

что покрывает этот план и сколько вы платите за покрываемые услуги

 **KAISER PERMANENTE: SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust – Elect Plan**

Все планы предлагаются и предоставляются компанией Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Страховое покрытие для: одного человека / семьи | Тип плана: НМО



**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](http://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](http://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> ?	\$1500 на человека / \$3000 на семью	Как правило, вы обязаны оплачивать все расходы на медицинские услуги поставщиков, пока их сумма не достигнет суммы <u>франшизы</u> , и только после этого услуги начинают оплачивать <u>план</u> . Если в <u>план</u> включены члены вашей семьи, для каждого из них установлен отдельный <u>размер франшизы</u> , в рамках которого они обязаны оплачивать свои расходы на медицинские услуги, пока суммарно расходы по <u>франшизе</u> , оплаченные всеми членами семьи, не достигнут размера общей <u>франшизы</u> для семьи.
Покрывает ли план какие-либо услуги до полной выплаты <u>франшизы</u> ?	Да. Профилактическое обслуживание и услуги, указанные в таблице, которая начинается на стр. 2.	Данный план покрывает определенные товары и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму <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 <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
Применяются ли другие <u>франшизы</u> для конкретных услуг?	Нет.	Выплачивать <u>франшизы</u> для конкретных услуг не требуется.
Каков <u>максимальный размер выплат из собственных средств участника этого плана</u> ?	\$6250 на человека / \$12 500 на семью	<u>Максимальная сумма собственных расходов</u> — это максимум, который вы можете заплатить за покрываемые услуги в течение года. Если другие члены вашей семьи также являются участниками этого плана, их расходы учитываются в их отдельной <u>максимальной сумме собственных расходов</u> , пока не будет выплачена общая <u>максимальная сумма собственных расходов</u> на семью.
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 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> (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 система поставщиков услуг. Вы заплатите меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в эту систему обслуживания плана. Вам придется платить больше, если вы воспользуетесь услугами <u>поставщика, не входящего в систему обслуживания</u> . В таком случае вы также можете получить от поставщика услуг счет на оплату разницы между стоимостью его услуг и суммой, которую за них платит ваш план ( <u>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 поставщиков, не входящих в систему обслуживания. Уточняйте такие детали у своего <u>поставщика услуг до предоставления обслуживания</u> .
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)	
<b>Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг</b>	Первичная медицинская помощь при травме или заболевании	плата не взимается, <a href="#">франшиза</a> не применяется.	Не покрывается	Нет
	Посещение <a href="#">специалиста</a>	\$25 за посещение, <a href="#">франшиза</a> не применяется.	Не покрывается	Нет
	<a href="#">Профилактическое обслуживание / обследование</a> / вакцинация	Плата не взимается, <a href="#">франшиза</a> не применяется.	Не покрывается	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются профилактическими. Спросите у <a href="#">поставщика услуг</a> , считаются ли необходимые вам услуги профилактическими. Затем проверьте, что оплачивает ваш <a href="#">план</a> .
<b>Анализы и обследования</b>	<a href="#">Диагностическое исследование</a> (рентген, анализ крови)	Сострахование: 20 %	Не покрывается	Нет
	Медицинская визуализация (КТ (computed tomography, CT) / ПЭТ (positron emission tomography, PET), MPT (magnetic resonance imaging, MRI))	Сострахование: 20 %	Не покрывается	Требуется <a href="#">предварительное разрешение</a> , иначе услуги не будут покрываться планом.
<b>Получение лекарств для лечения заболевания или состояния</b> Дополнительную информацию о <a href="#">покрытии лекарств, отпускаемых по рецепту</a> , можно найти на странице <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> (на английском языке).	Рекомендованные непатентованные препараты	\$4 (при покупке в розничной аптеке);  \$8 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на <a href="#">долю от розничной цены</a> (заказ по почте) на <a href="#">рецепт</a> , <a href="#">франшиза</a> не применяется.	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям <a href="#">фармакологического справочника</a> .
	Рекомендованные патентованные препараты	\$25 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 от суммы <a href="#">участия в оплате</a> для покупки в розничной аптеке (заказ по почте) на <a href="#">рецепт</a> , <a href="#">франшиза</a> не применяется.	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям <a href="#">фармакологического справочника</a> .

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)	
	Нерекомендованные препараты	Применяются соответствующие суммы <u>участия в оплате</u> для рекомендованных непатентованных, рекомендованных патентованных или нерекомендованных препаратов.	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> .
	<u>Специализированные препараты</u>	Применяются соответствующие суммы <u>участия в оплате</u> для рекомендованных непатентованных, рекомендованных патентованных или нерекомендованных 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, сострахование в размере 20 %	Не покрывается	Нет
	Плата за услуги врача/хирурга	Сострахование: 20 %	Не покрывается	Нет
Неотложная медицинская помощь	<u>Уход в отделении экстренной помощи</u>	\$200 за посещение, затем сострахование в размере 20 %	\$200 за посещение, затем сострахование в размере 20 %	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.
	<u>Услуги медицинского транспорта в экстренной ситуации</u>	Сострахование в размере 20 %, <u>франшиза</u> не применяется.	Сострахование в размере 20 %, <u>франшиза</u> не применяется.	Нет
	<u>Неотложная помощь</u>	плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	\$200 за посещение, затем сострахование в размере 20 %	Услуги, оказываемые <u>поставщиками, не входящими в систему обслуживания</u> , покрываются, если участник временно находится за пределами зоны обслуживания.

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)	
Пребывание в больнице	Плата за услуги учреждения (например, за больничную палату)	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Плата за услуги врача/хирурга	Сострахование: 20 %	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь	Услуги в амбулаторных условиях	плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Нет
	Стационарные услуги	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	<u>Сострахование</u> : 20 %	Не покрывается	<u>Участие в оплате</u> не применяется при получении профилактических услуг. Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Услуги специалистов при родах	Сострахование: 20 %	Не покрывается	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>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 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %	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	<a href="#">Медицинское обслуживание на дому</a>	Плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<a href="#">Реабилитационные услуги</a>	В амбулаторных условиях: \$25 за посещение, <u>франшиза</u> не применяется. В стационаре: \$100 в день, до \$500 за госпитализацию, затем сострахование в	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.

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)	
		размере 20 %.		
	<a href="#">Вспомогательные услуги</a>	В амбулаторных условиях: \$25 за посещение, <u>франшиза</u> не применяется. В стационаре: \$100 в день, до \$500 за госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	Не покрывается	Учитывается вместе с реабилитационными 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.
	<a href="#">Уход квалифицированных медсестер</a>	Сострахование: 20 %	Не покрывается	Максимум 60 дней в год. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<a href="#">Медицинское оборудование длительного пользования</a>	Плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> . Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<a href="#">Услуги хосписа</a>	Плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	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, <u>франшиза</u> не применяется.	Не покрывается	Не более 1 обследования в течение 12 месяцев.
	Очки для детей	Плата не взимается, <u>франшиза</u> не применяется.	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. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховки через биржу [медицинского страхования](#). Более подробную информацию о бирже медицинского страхования вы можете получить, перейдя на сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) или позвонив по номеру 1-800-318-2596.

**Ваши права на подачу претензий и апелляций.** Существуют организации, которые могут помочь вам, если у вас есть жалоба на свой план в связи с отклонением вашего страхового требования. Такую жалобу называют претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении этого страхового требования. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по любой причине 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 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
Управление по обеспечению страхового покрытия работников Министерства труда США (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) или <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
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 <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Департамент страхования штата Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 или <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**Этот план предоставляет минимально необходимое страховое покрытие? Да**

Минимально необходимое страховое покрытие, как правило, включает [страховые планы](#), [медицинское страхование](#), приобретаемое через [биржу](#), или другие индивидуальные доступные на рынке страховые 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 имеете право на определенные типы минимально необходимого страхового покрытия, вы можете не иметь права на [налоговый кредит для оплаты страховых взносов](#).

**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.**



**Это не калькулятор расходов.** Ниже приведены просто примеры возможного покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового [плана](#). Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими [поставщиками услуг](#), и многих других факторов. Обратите внимание на суммы [участия в оплате](#) (франшизы, доплаты и [сострахование](#)), а также на [услуги, не включенные в покрытие плана](#). Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам, возможно, нужно будет заплатить 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](#) \$1,500
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$25
- [Участие в оплате](#) услуг больницы (учреждения) \$100 + 20 %
- Другие услуги (анализы крови) — [сострахование](#) 20 %

**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	
<a href="#">Франшизы</a>	\$1500
<a href="#">Доплаты</a>	\$100
<a href="#">Сострахование</a>	\$2000
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$20
<b>Всего Рег заплатит:</b>	<b>\$3620</b>

### 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](#) \$1,500
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$25
- [Участие в оплате](#) услуг больницы (учреждения) \$100 + 20 %
- Другие услуги (анализы крови) — [сострахование](#) 20 %

**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	
<a href="#">Франшизы</a>	\$40
<a href="#">Доплаты</a>	\$600
<a href="#">Сострахование</a>	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
<b>Всего Джо заплатит:</b>	<b>\$640</b>

### У Миа простой перелом

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

- Общая сумма [франшизы](#) по [плану](#) \$1,500
- Услуги [специалиста](#) — [доплата](#) \$25
- [Участие в оплате](#) услуг больницы (учреждения) \$100 + 20 %
- Другие услуги (рентген) — [сострахование](#) 20 %

**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	
<a href="#">Франшизы</a>	\$900
<a href="#">Доплаты</a>	\$100
<a href="#">Сострахование</a>	\$200
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
<b>Всего Миа заплатит:</b>	<b>\$1,200</b>

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