

# Карточка для пособий: Часто задаваемые вопросы

**Чтобы иметь право на пособия, описанные в этом документе, вы должны соответствовать требованиям Дополнительного доверительного фонда для работников по уходу на дому штата Орегон («Фонд»). Попечительский совет рад предоставить всем соответствующим Участникам Карту для пособий («Карта»), которую можно использовать для электронной оплаты следующих расходов в тот период, когда вы отвечаете критериям Фонда:**

- Часть взносов по медицинскому страхованию, которое одобрено Фондом и входит в покрытие Фонда. Страховой взнос — это ежемесячная сумма, которую вы должны заплатить своей страховой компании для сохранения вашей страховки. Если вы не будете вовремя оплачивать взносы, ваша страховая компания может аннулировать вашу страховку.
- Франшиза, применимая к вашему плану Medicare или страховке, одобренной Фондом. Франшиза — это обязательная к оплате сумма за услуги, которые покрываются вашим страховым планом, прежде чем ваша страховая компания начнет выплачивать. Например, если ваша франшиза согласно страховому плану составляет \$2500. США, ваш страховой план не будет оплачивать какие-либо услуги, покрываемые франшизой до тех пор, пока вы не заплатите \$2500. США за покрываемые услуги, подлежащие вычету.
- Доплаты на полученные медицинские услуги и рецептурные препараты, которые покрываются вашим планом Medicare или страховкой, одобренной Фондом. Доплатой является фиксированная сумма, которую согласно вашему страховому плану необходимо заплатить за покрываемую услугу или рецептурный препарат. Доплаты обычно необходимо вносить тогда, когда вы получаете услугу или рецептурные препараты. Размер вашей доплаты может меняться в зависимости от типа покрываемой услуги, которую вы получаете.
- Совместное страхование на полученные медицинские услуги и рецептурные препараты, которые покрываются вашим планом Medicare или страховкой, одобренной Фондом. Совместное страхование — это сумма долевого участия, которую вы должны заплатить за услуги, которые покрываются планом. Долевое участие в расходах может составлять от 20% до 50% покрываемой услуги, в зависимости от вашего страхового плана. Например, если ваш страховой план составил «80/20» по условиям страховки, то это означает, что после оплаты вашей франшизы ваша страховая компания оплатит 80% стоимости покрываемых медицинских расходов, а вы должны оплатить оставшиеся 20% покрываемой услуги.

**Начиная с 2019 года, если вы имеете право на страховое покрытие от Дополнительного фонда, вы можете использовать свою Карту для оплаты франшизы, доплат и расходов по совместному страхованию в размере до \$6000. США за услуги, покрываемые вашим планом Medicare или вашей страховкой, одобренной Фондом.**

## **Что я смогу оплачивать Картой?**

### **А. Фактические расходы**

Как описано выше, вы можете использовать свою Карту для оплаты доплат за медицинские услуги и рецептурные препараты, франшизы и расходы по совместному страхованию, которые относятся к возмещениям, покрываемым Фондом или планом Medicare, при условии, что возмещения имели место тогда, когда вы имели право на получение пособий от Фонда.

Вы не можете использовать Карту для стоматологических, офтальмологических услуг или услуг по обследованию слуха, покрываемых Фондом, услуг, предоставляемых членам семьи или другим лицам, а также услуг, не покрываемых вашим планом Medicare или одобренной Фондом страховкой, или услуг, которые вы получили в то время, когда не имели права на пособия Фонда.

**Вас могут попросить предъявить подтверждение ваших расходов, поэтому сохраните Разъяснение выплат (ЕОВ) и все квитанции (особенно квитанции на рецептурные препараты, поскольку расходы на рецептурные препараты не указаны в ЕОВ, выданных вашей страховой компанией).**

Из своего ЕОВ вы узнаете, какие услуги покрываются, а какие полученные услуги нужно оплатить. В ЕОВ будет указано, сколько было оплачено по страховке, а сколько вы должны оплатить в рамках доплаты, совместного страхования и франшизы. Ваша страховая компания отправит вам ЕОВ по эл. почте или обычной почтой.

**для пособий только для оплаты франшиз, доплат или совместного страхования, указанных в ЕОВ по страховке, одобренной Фондом, или по плану Medicare или указанных в квитанции на рецептурные препараты, для оплаты услуг или рецептурных препаратов, покрываемых страховкой, одобренной Фондом, или планом Medicare, если они были предоставлены в тот момент, когда вы были участником Фонда.**

Если у вас есть какие-либо вопросы относительно расходов, покрываемых вашим страховым планом, вам следует позвонить непосредственно в страховую компанию. Если вы считаете, что ваша страховая компания выставила вам счет ошибочно, вам следует связаться с биллинговым отделом вашей страховой компании для получения дополнительной информации.

### **В. Ежемесячные взносы**

Если вы зарегистрированы в программе, одобренной Фондом, как физическое лицо и имеете право на пособия от Дополнительного фонда, вы можете использовать свою Карту для оплаты ежемесячных страховых взносов непосредственно в вашу страховую компанию. Вы несете ответственность за своевременную оплату страховых взносов в полном размере каждый месяц, иначе ваша страховая компания может аннулировать вашу страховку.

## **Я являюсь участником Medicare. Могу ли я использовать свою Карту для оплаты фактических расходов?**

Да. Вы можете использовать свою Карту для оплаты доплат за медицинские услуги и рецептурные препараты, франшизы и расходы по совместному страхованию, которые относятся к возмещениям, покрываемым планом Medicare, при условии, что возмещаемые затраты имели место тогда, когда вы имели право на получение пособий от Фонда.

## **Могу ли я использовать свою Карту для оплаты моих ежемесячных взносов по части В программы Medicare или программы Advantage/Supplemental/части D?**

Нет. Вам нужно будет использовать процесс возмещения от Фонда для оплаты ваших взносов Medicare. Больше информации можно найти на сайте:

[www.orchomecaretrust.org/medicare](http://www.orchomecaretrust.org/medicare)

## **Могу ли я использовать Карту для оплаты расходов моей семьи?**

Нет. Вы можете использовать Карту только для оплаты конкретных фактических расходов и взносов, которые относятся к покрытию и услугам, предоставляемым непосредственно вам.

## **Я зарегистрировался в плане вместе с членами семьи, которые также имеют право на пособия от Дополнительного фонда. Сможем ли мы использовать Карту для оплаты семейных взносов?**

Нет. Вы должны оплачивать семейные взносы вашей страховой компании, используя личные средства, а затем подавать заявку на возмещение в Административный офис Фонда. Больше информации о процессе возмещения можно найти на сайте:

[www.orchomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orchomecaretrust.org/reimbursement).

## **А если моя семья включена в мой страховой план?**

Если ваша семья включена в ваш полис медицинского страхования, вы должны оплатить ваш страховой взнос в страховую компанию, используя личные средства, а затем подать заявку в Административный офис Фонда на возмещение суммы взноса, которая касается только вашего личного покрытия.

## **Как насчет взносов и расходов на стоматологические, офтальмологические услуги и услуги обследования слуха?**

Вы не можете использовать Карту для оплаты этих расходов. Если вы имеете право на получение пособий для работников по уходу на дому в штате Орегон от Доверительного фонда, тогда Доверительный фонд оплачивает 100% взноса, чтобы получить покрытие стоматологических услуг через Kaiser, покрытие офтальмологических услуг и услуг обследования слуха через Ameritas и пособий по Программе оказания помощи сотрудникам (EAP) через Reliant Behavioral Health. Все фактические расходы, которые не покрываются этими программами, являются вашей ответственностью. Карта не может быть использована для оплаты этих расходов. Больше информации о пособиях Доверительного фонда можно найти на сайте: [www.orchomecaretrust.org/benefits](http://www.orchomecaretrust.org/benefits).

## **Сколько денег на моей Карте?**

На вашей Карте есть два «счета». На одном счете содержится годовая сумма, покрываемая Фондом для оплаты доплат за медицинские и рецептурные услуги, франшиз и расходов по совместному страхованию за покрываемые услуги и рецептурные препараты, как описано выше. На другом счете содержится сумма, необходимая для оплаты той части вашего индивидуального страхового взноса,

которая не покрывается вашей федеральной налоговой субсидией. Вам нужно будет связаться с вашей медицинской страховой компанией, чтобы определить способ оплаты вашего ежемесячного страхового взноса. Ваша медицинская страховая компания может автоматически вычесть необходимые ежемесячные страховые взносы с вашей Карты. У большинства медицинских страховых компаний есть возможность настроить платеж онлайн или по телефону.

## Как пользоваться Картой?

Ваша Карта работает так же, как обычная дебетовая карта, с двумя важными отличиями:

1. Использование вашей Карты ограничено. Это значит, что вы можете использовать ее только для оплаты покрываемых расходов, которые указаны в главе «Что я смогу оплачивать Картой?»
2. Вы не можете пользоваться Картой в банкомате или получать возврат средств от покупки

## Могу ли я самостоятельно снять наличные средства в качестве возмещения?

Нет. Если вы оплатили услуги личными средствами, вы должны использовать процесс для возмещения, подав заявку на возмещение в Административный офис Фонда, приложив копию своего ЕОВ и/или квитанцию на рецептурные препараты с указанием ваших личных затрат. Больше информации о процессе возмещения можно найти на сайте: [www.orhomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orhomecaretrust.org/reimbursement). Возмещаемая вам сумма будет вычтена из годового максимума, указанного на вашей Карте.

## Что мне делать, если у меня не будет Карты на момент оплаты моего покрываемого взноса или фактических расходов?

Если вы еще не получили Карту для пособий до оплаты страхового взноса за первый месяц или до получения покрываемых услуг, вы должны оплатить соответствующие страховые взносы и/или фактические расходы из своих личных средств, а затем подать заявку на возмещение в Административный офис Фонда. После того как Фонд обработает ваш запрос на возмещение, вы получите от Фонда чек на возмещение суммы ваших взносов и/или фактических расходов, покрываемых Фондом. Больше информации о процессе возмещения можно найти на сайте: [www.orhomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orhomecaretrust.org/reimbursement).

## Что делать, если у меня нет доступа к компьютеру?

Есть много способов оплаты взноса с помощью Карты для пособий. Вы можете обратиться в свою страховую компанию по телефону, чтобы оплачивать ежемесячные взносы, или зарегистрироваться в услуге автоматической оплаты, если таковая доступна. Пожалуйста, позвоните в Регистрационный офис по номеру 503-303-5668 (центр и пригороды г. Портленда) или по бесплатному номеру 1-855-437-2694, если у вас возникнут дополнительные вопросы.

Также предоставьте в Административный офис Фонда копию вашего счета на оплату взноса, подтверждение оплаты и сумму вашей индивидуальной части взноса. Затем Административный офис Фонда отправит вам чек на сумму, покрываемую Фондом. Больше информации о процессе возмещения можно найти на сайте: [www.orhomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orhomecaretrust.org/reimbursement).

## **Могу ли я настроить автоматическую оплату по моей Карте?**

Да. Если вы уведомили Фонд о сумме ваших ежемесячных взносов, на вашей Карте для пособий будут указаны суммы, необходимые для оплаты ваших соответствующих медицинских страховых взносов. Пожалуйста, сообщите Фонду об изменениях относительно размера ваших взносов, заполнив форму для регистрации на сайте Фонда [www.orchomecaretrust.org/tell-us-insurance-plan-information](http://www.orchomecaretrust.org/tell-us-insurance-plan-information).

Вы можете связаться со своим страховщиком, чтобы настроить вашу Карту для автоматической оплаты взносов, если вы зарегистрированы как физическое лицо. Если вы зарегистрированы на семейное покрытие, вам нужно будет оплатить ваш страховой взнос в страховую компанию из личных средств, а затем запросить возмещение у Фонда. Фонд возместит вам ту часть вашего соответствующего взноса, которая применима к вашему индивидуальному покрытию.

## **Я уже понес расходы на оплату покрываемых медицинских услуг до получения Карты. Могу ли я использовать свою Карту для оплаты этих расходов сейчас?**

Если вы еще не оплатили эти фактические расходы личными средствами, вы можете использовать свою Карту для их оплаты, когда получите счет от вашего провайдера медицинских услуг. Большинство счетов от провайдеров медицинских услуг имеют раздел, где вы можете предоставить информацию о своей Карте.

Если вы уже заплатили провайдеру за фактические расходы, вы должны подать

непосредственно в Ameriflex заявку на возмещение и необходимые документы. Инструкцию касательно подачи заявки на возмещение в Ameriflex и сам бланк можно найти на сайте Фонда [www.orchomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orchomecaretrust.org/reimbursement). Возмещаемая вам сумма будет вычтена из годового максимума, указанного на вашей Карте.

## **У меня есть неоплаченные медицинские расходы за предыдущий плановый год. Могу ли я сейчас использовать свою Карту для их оплаты?**

Нет. Вы можете использовать на своей Карте для пособий только годовую сумму на возмещение оплаты покрываемых расходов за услуги, полученные в том же году, когда действовало пособие на возмещение. Если у вас есть претензии за предыдущий календарный год, вы должны использовать процесс возмещения. Вы должны до 31 марта следующего года запросить у Ameriflex возмещение расходов, понесенных в предыдущем году. После 31 марта вам необходимо будет подать заявку на возмещение в Административный офис Фонда. Если Административный офис Фонда получит вашу заявку на возмещение в течение 12 месяцев после крайнего срока подачи заявки в Ameriflex, он обработает вашу претензию в соответствии с правилами Фонда.

Вы можете найти форму подачи заявки на возмещение в Ameriflex и в Фонд для работников по уходу на дому штата Орегон на сайте Фонда [www.orchomecaretrust.org/reimbursement](http://www.orchomecaretrust.org/reimbursement).

## Переносится ли остаток моего баланса на следующий год?

Нет. Максимальная сумма, которую вы можете возместить за покрытые расходы, понесенные в каждом календарном году, является установленной суммой для этого календарного года. Любая неиспользованная в течение календарного года часть средств не может быть продлена для оплаты расходов, которые будут понесены в будущем календарном году.

## Когда прекращает действовать моя Карта?

Срок действия вашей карты для пособий истекает в (a) дату прекращения действия вашего права на получение пособий от Дополнительного фонда или в (b) месяц и год, которые указаны на лицевой стороне карты (в зависимости от того, что наступит раньше). Карта, которую вы получили, будет оставаться вашей картой до истечения срока ее действия. Ameriflex вышлет вам новую карту для пособий за месяц до истечения срока действия вашей текущей карты. Если у вас есть вопросы по этому поводу, вы можете связаться с Ameriflex по телефону 1-888-868-3539.

## Куда мне обращаться, если я потеряю свою карту для пособий или она не работает?

Если вам необходимо заменить вашу карту для пособий, вы можете заказать новую карту через свое приложение Ameriflex, онлайн-портал Ameriflex или связавшись с Ameriflex по телефону 1-888-868-3539. Ameriflex является куратором вашей карты для пособий и консультирует по вопросам касательно баланса на вашем счете и статуса заявки на возмещение от Ameriflex, если у вас нет доступа к мобильному приложению или онлайн-порталу.

**Это всего лишь краткое изложение правил и преимуществ. Любые пособия Фонда, которые вы получаете, будут регулироваться правилами Фонда.**