XXX
	Group Number: XXXX-XXX
Prescription Group # XXXXX	PCP Copay \$15.00
	Specialist Copay \$25.00
Prescription Copay \$15.00 Generic	Emergency Room Copay \$75.00
\$20.00 Name brand	Member Service: 800-XXX-XXXX

Pregătirea pentru îngrijirea dvs. medicală

În timp ce vă gândiți la asigurarea de sănătate, pregătiți-vă pentru nevoile dvs. de îngrijire a sănătății prin:

Găsirea unui furnizor:

- Sunați la compania dvs. de asigurări, căutați pe site-ul web al acesteia sau consultați manualul pentru membri pentru furnizorii din rețeaua dvs. Rețelele se pot schimba, așa că verificați din nou cu planul dvs. de sănătate.
- După ce vă decideți ce furnizor doriți să consultați, verificați dacă trebuie să vă întrebați compania de asigurări înainte de a vă face o programare.

Programarea unei întâlniri:

- Sunați pentru a face programarea. Spuneți că sunteți în căutarea unui nou furnizor de asistență medicală primară și solicitați o examinare anuală sau o vizită de wellness.

Colaborarea cu furnizorul dvs.

- Când vă întâlniți cu furnizorul de servicii medicale, împărtășiți-i antecedentele de sănătate al familiei dvs., medicamentele pe care le luați în prezent și întrebările sau preocupările pe care le aveți cu privire la sănătatea dvs.

Cum decideți dacă furnizorul este cel potrivit pentru dvs.:

- Aveți nevoie de un furnizor în care să aveți încredere și cu care să vă simțiți confortabil să discutați. După prima vizită, dacă aveți nelămuriri cu privire la furnizorul dvs., decideți dacă doriți să vă împărtășiți nelămuririle cu acesta sau să căutați alți furnizori din rețeaua dvs.

Planificarea pașilor următori:

- Urmați recomandările furnizorului dvs. De exemplu, dacă furnizorul dvs. v-a recomandat un specialist, ați făcut o programare?

Înțelegerea facturării de asigurări

Dvs. și compania dvs. de asigurări împărtășiți costurile asistenței medicale acoperite de planul dvs. Sunați la serviciile pentru membri ale planului dvs. de sănătate pentru a afla detalii sau pentru a citi rezumatul beneficiilor. Cum funcționează de obicei asigurarea de sănătate:

1. Furnizați furnizorului cardul de asigurare în momentul în care solicitați asistență medicală.
2. Plătiți furnizorului orice co-plată cerută de plan.
3. De obicei, furnizorul facturează asigurătorului.
4. Asigurătorul vă trimite o explicație a beneficiilor (Explanation of Benefits sau EOB). Aceasta este o prezentare generală a cheltuielilor totale pentru vizita dvs. Aceasta enumeră suma percepută de furnizor, suma maximă permisă de asigurător pentru procedura respectivă și suma pe care a plătit-o ca parte a sa, precum și partea dvs. din costuri. Un EOB nu este o factură.
5. Cel mai probabil, veți primi o factură separată de la furnizor. Plătiți partea dvs. din factură.

Cunoașterea drepturilor dvs.

După revizuirea EOB, este posibil să aveți întrebări cu privire la detalii sau să credeți că anumite servicii ar trebui să fie acoperite de plan, deși nu au fost. Este posibil să puteți depune o plângere și să obțineți acoperirea serviciilor. Puteți contacta direct asigurătorul. Asigurătorii au centre de apel pentru a-i ajuta pe membrii planului. Acest număr este indicat pe cardul dvs. de asigurare sau în manualul planului. Dacă doriți ajutorul unei terțe părți, dacă aveți întrebări cu privire la drepturile dumneavoastră sau dacă aveți nevoie de ajutor pentru a înțelege facturarea sau acoperirea asigurărilor, apelați gratuit la Divizia Oregon de reglementare financiară (Oregon Division of Financial Regulation, pentru a vorbi cu un avocat al consumatorilor, la 888-877-4894 (număr gratuit). De asemenea, puteți trimite un e-mail la DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov sau puteți căuta sfaturi de asigurare la: bit.ly/DFRcomplaint



Glosar de termeni de asigurare: Termeni cheie pe care îi puteți întâlni în rezumatul beneficiilor sau atunci când solicitați servicii medicale

Co-asigurare: Procentul din costurile unui serviciu medical acoperit pe care îl plătiți; de exemplu, 20% pentru o radiografie.

Co-plată: O sumă fixă pe care o plătiți pentru un serviciu medical acoperit; de exemplu, 20 \$ pentru o vizită la medic.

Cost deductibil: Suma pe care o plătiți înainte ca planul să înceapă să plătească pentru anumite servicii acoperite. În Oregon, numeroase planuri nu cer ca persoana înscrisă să plătească costuri atunci când are vizite la cabinet, dar vor plăti costuri deductibile pentru servicii precum

spitalizarea sau intervențiile chirurgicale. Este extrem de important să rețineți că există numeroase servicii acoperite de planurile de sănătate, integral sau cel puțin parțial, înainte de respectarea costurilor deductibile.

Rețea: Clinicile, facilitățile, farmaciile, furnizorii și prestatorii cu care compania dumneavoastră de asigurări de sănătate a încheiat un contract pentru furnizarea de servicii medicale, de rețete și de consumabile. Contactați-vă compania de asigurări pentru a afla care sunt medicii, terapeuții și centrele care fac parte din rețea. S-ar putea să vă coste mai mult să consultați un furnizor din afara rețelei.

Plafonul de cheltuieli din buzunar: Suma maximă pe care trebuie să o plătiți pentru serviciile acoperite într-un an de plan. După ce ați cheltuit această sumă pentru costuri deductibile, co-plăți și co-asigurare pentru servicii și îngrijiri în cadrul rețelei, planul dvs. de sănătate plătește 100% din costurile prestațiilor acoperite. Lucrurile care nu se iau în considerare la calcularea sumei maxime plătite din buzunar sunt: prima lunară, suma pe care o cheltuiți pentru serviciile care nu sunt acoperite de planul dvs. și serviciile și îngrijirea din afara rețelei.

Prima: Suma pe care o plătiți lunar pentru asigurarea dvs. de sănătate. De obicei, o plătiți lunar. Aceasta nu se ia în considerare pentru costurile deductibile sau pentru plafonul de cheltuieli din buzunar. Dacă nu vă plătiți prima, ați putea pierde asigurarea.

Servicii preventive: Asistență medicală de rutină, inclusiv screening-uri, controale și consiliere pentru pacienți, pentru a preveni bolile, afecțiunile sau alte probleme de sănătate sau pentru a depista bolile într-un stadiu incipient, atunci când tratamentul este cel mai eficient. Aceasta poate include vaccinuri antigripale, vaccinuri și screening-uri.