



Βασικό πρόγραμμα Με μια ματιά

ΠΟΙΟΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ;

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΙΣ ΕΞΗΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

- Είναι κάτοικοι της Πολιτείας της Νέας Υόρκης
- Ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις εισοδήματος του Βασικού προγράμματος
- Έχουν άδεια παραμονής στις Η.Π.Α.
- Είναι 19-64 ετών
- Δεν δικαιούνται κάλυψη από τα προγράμματα Medicaid ή Child Health Plus
- Δεν δικαιούνται ασφαλιστική κάλυψη από τον εργοδότη

Η υπηρεσία NY State of Health συμμορφώνεται με την ισχύουσα ομοσπονδιακή νομοθεσία περί δικαιωμάτων των πολιτών και δεν πραγματοποιεί διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία ή την αναπηρία στα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης και τις δραστηριότητές της.

ΤΙ ΚΑΛΥΠΤΕΙ;

- Δωρεάν προληπτική περίθαλψη
- Νοσηλεία
- Περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία
- Περίθαλψη μητέρας και νεογνού
- Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης
- Εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις
- Συνταγογραφούμενα φάρμακα
- Υπηρεσίες προσαρμογής και αποκατάστασης
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και διαταραχών χρήσης ουσιών
- Υπηρεσίες φυσικής κατάστασης και διαχείρισης χρόνιων ασθενειών

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΜΑΖΙ ΜΑΣ:

nystateofhealth.ny.gov | 1-855-355-5777 ή TTY 1-800-662-1220

ΠΟΣΟ ΚΟΣΤΙΖΕΙ ΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;

ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ: Το μηνιαίο ασφάλιστρο είναι 20 \$ ανά άτομο ή 0 \$, ανάλογα με το εισόδημά σας.

ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ: **δεν υπάρχει ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΣ ΑΚΑΛΥΠΤΟ ΠΟΣΟ.** Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα επιμερισμού κόστους στα πλαίσια του Βασικού προγράμματος.

ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: χαμηλότερο από 12.060 \$ - 18.090 \$	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: 18.091 \$ - 24.120 \$
Μηνιαίο ασφάλιστρο	0 \$	20 \$
Ετήσιο ασφαλιστικώς ακάλυπτο ποσό	Δεν υπάρχει	Δεν υπάρχει
Προληπτική περίθαλψη	Δωρεάν	Δωρεάν
Επίσκεψη σε θεράποντα ιατρό	0 \$	15 \$
Επίσκεψη σε ειδικό	0 \$	25 \$
Εσωτερική νοσηλεία ανά εισαγωγή	0 \$	150 \$
Επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο για θέματα συμπεριφορικής υγείας	0 \$	15 \$
Εσωτερική νοσηλεία για θέματα συμπεριφορικής υγείας ανά εισαγωγή	0 \$	150 \$
Επείγοντα περιστατικά	0 \$	75 \$
Μονάδα εντατικής θεραπείας	0 \$	25 \$
Φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία	0 \$	15 \$
ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: χαμηλότερο από 12.060 \$ - 18.090 \$*	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: 18.091 \$ - 24.120 \$
Γενική	1 \$	6 \$
Επωνυμία προτίμησης	3 \$	15 \$
Επωνυμία εκτός προτίμησης	3 \$	30 \$
*0 \$ για άτομα με εισόδημα χαμηλότερο από 12.060 \$.		
ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: χαμηλότερο από 12.060 \$ - 18.090 \$	Ετήσιο ατομικό εισόδημα: 18.091 \$ - 24.120 \$
Οδοντιατρική και οφθαλμιατρική περίθαλψη	0 \$ (για εγγεγραμμένους χαμηλότερου εισοδήματος) Δυνατότητα αγοράς με επιπλέον ασφάλιστρο (για εγγεγραμμένους υψηλότερου εισοδήματος)	Δυνατότητα αγοράς με επιπλέον ασφάλιστρο