

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

Термин	Определение
актуарная стоимость	Процент общей суммы средних затрат на включенные льготы, которые покрывает план медицинского обслуживания. Например, если актуарная стоимость плана медицинского обслуживания составляет 70%, в среднем вы будете оплачивать 30% стоимости от общего объема включенных льгот. При этом вы можете быть обязаны оплачивать более высокий или более низкий процент стоимости включенных услуг в течение года в зависимости от ваших фактических потребностей в медицинском обслуживании и условий вашего страхового полиса.
Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act)	Закон о комплексной реформе здравоохранения, вступивший в силу в марте 2010 года. Закон был принят в два этапа: 23 марта 2010 года был подписан Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Patient Protection and Affordable Care Act), после чего в него были внесены поправки путем принятия Закона о согласовании расходов на медицинское обслуживание и образование (Health Care and Education Reconciliation Act) от 30 марта 2010 года. Название «Закон о доступном медицинском обслуживании» используется для обозначения окончательной, исправленной редакции закона.
разрешенная плата	<p>Максимальная сумма, рассматриваемая страховой компанией в качестве суммы оплаты услуг, включая любую сумму, которую должен оплатить пациент. Для поставщиков, входящих в сеть программы, разрешенная плата рассчитывается на основании договоров, заключенных с такими поставщиками. Для поставщиков, не входящих в сеть программы, разрешенная плата:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• может быть равной сумме разрешенной платы для поставщиков, входящих в сеть программы;</li> <li>• может рассчитываться на основании процента от суммы, которая была бы выплачена за эквивалентные услуги в рамках Medicare;</li> <li>• может представлять собой обычные, общепринятые и обоснованные взносы (UCR), т. е. сумму, которая в рамках вашего плана определена как разумная сумма платы за</li> </ul>

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	такую услугу в вашем районе.
разрешенная сумма	Максимальная сумма, на основании которой рассчитывается плата за включенные услуги в рамках медицинского обслуживания. Такая сумма может называться «приемлемые расходы», «пособие на оплату» или «установленная стоимость». Если сумма, подлежащая уплате вашему поставщику, выше разрешенной суммы, вы можете быть обязаны уплатить разницу.
апелляция по страхованию	Запрос, направляемый вашей страховой компанией или по плану страхования, на пересмотр решения или жалобы.
жалоба	Если, по вашему мнению, вы (или какое-либо иное лицо) стали жертвой дискриминации по расовой принадлежности, национальности, инвалидности или возрасту со стороны поставщика медицинских услуг, вы можете подать жалобу по программе защиты гражданских прав.
доплаты	Фиксированная сумма (например, 15 долларов), которую вы уплачиваете за медицинскую услугу, включенную в программу страхования, как правило, при получении такой услуги. Сумма может варьироваться в зависимости от типа медицинских услуг, включенных в программу страхования.
совместное страхование	Ваша доля в стоимости, покрываемой страхованием медицинской услуги, рассчитанная в процентах (например, 20%) от разрешенной суммы для этой услуги. Вы оплачиваете сумму совместного страхования и франшизу, которую вы обязаны уплатить. Например, если по медицинскому страхованию или плану медицинского обслуживания разрешенная сумма при посещении специалиста составляет 100 долларов, и вы уплатили франшизу, сумма платежа по совместному страхованию в размере 20% составит 20 долларов. Остальная часть разрешенной суммы будет оплачена в рамках медицинского страхования или плана медицинского обслуживания.

### Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

<p>снижение долевой оплаты расходов</p>	<p>Скидка, снижающая сумму, которую вы должны уплатить из собственных средств за франшизу, в рамках совместного страхования и в виде доплат. Вы можете уменьшить расходы, если приобретете медицинское страхование на Бирже, ваш доход ниже определенного уровня, а также, если выберете план медицинского обслуживания из серебряной категории. Если вы являетесь членом официально признанного племени, вы можете иметь право на дополнительные льготы по долевой оплате расходов.</p>
<p>включенные услуги</p>	<p>Медицинские услуги, процедуры, лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, и прочие услуги в сфере медицинского обслуживания, которые оплачиваются вашей страховой компанией в рамках вашего плана медицинского обслуживания. Помните, что не все услуги включены в страховой план. Например, некоторые планы не предусматривают оплату лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта. Кроме того, даже если услуга включена в план страхования, на вас могут быть наложены обязательства по осуществлению доплаты, уплате суммы совместного страхования, запросу предварительного разрешения или получению направления у лечащего врача до оплаты услуги вашей страховой компанией. Ваш полис должен содержать подробный перечень услуг, включенных и не включенных в план страхования.</p>
<p>дата оказания услуги</p>	<p>Дата, в которую вам оказана медицинская услуга, или дата посещения поставщика медицинских услуг или медицинского учреждения.</p>
<p>франшиза</p>	<p>Сумма, которую вы должны уплатить за медицинские услуги, включенные в медицинское страхование или план медицинского обслуживания, до начала оплаты услуг в рамках вашего страхования или плана обслуживания. Например, если ваша франшиза составляет 1000 долларов, оплата в рамках программы страхования начнет осуществляться только после того, как вы уплатите франшизу в сумме 1000 долларов за включенные медицинские услуги с учетом франшизы. Франшиза может не применяться ко всем услугам.</p>
<p>отказ</p>	<p>Решение страховой компании, предусматривающее отказ от оплаты услуги, анализа или лечения, так как такая услуга, анализ или лечение не включены в ваш план медицинского</p>

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	страхования или не считаются необходимыми по медицинским показаниям в соответствии со льготами и правилами планов медицинского обслуживания.
прекращение	Действия страховой компании, направленные на прекращение предложения услуг по конкретному плану медицинского страхования.
Состояние, требующее оказания неотложной медицинской помощи	заболевание, травма, симптом или состояние такой степени тяжести, при которой разумный человек немедленно обратится за медицинской помощью во избежание серьезного вреда.
исключение	Медицинские услуги, которые не включены в ваше медицинское страхование или план медицинского обслуживания или не оплачиваются в рамках такого страхования или плана.
Организация с ограниченным списком поставщиков (Exclusive Provider Organization (EPO))	План регулируемого медицинского обслуживания, в рамках которого услуги включаются в страхование только в том случае, если вы посещаете врачей, специалистов или лечебные учреждения, входящие в сеть плана медицинского обслуживания (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи).
освобождение	В отношении Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) термин «освобождение» относится к освобождению от выполнения требований, которое определенные люди могут получить в определенных ситуациях, что означает, что они освобождаются от необходимости приобретать медицинское страхование. Список обстоятельств, при которых возможно получение освобождения от выполнения законодательных требований, размещен на странице <a href="http://healthcare.gov">healthcare.gov</a> .
пояснение льгот	Ваша страховая компания обязана представить вам пояснение льгот (EOB) после того, как вы направили в вашу страховую компанию запрос на получение медицинского обслуживания, или после того, как поставщик медицинских услуг направил запрос в вашу страховую компанию от вашего имени. EOB включает подробное пояснение того, как ваша страховая компания или администратор определили сумму возмещения, выплачиваемую ими вашему поставщику медицинских услуг или вам в отношении конкретной медицинской услуги. EOB также включает информацию о том, как подать апелляцию или оспорить решение вашей

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	страховой компании в отношении суммы возмещения. Обратите внимание, что вы можете не получить EOB по обслуживанию, полученному вами у поставщика или в учреждении, которые входят в сеть вашей страховой компании, в том случае, если вы не должны оплачивать данные услуги.
финансовая помощь	Сумма налогового зачета в долларах, которую получающее такой зачет лицо может использовать для оплаты страхового взноса, что сокращает стоимость медицинского страхования, и такой зачет возможно получить только при приобретении страхования через биржу NY State of Health.
список лекарств	Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту и включенных в план страхования стоимости отпускаемых по рецепту лекарств или иной план страхования, предусматривающий льготы в отношении отпускаемых по рецепту лекарств. Данный список также называется перечнем лекарственных препаратов.
унаследованный план	При использовании в связи с Законом о доступном медицинском обслуживании: освобождение от обязательств, предусмотренных определенными положениями данного закона.
реформа здравоохранения	См. Закон о доступном медицинском обслуживании
Страховая медицинская организация (Health Maintenance Organization (HMO))	Вид плана медицинского страхования, в рамках которого включенные услуги, как правило, ограничены до обслуживания, которое оказывают медицинские работники, заключившие договор с НМО. Как правило, такой план не включает услуги, оказываемые вне сети организации, кроме случаев оказания экстренной медицинской помощи. Правила НМО могут предусматривать обязательное проживание в обслуживаемом районе для включения в план страхования. НМО часто предоставляют комплексное обслуживание и уделяют основное внимание профилактике заболеваний и укреплению здоровья.
Медицинский сберегательный счет (Health Savings Account (HSA))	Медицинский сберегательный счет, доступный налогоплательщикам, которые участвуют в плане медицинского страхования с высокой франшизой (High Deductible Health Plan). Средства, вносимые на счет, не облагаются федеральным подоходным налогом в момент зачисления. Средства могут быть использованы для оплаты установленных медицинских

### Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	расходов. По решению работодателя сотрудники могут перенести на следующий календарный год не более 500 долларов.
В сети	Термин относится к услугам, оказываемым врачами, клиниками, медицинскими центрами, больницами, медицинскими учреждениями и другими поставщиками, с которыми ваша страховая компания заключила соглашение об оказании услуг участникам плана медицинского обслуживания. Как правило, при получении услуг от поставщиков, находящихся в сети программы страхования, сумма непокрываемых расходов сокращается.
страховка	Договор, который обязывает вашу страховую компанию оплачивать стоимость медицинского обслуживания полностью или частично в обмен на уплату страхового взноса.
Биржа (Marketplace)	Ресурс, с помощью которого физические лица, семьи и предприятия малого бизнеса могут получить информацию о вариантах медицинского страхования, сравнить планы медицинского страхования на основании стоимости, предусмотренных льгот и других важных характеристик, выбрать план и стать участниками страховой программы. Биржа также предоставляет информацию о программах, оказывающих помощь в оплате страхования людям с низким или умеренным уровнем дохода и источников. Такая информация включает доступные на Бирже способы сокращения ежемесячных страховых взносов и расходов на обслуживание, покрываемых за счет собственных средств, информацию о других программах, включая Medicaid и Программу медицинского страхования детей (Children’s Health Insurance Program, CHIP). Биржа способствует развитию конкуренции среди частных страховых компаний, при этом доступ к услугам Биржи обеспечен через веб-сайты, справочные службы и очное обслуживание.
иерархия страховых планов	Планы медицинского обслуживания, предлагаемые на Бирже, разделены на категории, которые называются иерархией страховых планов. Иерархия включает бронзовую, серебряную, золотую и платиновую категории планов страхования, и каждая категория связана с актуарной стоимостью. Актуарная стоимость — это процент от общей суммы средних затрат, которые покрывает план страхования. Например, если актуарная стоимость

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	<p>плана страхования составляет 70%, потребитель должен оплачивать 30% стоимости всех предоставляемых льгот. При этом вы можете быть обязаны оплачивать более высокий или более низкий процент стоимости включенных услуг в течение года в зависимости от ваших фактических потребностей в медицинском обслуживании и условий вашего страхового полиса. Наибольшее количество услуг предоставляется в рамках страховых планов платиновой категории, за ними следуют планы золотой, серебряной и бронзовой категорий.</p>
не является медицински необходимым	<p>Медицинские услуги или материалы, которые определены как не являющиеся необходимыми для профилактики, диагностирования или лечения заболевания, травмы, состояния или симптомов заболевания и которые соответствуют общепринятым стандартам медицины.</p>
реформа Obamacare	<p>Иногда Закон о доступном медицинском обслуживании называют реформой Obamacare.</p>
вне сети (out of network (OON))	<p>Термин относится к услугам, оказываемым врачами, клиниками, медицинскими центрами, больницами, медицинскими учреждениями и другими поставщиками, с которыми ваша страховая компания не имеет договор об оказании услуг участникам плана страхования. Как правило, при получении услуг от поставщиков, находящихся вне сети программы страхования, сумма непокрываемых расходов увеличивается.</p>
льгота вне сети (out of network (OON) benefit)	<p>План страхования в отношении услуг, оказываемых врачами и прочими медицинскими работниками, которые не заключили договор об обслуживании участников вашего плана медицинского страхования.</p>
непокрываемые расходы	<p>Ваши расходы на медицинское обслуживание, которые не возмещаются в рамках страхования. непокрываемые расходы включают франшизу, выплаты по совместному страхованию и доплаты по включенным услугам плюс стоимость услуг, которые не включены в программу страхования.</p>
максимальная сумма непокрываемых расходов	<p>Максимальная сумма, которую вы обязаны уплатить в течение периода страхования (как правило, один год) до начала возмещения разрешенной суммы в рамках вашего медицинского страхования или плана медицинского обслуживания в размере 100%. Данный</p>

## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	<p>лимит не включает уплачиваемые вами страховые взносы, дополнительные сборы, взимаемые за обслуживание, или медицинские услуги, не включенные в ваше страхование или план медицинского обслуживания. Некоторые программы медицинского страхования или планы медицинского обслуживания при расчете указанного лимита не учитывают доплаты, франшизу, выплаты по совместному страхованию, плату за обслуживание вне сети и другие расходы. В программах Medicaid и CHIP данный лимит включает страховые взносы. Даже при участии в плане медицинского обслуживания низшей категории иерархии страховых планов максимальная сумма непокрываемых расходов составляет 6350 долларов (максимальная сумма непокрываемых расходов для семьи составляет 12 700 долларов). Планы медицинского обслуживания других категорий предусматривают меньшую сумму непокрываемых расходов.</p>
поставщик услуг, участвующий в программе	<p>Терапевт, стоматолог или медицинский работник иного профиля, а также больница или медицинское учреждение, которые заключили со страховой компанией договор об обслуживании участников программы по установленному тарифу.</p>
План с основным пунктом обслуживания (Point of Service (POS) Plan)	<p>Вид плана, в рамках которого при использовании услуг врачей, больниц и других поставщиков медицинских услуг, принадлежащих сети плана, сумма ваших расходов сокращается. Кроме того, в соответствии с условиями планов POS для посещения специалиста необходимо получить направление у лечащего врача.</p>
Организация с рекомендуемым списком поставщиков (Preferred Provider Organization (PPO))	<p>Вид плана медицинского обслуживания, предусматривающий заключение договоров с поставщиками медицинских услуг, такими как больницы и врачи, для создания сети поставщиков услуг, участвующих в программе. При использовании услуг поставщиков, которые входят в сеть плана, ваши расходы сокращаются. Вы можете использовать услуги врачей, больниц и поставщиков услуг, которые не входят в сеть, за дополнительную плату.</p>
страховой взнос	<p>Сумма, которая подлежит уплате за медицинское страхование или план медицинского</p>



## Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	обслуживания. Вы или вы и ваш работодатель, как правило, должны уплачивать такую сумму ежемесячно, ежеквартально или ежегодно.
Утвержденный план медицинского обслуживания (Qualified Health Plan)	В соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании, начиная с 2014 года, страховой план, утвержденный Биржей медицинского страхования, должен обеспечивать необходимые льготы по медицинскому обслуживанию, соблюдать установленные лимиты по долевым платежам расходов (таких как франшиза, доплаты и максимальная сумма непокрываемых расходов) и прочие требования. Утвержденный план медицинского обслуживания должен пройти сертификацию на каждой Бирже, на которой продается такой план.
направление	Письменное предписание вашего лечащего врача, выданное вам для посещения специалиста или получения определенных медицинских услуг. Многие страховые медицинские организации (НМО) предусматривают требование, согласно которому до получения обслуживания у какого-либо специалиста вы должны получить направление лечащего врача. Если вы не получите такое направление до посещения специалиста, расходы на обслуживание могут быть не оплачены.
самозастрахованный	Вид плана медицинского обслуживания, применяемый, как правило, в крупных компаниях, при котором работодатель самостоятельно осуществляет сбор страховых взносов от участников плана и принимает на себя обязательство по оплате медицинских услуг, оказываемых сотрудникам и иждивенцам. Такие работодатели могут заключать договоры об оказании услуг в сфере страхования, а именно: включение в план, обработка заявлений, обслуживание в сетях поставщиков услуг — со сторонними администраторами или самостоятельно осуществлять администрирование медицинского страхования.
Рынок малых предприятий (Small Business Marketplace)	Рынок Small Business Marketplace входит в состав NY State of Health и предлагает недорогие планы медицинского обслуживания для малых предприятий, в которых работает менее 50 сотрудников.
налоговый зачет	Физические лица и малые предприятия могут подать заявление на получение налоговых зачетов для уменьшения стоимости медицинского страхования. Получение налогового



### Список страховых терминов и определений для единообразия перевода

	зачета возможно только при покупке страхования через биржу NY State of Health.
Официальный рынок планов медицинского обслуживания (The Official Health Plan Marketplace)	Это название биржи NY State of Health. На бирже NY State of Health жители Нью-Йорка могут приобретать и сравнивать недорогие доступные планы медицинского страхования, а также участвовать в таких планах.
оценка использования	Процесс проверки медицинских услуг, которые были оказаны пациенту.