

# Таблица сравнения тарифных ставок планов

Годовой ожидаемый доход	<input type="text"/>	Субсидия для оплаты стоимости страховых взносов (в месяц)	<input type="text"/>
Количественный состав семьи	<input type="text"/>	Субсидия для оплаты стоимости страховых взносов (в год)	<input type="text"/>
		Имеет ли право на разделение ответственности за оплату расходов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Основная информация

	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Страховая компания	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Название страхового плана	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Металлический уровень (бронзовый, серебряный, золотой)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Тип плана (PPO, HMO и т.д.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ежемесячный страховой взнос (после уплаты субсидии)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Годовой страховой взнос (после уплаты субсидии)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Совет** Поскольку некоторые планы могут иметь похожие названия, обязательно указывайте полное название плана в рабочей ведомости.

## Разделение ответственности за оплату расходов (ваша доля в оплате медицинских расходов, помимо страхового взноса)

	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Вычитаемая франшиза	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Максимальная сумма расходов из личных средств	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Визит к врачу	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Визит к специалисту	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Непатентованные препараты	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Посещение отделения неотложной помощи	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Пребывание в стационаре больницы	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Другое: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Другое: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Сеть поставщиков услуг и фармакологический справочник

Имя(-ена), фамилия(-и)	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Врач(-и), входящие в сеть обслуживания <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Специалист(-ы), входящие в сеть обслуживания <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Больница, входящая в сеть обслуживания <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Рецептурный препарат в фармакологическом справочнике <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другое: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Определение понятий, относящихся к медицинскому страхованию (см. веб-сайт [HealthCare.gov/glossary](http://HealthCare.gov/glossary) для получения дополнительной информации)

Основные понятия	Определение
Страховой взнос	Сумма, которую вы платите за участие в своём плане медицинского страхования каждый месяц. Если вы не внесете страховой взнос, ваше участие в плане страхования может быть аннулировано.
Вычитаемая франшиза	Годовая сумма в долларах, которую вам необходимо платить из личных средств за медицинские услуги, прежде стоимость услуг будет оплачиваться из средств плана. В некоторых планах медицинского страхования определенные услуги оплачиваются до погашения франшизы. Профилактические услуги, такие как ежегодные осмотры и вакцинация, обеспечиваются вашим планом до того, как будет уплачена вычитаемая франшиза.
Максимальная сумма расходов из личных средств	Ограничение суммы, которую вы платите за медицинские услуги в год. Как только сумма, которую вы заплатили, достигает годового максимума, из средств вашего страхового плана будет оплачиваться 100% обеспечиваемых страхованием услуг.
Доплата	Установленная сумма в долларах, которую вы платите за обеспеченное страхованием медицинское обслуживание после того, как вы уплатили свою вычитаемую франшизу. Суммы доплат варьируются в зависимости от услуг. Например, для вас может быть предусмотрена доплата в размере 10 долларов за получение лекарственного препарата, и составлять 50 долларов за посещение специалиста.
Совместное страхование	Часть суммы, которую вы платите за обеспеченные страхованием услуги после того, как вы уплатили свою вычитаемую франшизу. Например, если в вашем плане предусматривается совместное страхование в размере 20%, вы вносите 20% от стоимости услуги, а из средств вашего плана оплачиваются остальные 80%.
Сеть поставщиков услуг	Перечень врачей и больниц, с которыми ваша страховая компания имеет договоры и которые еще известны как поставщики, входящие в сеть обслуживания. Врачи, не указанные в этом перечне, находятся вне сети обслуживания. Обращение к поставщику услуг, входящему в сеть обслуживания, обычно обходится дешевле, а некоторыми планами и вовсе не предусмотрена оплата услуг поставщиков, не входящих в сеть обслуживания.
Фармакологический справочник рецептурных препаратов	Перечень лекарств, которые обеспечиваются вашим планом медицинского страхования. Они часто сгруппированы по уровням, при этом некоторые лекарства стоят дороже, чем другие.

**Пример разделения ответственности за оплату расходов:** план страхования с вычитаемой франшизой в размере 1 тыс. долл., совместным страхованием в размере 30% и максимальной оплатой из личных средств в размере 5 тыс. долл.

Если вам сделают операцию стоимостью в 20 тыс. долл., вы заплатите первую 1 тыс. долл. (вычитаемая франшиза) плюс 30% оставшихся затрат (совместное страхование), однако ваш общий расход не превысит 5 тыс. долл. (из-за предусмотренной максимальной оплаты из личных средств). По плану страхования выплачиваются оставшиеся 15 тыс. долларов.

## Советы

- Во избежание мошеннических и некачественных планов страхования, всегда приобретайте страховой план на веб-сайте [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- При выборе плана обращайте внимание на годовые затраты (вычитаемая франшиза, доплаты и т.д.), а не только на ежемесячный страховой взнос.
- Примите во внимание количество медицинских услуг, которыми вы пользуетесь каждый год, и лекарства, которые вы принимаете, чтобы рассчитать годовую стоимость каждого плана.
- Планы с низкими страховыми взносами иногда имеют высокие вычитаемые франшизы, в то время как планы с высокими страховыми взносами часто имеют низкие франшизы.
- Изучите сеть поставщиков и перечень оплачиваемых препаратов каждого из планов, которые вы рассматриваете, чтобы убедиться в том, что ваши врачи входят в сеть обслуживания и ваши лекарства обеспечиваются тем или иным планом медицинского страхования.
- Если вы получаете субсидию для оплаты стоимости страховых взносов, предназначенную помочь вам в оплате стоимости медицинского страхования, не забудьте в течение года сообщать о любых изменениях в размере вашего дохода через площадку marketplace, чтобы избежать необходимости возврата суммы субсидии.

## Информация для входа в площадку Marketplace

Имя пользователя	<input type="text"/>
Пароль	<input type="password"/>
Идентификатор заявления	<input type="text"/>

### Примечания