



Dokument „Podsumowanie korzyści i zakresu ubezpieczenia (SBC)” pomoże Ci wybrać [plan](#) zdrowotny. SBC pokazuje, w jaki sposób Ty i [plan](#) podzielicie się kosztami uwzględnionych w planie opieki zdrowotnej. UWAGA: Informacje o koszcie tego [planu](#) (tzw. [składce](#)) zostaną podane osobno. To jest tylko podsumowanie. Aby uzyskać więcej informacji na temat swojego ubezpieczenia lub otrzymać kopię pełnych warunków ubezpieczenia, należy zadzwonić pod numer 773-385-9300. Ogólne definicje częstych terminów, takich jak [dozwolona kwota](#), [saldo rozliczeń](#), [współubezpieczenie](#), [współodpłatność](#), [udział własny](#), [dostawca](#) lub inne podkreślone terminy, można znaleźć w słowniku. Słownik można zobaczyć na stronie <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> lub uzyskać jego kopię dzwoniąc pod numer 773-385-9300.

Ważne pytania	Odpowiedzi	Dlaczego jest to istotne:
Ile wynosi całkowity udział własny ?	0 USD	Patrz poniższa tabela „Częste zdarzenia medyczne”, aby zapoznać się z kosztami usług objętych tym planem .
Czy są jakieś usługi objęte ubezpieczeniem, zanim pokryjesz udział własny ?	Nie	Musisz pokryć udział własny, zanim plan zapłaci za jakiegokolwiek usługi.
Czy istnieje inny udział własny za określone usługi?	Nie	Nie musisz pokryć udziału własnego za określone usługi.
Jaki jest limit wydatków własnych za ten plan ?	Świadczenie medyczne w sieci o wartości 3000 USD Świadczenie na leki wydawane na receptę o wartości 3600 USD	Limit wydatków własnych to najwyższa kwota, jaką możesz zapłacić w ciągu roku za usługi objęte ubezpieczeniem. Jeśli tym planem objęci są inni członkowie rodziny, muszą oni pokryć swoje własne limity wydatków własnych , aż do wyczerpania ogólnego limitu wydatków własnych rodziny.
Co nie jest uwzględnione w limicie wydatków własnych ?	Wszelkie kwoty niezapłacone przez Plan z tytułu opłat poza siecią, opłat lub nieobjętych planem lub kar	Nawet jeśli poniesiesz te wydatki, nie wliczają się one do limitu wydatków własnych .
Czy zapłacisz mniej, jeśli skorzystasz z dostawcy w sieci ?	Tak. Sieć to Union Health Service 1-312-423-4200	Ten plan korzysta z sieci dostawców. Zapłacisz mniej, jeśli skorzystasz z usług dostawcy w sieci planu. Najwięcej zapłacisz, jeśli skorzystasz z usług dostawcy spoza sieci i mogą otrzymać od niego rachunek w kwocie odpowiadającej różnicy pomiędzy opłatą dostawcy a kwotą płaconą przez plan (bilans rozliczeniowy). Należy pamiętać, że dostawca z sieci może, w przypadku niektórych usług (takich jak badania laboratoryjne), korzystać z usług dostawcy spoza sieci . Zanim skorzystasz z usług, należy skontaktować się ze swoim dostawcą .
Czy do specjalisty potrzebne jest skierowanie ?	Tak	W ramach tego planu pokryje się część lub całość kosztów wizyty u specjalisty w ramach usług objętych ubezpieczeniem, ale tylko wtedy, gdy przed wizytą u specjalisty otrzymasz skierowanie .



Wszystkie koszty [współpłatności](#) i [współubezpieczenia](#) podane w tej tabeli to koszty po pokryciu [udziału własnego](#), jeśli obowiązuje [udział własny](#).

Częste zdarzenia medyczne	Usługi, których możesz potrzebować	Kwota, jaką zapłacisz		Ograniczenia, wyjątki i inne ważne informacje
		Dostawca z sieci (zapłacisz najmniej)	Dostawca spoza sieci (zapłacisz najwięcej)	
Jeśli odwiedzasz gabinet lub klinikę dostawcy opieki zdrowotnej	Wizyta w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w celu leczenia urazu lub choroby	0 USD	Nie objęte planem	Współpłatność 10 USD, jeśli korzystasz z UHS na Polk St.
	Wizyta specjalistyczna	0 USD	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Opieka profilaktyczna/badania przesiewowe/ Szczepienia	Bez opłat	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli masz badania	Badanie diagnostyczne (prześwietlenie, badanie krwi)	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Badania obrazowe (TK/PET, MRI)	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli potrzebujesz leków w celu leczenia swojej choroby lub schorzenia. Więcej informacji na temat ubezpieczenia na leki wydawane na receptę można uzyskać pod numerem UHS 312-423-4200/ OptumRx 866-207-5623	Leki generyczne – Koszt leku w punkcie sprzedaży 0–15 USD Więcej niż 15 USD	Współpłatność 1 USD	Nie objęte planem	Zadzwoń pod numer UHS 312-423-4200. Współpłatności mogą ulec zmianie w zależności od marki, dawki lub ilości.
	Preferowane marki leków – Koszt leku w punkcie sprzedaży 0–30 USD Więcej niż 30 USD	Współpłatność 8 USD	Nie objęte planem	Zadzwoń pod numer UHS 312-423-4200. Współpłatności mogą ulec zmianie w zależności od marki, dawki lub ilości.
	Niepreferowane marki leków – każdy koszt	Współubezpieczenie 100%	Nie objęte planem	Zadzwoń pod numer UHS 312-423-4200.
	Leki specjalistyczne	Nie objęte planem	Nie objęte planem	
Jeśli masz operację w warunkach ambulatoryjnych	Opłata za pobyt w placówce (np. centrum chirurgii ambulatoryjnej)	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Opłaty za lekarza/chirurga	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli potrzebujesz pilnej pomocy lekarskiej	Opieka w SOR	Współpłatność 200 USD	Współpłatność 200 USD	W przypadku przyjęcia do szpitala współpłatność w wysokości 200 USD nie obowiązuje. Należy zadzwonić do UHS nie później niż 48 godzin po leczeniu.
	Transport medyczny w sytuacji nagłej	0%	0%	
	Intensywna opieka	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
W przypadku pobytu w szpitalu	Opłata za pobyt w placówce (np. sala szpitalna)	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Opłaty za lekarza/chirurga	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.

[* Aby uzyskać więcej informacji na temat ograniczeń i wyjątków, patrz dokument [planu](#) dokument polisy albo zadzwoń pod numer 773-385-9300.]

Częste zdarzenia medyczne	Usługi, których możesz potrzebować	Kwota, jaką zapłacisz		Ograniczenia, wyjątki i inne ważne informacje
		Dostawca z sieci (zapłacisz najmniej)	Dostawca spoza sieci (zapłacisz najwięcej)	
Jeśli potrzebujesz usług w zakresie zdrowia psychicznego, zdrowia behawioralnego lub leczenia uzależnień	Usługi ambulatoryjne	Współodpłatność 10 USD	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi szpitalne	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli jesteś w ciąży	Wizyty w gabinecie	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi personelu związane z porodem/akcją porodową	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi placówki związane z porodem/akcją porodową	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli potrzebujesz pomocy w okresie rekonwalescencji lub masz inne szczególne potrzeby zdrowotne	Domowa opieka zdrowotna	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi rehabilitacyjne	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi dostosowujące	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Fachowa opieka pielęgniarska	0%	Nie objęte planem	Z zastrzeżeniem maksymalnie 90 dni w roku kalendarzowym. Wymagane skierowanie UHS.
	Trwałe wyposażenie medyczne	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
	Usługi hospicjum	0%	Nie objęte planem	Wymagane skierowanie UHS.
Jeśli Twoje dziecko potrzebuje opieki stomatologicznej lub okulistycznej	Badanie wzroku u dzieci	Nie objęte planem	Nie objęte planem	
	Okulary dziecięce	Nie objęte planem	Nie objęte planem	
	Przeгляд stomatologiczny dziecka	Nie objęte planem	Nie objęte planem	

Usługi wyłączone i inne usługi objęte ubezpieczeniem:

Usługi, których plan zasadniczo NIE obejmuje (Sprawdź swoją polisę lub dokument planu , aby uzyskać więcej informacji i listę innych wyłączonych usług .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktura • Operacja plastyczna • Opieka stomatologiczna (dorośli) • Aparaty słuchowe 	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie niepłodności • Opieka długoterminowa • Opieka niezwiązana z przypadkami nagłymi w przypadku podróży poza USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Prywatna opieka pielęgniarska • Rutynowa opieka okulistyczna (dorośli) • Rutynowa pielęgnacja stóp • Programy odchudzające

[* Aby uzyskać więcej informacji na temat ograniczeń i wyjątków, patrz dokument [planu](#) dokument polisy albo zadzwoń pod numer 773-385-9300.]

Inne usługi objęte ubezpieczeniem (w przypadku tych usług mogą obowiązywać ograniczenia. To nie jest wyczerpująca lista. Należy zapoznać się z dokumentem [planu](#).)

- Operacja bariatryczna (musi spełniać wszystkie kryteria: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zalecił leczenie, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stwierdza, że ważysz co najmniej 100 funtów więcej niż wynosi medycznie pożądana masa ciała, wskaźnik masy ciała wynosi 45 lub więcej, otyłość stanowi zagrożenie dla życia ze względu na choroby współistniejące zagrażające życiu, takie jak cukrzyca, choroby serca, nadciśnienie itp., masz udokumentowaną historię nieudanych prób redukcji masy ciała za pomocą bardziej zachowawczych metod, pomyślnie przeszedłeś ocenę psychiatryczną i nie masz żadnych schorzeń psychicznych, które mogą zmniejszyć szanse powodzenia operacji w dłuższej perspektywie, aktywnie uczestniczysz w programie zarządzania chorobami prowadzonym przez Hines & Associates przez sześć miesięcy przed operacją, który obejmuje poradnictwo żywieniowe i program redukcji masy ciała, i nie przebyłeś żadnego rodzaju zabiegu bariatrycznego w przeszłości. Plan nie obejmuje rewizyjnych operacji bariatrycznych.
- Opieka chiropraktyczna (Opieka chiropraktyczna jest pokrywana w 50% przy maksymalnie 20 wizytach w roku kalendarzowym).

Twoje prawa do kontynuacji ubezpieczenia: Istnieją agencje, które mogą Ci pomóc, jeśli chcesz kontynuować ubezpieczenie po jego zakończeniu. Dane do kontaktu z tymi agencjami to: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration pod numerem telefonu 1-866-444-EBSA (3272) lub www.dol.gov/ebsa/healthreform. Mogą być dostępne również inne opcje ubezpieczenia, w tym wykupienie indywidualnego ubezpieczenia za pośrednictwem Health Insurance [Marketplace](#). Więcej informacji na temat [Marketplace](#) można znaleźć na stronie www.HealthCare.gov lub uzyskać dzwoniąc pod numer 1-800-318-2596.

Twoje prawo do złożenia skargi i odwołania: Istnieją agencje, które mogą Ci pomóc, jeśli złożysz skargę na swój [plan](#) w sprawie odmowy przyjęcia [roszczenia](#). Takie roszczenie nazywane jest [skargą](#) lub [odwołaniem](#). Aby uzyskać więcej informacji na temat swoich praw, należy się zapoznać z wyjaśnieniami dotyczącymi świadczeń, jakie otrzymasz w związku z tym [roszczeniem](#) medycznym. Dokumenty [planu](#) zawierają także pełne informacje umożliwiające złożenie [roszczenia](#), [odwołania](#) lub [skargi](#) z dowolnej przyczyny do [planu](#). Aby uzyskać więcej informacji na temat swoich praw, tego powiadomienia lub aby uzyskać pomoc, należy skontaktować się z: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration pod numerem telefonu 1-866-444-EBSA (3272) lub www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Czy ten plan zapewnia minimalną niezbędną ochronę? [Tak]

[Minimalna podstawowa ochrona](#) zasadniczo obejmuje [plan](#), [ubezpieczenie zdrowotne](#) dostępne za pośrednictwem [Marketplace](#) lub inne indywidualne polisy rynkowe, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE i określone inne ubezpieczenia. Jeśli kwalifikujesz się do niektórych rodzajów [minimalnej podstawowej ochrony](#), możesz nie kwalifikować się do [ulgi podatkowej na składki](#).

Czy ten plan spełnia standardy wartości minimalnej?? [Tak]

Jeśli [plan](#) nie spełnia [standardów wartości minimalnej](#), możesz kwalifikować się do [ulgi podatkowej na składki](#), która pomoże Ci opłacić [plan](#) za pośrednictwem [Marketplace](#).

Usługi dostępu językowego:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 773-385-9300.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 773-385-9300.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 773-385-9300.]

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 773-385-9300.]

Aby zobaczyć przykłady tego, w jaki sposób ten [plan](#) może pokryć koszty przykładowej sytuacji medycznej, patrz następna

[* Aby uzyskać więcej informacji na temat ograniczeń i wyjątków, patrz dokument [planu](#) dokument polisy albo zadzwoń pod numer 773-385-9300.]

Oświadczenie PRA: Zgodnie z ustawą o ograniczeniu formalności papierowych z 1995 r. żadna osoba nie ma obowiązku odpowiadać na gromadzenie informacji, jeśli nie zawiera on ważnego numeru kontrolnego OMB. Prawidłowy numer kontrolny OMB dla tego gromadzenia informacji to **0938-1146**. Czas wymagany do zakończenia gromadzenia informacji szacuje się na średnio **0,08** godziny na każdą odpowiedź, z uwzględnieniem czasu na zapoznanie się z instrukcjami, przeszukanie istniejących zasobów danych, zebranie potrzebnych danych oraz zakończenie i przegląd gromadzenia informacji. Jeśli masz uwagi dotyczące dokładności szacunków czasowych lub sugestie dotyczące ulepszenia tego formularza, napisz na adres: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

[* Aby uzyskać więcej informacji na temat ograniczeń i wyjątków, patrz dokument [planu](#) dokument polisy albo zadzwoń pod numer 773-385-9300.]

Informacje o tych przykładach ubezpieczenia:



To nie jest kosztorys. Przedstawione terapie to tylko przykłady tego, w jaki sposób ten [plan](#) może pokrywać opiekę medyczną. Rzeczywiste koszty będą się różnić w zależności od faktycznej opieki, którą otrzymujesz, cen naliczanych przez [dostawców](#) i wielu innych czynników. Skoncentruj się na kwotach [podziału kosztów](#) ([udział własny](#), [współodpłatność](#) i [współubezpieczenie](#)) i [usługach wyłączonych](#) w ramach [planu](#). Skorzystaj z tych informacji, aby porównać część kosztów, które możesz zapłacić w ramach różnych [planów](#) zdrowotnych. Należy pamiętać, że te przykłady ubezpieczenia dotyczą wyłącznie ubezpieczenia własnego.

Peg rodzi dziecko

(9 miesięcy opieki prenatalnej w sieci i poród w szpitalu)

- Całkowity [udział własny w planie](#) wynosi 0 USD
- [Specjalista \[podział kosztów\]](#) 0 USD
- Szpital (placówka [\[podział kosztów\]](#)) 0%
- Inne [\[podział kosztów\]](#) 0%

To PRZYKŁADOWE zdarzenie obejmuje takie usługi jak:

Wizyty w gabinecie [specjalistycznym](#) (opieka prenatalna)

Usługi personelu związane z porodem/akcją porodową

Usługi placówki związane z porodem/akcją porodową

[Badania diagnostyczne](#) (USG i badanie krwi)

Wizyta [specjalistyczna](#) (znieczulenie)

Całkowity przykładowy koszt	12 700 USD
------------------------------------	-------------------

W tym przykładzie Peg zapłaciłaby:

Podział kosztów	
Udział własny	0 USD
Współodpłatności	2 USD
Współubezpieczenie	0 USD
Co nie jest objęte ubezpieczeniem	
Limity lub wyłączenia	60 USD
Całkowita kwota, jaką zapłaciłaby Peg, wynosi	60 USD

Leczenie cukrzycy typu 2 u Joego

(rok rutynowej opieki w sieci nad dobrze kontrolowaną chorobą)

- Całkowity [udział własny w planie](#) wynosi 0 USD
- [Specjalista \[podział kosztów\]](#) 0 USD
- Szpital (placówka [\[podział kosztów\]](#)) 0%
- Inne [\[podział kosztów\]](#) 0%

To PRZYKŁADOWE zdarzenie obejmuje takie usługi jak:

[Wizyty w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej](#) (w tym edukacja dotycząca choroby)

[Badanie diagnostyczne](#) (badanie krwi)

[Leki wydawane na receptę](#)

[Trwałe wyposażenie medyczne](#) (glukometr)

Całkowity przykładowy koszt	5600 USD
------------------------------------	-----------------

W tym przykładzie Joe zapłaciłby:

Podział kosztów	
Udział własny	0 USD
Współodpłatności	200 USD
Współubezpieczenie	0 USD
Co nie jest objęte ubezpieczeniem	
Limity lub wyłączenia	20 USD
Całkowita kwota, jaką zapłaciłby Joe, wynosi	200 USD

Proste złamanie u Mii

(wizyta na SOR w sieci i opieka kontrolna)

- Całkowity [udział własny w planie](#) wynosi 0 USD
- [Specjalista \[podział kosztów\]](#) 0 USD
- Szpital (placówka [\[podział kosztów\]](#)) 0%
- Inne [\[podział kosztów\]](#) 0%

To PRZYKŁADOWE zdarzenie obejmuje takie usługi jak:

Opieka na SOR (w tym materiały medyczne)

[Badanie diagnostyczne](#) (prześwietlenie)

[Trwałe wyposażenie medyczne](#) (kule)

[Usługi rehabilitacyjne](#) (fizjoterapia)

Całkowity przykładowy koszt	2800 USD
------------------------------------	-----------------

W tym przykładzie Mia zapłaciłaby:

Podział kosztów	
Udział własny	0 USD
Współodpłatności	200 USD
Współubezpieczenie	0 USD
Co nie jest objęte ubezpieczeniem	
Limity lub wyłączenia	0 USD
Całkowita kwota, jaką zapłaciłaby Mia, wynosi	200 USD

[Plan](#) jest zobowiązany do pokrycia pozostałych kosztów tych PRZYKŁADOWYCH usług objętych planem.