



Краткое описание страхового покрытия и объема покрываемых услуг (Summary of Benefits and Coverage, SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC указано, как между вами и планом будет распределена плата за покрываемые медицинские услуги. **ПРИМЕЧАНИЕ.** Информация о стоимости этого плана (размере страхового взноса) будет предоставлена отдельно. В **настоящем документе приводится только краткое описание.** Чтобы узнать больше о своем страховом покрытии или получить полную версию условий покрытия, перейдите на страницу www.kp.org/plandocuments (на английском языке) или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711). Определения общих терминов, таких как допустимая сумма, выставление счета за разницу стоимости, сострахование, доплата, франшиза, поставщик услуг, а также других подчеркнутых терминов см. в глоссарии. Чтобы ознакомиться с глоссарием, перейдите на страницу www.healthcare.gov/sbc-glossary или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711) и запросите копию.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u> ?	\$0	Ваши расходы на услуги, которые покрывает данный <u>план</u> , см. в таблице с типичными медицинскими эпизодами ниже.
Покрываются ли планом какие-либо услуги, прежде чем будет достигнута сумма <u>франшизы</u> ?	Не применимо.	Данный <u>план</u> покрывает определенные товары и услуги, даже если сумма ваших расходов не достигла размера <u>франшизы</u> . Но при этом может применяться <u>доплата</u> или <u>сострахование</u> . Например, <u>план покрывает определенные профилактические услуги без вашего участия в оплате</u> и до выплаты <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на странице www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Применяются ли другие франшизы для конкретных услуг?	Нет.	Выплачивать <u>франшизы</u> для конкретных услуг не требуется.
Каков <u>максимальный размер выплат из собственных средств</u> участника этого <u>плана</u> ?	\$1200 на человека / \$2400 на семью	<u>Максимальная сумма собственных расходов</u> — это максимум, который вы можете заплатить за покрываемые услуги в течение года. Если в этот <u>план</u> включены члены вашей семьи, для них установлены отдельные <u>максимальные размеры выплат из собственных средств</u> , в рамках которых они обязаны оплачивать свои расходы на медицинские услуги, пока не будет достигнут общий <u>максимальный размер выплат из собственных средств</u> семьи.
Какие платежи не учитываются в <u>максимальной сумме собственных расходов</u> ?	<u>Страховые взносы, оплата счетов за разницу в стоимости и за услуги, которые не покрываются этим планом, а также услуги, указанные в таблице, начиная со стр. 2.</u>	Несмотря на то что вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы собственных расходов</u> .
Будете ли вы платить меньше при обращении к <u>поставщику услуг, входящему в систему обслуживания</u> ?	Да. Перейдите на сайт www.kp.org (на английском языке) или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711), чтобы ознакомиться со списком <u>входящих в систему обслуживания поставщиков услуг</u> .	В <u>плане</u> существует своя <u>система поставщиков услуг</u> . Вы заплатите меньше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, входящему в эту систему обслуживания плана</u> . Вам придется платить больше, если вы воспользуетесь услугами <u>поставщика, не входящего в систему обслуживания</u> . В таком случае вы также можете получить от <u>поставщика услуг</u> счет на оплату <u>разницы между стоимостью его услуг и суммой, которую за них платит ваш план (выставление счета за разницу в стоимости)</u> . Обратите внимание, что ваш <u>поставщик услуг, входящий в систему обслуживания</u> , при предоставлении определенных услуг (например, для проведения лабораторных анализов) может пользоваться услугами <u>поставщиков, не входящих в систему обслуживания</u> . Уточняйте такие детали у своего <u>поставщика услуг</u> до предоставления обслуживания.
Требуется ли направление для посещения <u>специалиста</u> ?	Да, но к определенным <u>специалистам</u> вы можете обращаться самостоятельно.	Данный <u>план</u> полностью или частично оплачивает расходы на посещение <u>специалиста</u> для получения покрываемых услуг, но только если вы получите <u>направление</u> до визита к <u>специалисту</u> .



Все суммы [доплат](#) и [сострахования](#), указанные в этой таблице, применяются после полной выплаты [франшизы](#), если [франшиза](#) предусмотрена планом.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичная медицинская помощь при травме или заболевании	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Посещение специалиста	\$15 за посещение	Не покрывается	Нет
	Профилактическое обслуживание / обследование / вакцинация	Плата не взимается	Не покрывается	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются профилактическими. Спросите у поставщика услуг, считаются ли необходимые вам услуги профилактическими. Затем проверьте, что оплачивает ваш план .
Анализы и обследования	Диагностическое исследование (рентген, анализ крови)	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Медицинская визуализация (КТ (computed tomography, CT) / ПЭТ (positron emission tomography, PET), MPT (magnetic resonance imaging, MRI))	\$50 за посещение	Не покрывается	Требуется предварительное разрешение , иначе услуги не будут покрываться планом.
Получение лекарств для лечения заболевания или состояния Дополнительную информацию о покрытии лекарственных препаратов , отпускаемых по рецепту , можно найти на веб-странице www.kp.org/formulary .	Препараты, отобранные на основании их эффективности	\$4 (при покупке в розничной аптеке); \$8 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 от суммы участия в оплате для покупки в розничной аптеке (заказ по почте) на рецепт	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника .
	Рекомендованные непатентованные препараты			
	Рекомендованные патентованные препараты	\$25 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 от суммы участия в оплате для покупки в розничной аптеке (заказ по почте) на рецепт	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника .
	Нерекомендованные препараты	Не покрывается	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
				рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> .
	Специализированные препараты	Применяются соответствующие суммы участия в оплате для рекомендованных непатентованных, рекомендованных патентованных или нерекондованных препаратов.	Не покрывается	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке). Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> , если утверждено в рамках процесса предоставления исключения.
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	\$50 за посещение	Не покрывается	Нет
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Плата за услуги врача/хирурга включена в стоимость услуг учреждения.
Неотложная медицинская помощь	Уход в отделении экстренной помощи	\$200 за посещение	\$200 за посещение	Если вам оказывает услуги <u>поставщик, не входящий в систему обслуживания</u> , вы обязаны уведомить Kaiser Permanente о поступлении в такое учреждение в течение 24 часов. В этом случае покрытие распространяется только на первоначальную экстренную медицинскую помощь. <u>Доплата</u> не взимается при госпитализации непосредственно в стационар больницы.
	Услуги медицинского транспорта в экстренной ситуации	<u>Сострахование</u> : 20 %	<u>Сострахование</u> : 20 %	Нет
	Неотложная помощь	Плата не взимается	\$200 за посещение	Услуги, оказываемые <u>поставщиками, не входящими в систему обслуживания</u> , покрываются, если участник временно находится за пределами зоны обслуживания.
Пребывание в больнице	Плата за услуги учреждения (например, за больничную палату)	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Плата за услуги врача/хирурга включена в стоимость услуг учреждения. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
				не будут покрываться планом.
Психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь	Услуги в амбулаторных условиях	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Стационарные услуги	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Плата не взимается	Не покрывается	В зависимости от типа услуг может взиматься <u>доплата</u> , применяться <u>сострахование</u> или <u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Услуги специалистов при родах	Плата не взимается	Не покрывается	Услуги специалистов входят в услуги учреждения. Вы обязаны уведомить компанию Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента поступления к специалисту или сразу же, как это станет возможно с медицинской точки зрения. <u>Долевое участие в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от участия в оплате услуг для матери.
	Услуги учреждения при родах	\$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Вы обязаны уведомить компанию Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента поступления в учреждение или сразу же, как это станет возможно с медицинской точки зрения. <u>Участие в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от участия в оплате услуг для матери.
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	Медицинское обслуживание на дому	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Реабилитационные услуги	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день, до \$500 за госпитализацию	Не покрывается	Учитывается вместе со вспомогательными услугами. В амбулаторных условиях: максимум 60 посещений в год. В стационаре: максимум 60 дней в год; требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Вспомогательные услуги	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день,	Не покрывается	Учитывается вместе с реабилитационными услугами. В амбулаторных условиях: максимум 60 посещений в год. В стационаре:

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше всего)	
		до \$500 за госпитализацию		максимум 60 дней в год; требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Уход квалифицированных медсестер	Плата не взимается	Не покрывается	Максимум 60 дней в год. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Медицинское оборудование длительного пользования	Плата не взимается	Не покрывается	Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> . Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Услуги хосписа	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Офтальмологическое обследование для детей	Плата не взимается за рефракционное обследование	Не покрывается	Не более 1 обследования в течение 12 месяцев.
	Очки для детей	Плата не взимается	Не покрывается	Ограничения для участников в возрасте 19 лет и старше: \$300 в течение 12 месяцев. Ограничения для участников в возрасте до 19 лет: 1 оправа и пара линз в год или контактные линзы с <u>сострахованием</u> 50 %.
	Стоматологический осмотр для детей	Не покрывается	Не покрывается	Нет

Услуги, не включенные в страховое покрытие, а также иные покрываемые услуги

Услуги, которые ваш план обычно НЕ покрывает (Дополнительную информацию и список других не включенных в страховое покрытие услуг можно найти в полисе или документации страхового плана.)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| • Косметическая хирургия | • Лечение бесплодия | • Услуги частной медицинской сестры |
| • Стоматологические услуги (для взрослых и детей) | • Долгосрочный уход | • Стандартный уход за стопами |
| • Слуховые аппараты | • Неэкстренная медицинская помощь за пределами США | • Программы похудения |

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список не является полным; См. документацию своего страхового плана.)

- | | | |
|--|--|--|
| • Иглоукалывание (максимум 20 посещений в год) | • Очки для детей | • Стандартное офтальмологическое обслуживание (для взрослых) |
| • Бариатрическая хирургия | • Мануальная терапия (максимум 20 посещений в год) | |

Ваши права на продление страхового покрытия. Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Кроме того, вам могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуального страхового покрытия через платформу [медицинского страхования](#). Более подробную информацию о платформе вы можете получить, перейдя на сайт www.HealthCare.gov или позвонив по номеру 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу жалоб и апелляций. Существуют учреждения, которые могут вам помочь, если вы остались недовольны отказом вашего плана в удовлетворении страхового требования. Свое недовольство вы можете изложить в виде жалобы или апелляции. Более подробная информация о ваших правах представлена в документе с разъяснением объема страхового покрытия, который вы получите по этому медицинскому страховому требованию. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или жалобу по любому поводу в ваш план. Для получения более подробной информации о ваших правах и этом уведомлении или помощи обращайтесь в организации, указанные в таблице ниже.

Контактные данные для получения информации о ваших правах на продление страхового покрытия и правах на подачу претензий и апелляций

Отдел обслуживания участников страховых планов Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) или www.kp.org
Управление по обеспечению страхового покрытия работников Министерства труда США (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) или www.dol.gov/ebsa/healthreform
Министерство здравоохранения и социальных услуг США (Department of Health & Human Services), Центр информации для потребителей и страхового надзора (Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 или www.cciio.cms.gov
Департамент страхования штата Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 или www.insurance.wa.gov

Этот план предоставляет минимально необходимое страховое покрытие? Да

Минимально необходимое покрытие, как правило, включает [планы](#), варианты [медицинского страхования](#), доступные через соответствующую [платформу](#), или другие индивидуальные доступные на рынке полисы, программы Medicare и Medicaid, Программу медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP), программу TRICARE, а также некоторые другие виды покрытия. Если вы соответствуете условиям получения определенных типов минимально необходимого покрытия, то вы можете не соответствовать условиям получения [налоговой скидки на страховой взнос](#).

Этот план соответствует стандартам в отношении минимального объема покрытия? Да.

Если ваш план не соответствует стандартам в отношении минимального объема покрытия, вы можете иметь право на налоговый кредит для оплаты страховых взносов, который поможет вам платить за план, приобретенный через биржу медицинского страхования.

Услуги перевода

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Примеры того, как данный [план](#) может покрывать расходы в различных случаях необходимости в медицинском обслуживании, приведены в следующем разделе.



Не является инструментом для расчета расходов. Указанные лечебные меры приводятся исключительно в качестве примеров того, как данный [план](#) может покрывать медицинское обслуживание. Ваши фактические расходы будут отличаться в зависимости от реально предоставляемого вам обслуживания, цен, установленных вашими [поставщиками услуг](#), и многих других факторов. Сосредоточьтесь на суммах [доли участия в оплате](#) (франшизы, доплаты и [сострахование](#)), а также на [не включенных в покрытие услугах](#) в рамках [плана](#). Используйте эту информацию для сравнения части расходов, которые вам, возможно, придется оплачивать в рамках разных [планов](#) медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

Рег родила ребенка

(9 месяцев дородового наблюдения у поставщиков услуг, входящих в систему обслуживания, и роды в больнице)

- Общая сумма [франшизы](#) по [плану](#) \$0
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (анализы крови) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Посещения кабинета специалиста (*дородовое наблюдение*)
 Услуги специалистов при родах
 Услуги учреждения при родах
 Диагностические исследования (*УЗИ и анализ крови*)
 Услуги специалиста (*анестезия*)

Общая стоимость услуг в примере	\$12,700
---------------------------------	----------

В этом случае Рег заплатит:

Участие в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$100
Сострахование	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$20
Всего Рег заплатит:	\$120

Контроль диабета 2-го типа у Джо

(ведение заболевания на стадии компенсации у поставщиков услуг, входящих в систему обслуживания, в течение года)

- Общая сумма [франшизы](#) по [плану](#) \$0
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (анализы крови) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Посещения кабинета врача первичного медицинского обслуживания (*включая информирование о заболевании*)
 Диагностические исследования (*анализ крови*)
 Лекарства по рецепту
 Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

Общая стоимость услуг в примере	\$5,600
---------------------------------	---------

В этом случае Джо заплатит:

Участие в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$600
Сострахование	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Всего Джо заплатит:	\$600

У Миа простой перелом

(обращение в отделение экстренной помощи, входящее в систему обслуживания, и последующее врачебное наблюдение)

- Общая сумма [франшизы](#) по [плану](#) \$0
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$15
- Услуги больницы (учреждения) — [доплата](#) \$100
- Другие услуги (рентген) — [доплата](#) \$0

Этот ПРИМЕР включает следующие услуги.

Уход в отделении экстренной помощи (*включая материалы медицинского назначения*)
 Диагностические исследования (*рентген*)
 Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)
 Реабилитационные услуги (*физиотерапия*)

Общая стоимость услуг в примере	\$2,800
---------------------------------	---------

В этом случае Миа заплатит:

Участие в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$200
Сострахование	\$200
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Всего Миа заплатит:	\$400

Все остальные расходы на покрываемые услуги в этих ПРИМЕРАХ возьмет на себя [план](#).