



Цей документ, резюме страхового покриття та обсягу послуг, що покриваються (Summary of Benefits and Coverage, SBC), допоможе вам вибрати план медичного страхування. У документі SBC пояснюється, яким чином витрати на медичні послуги, що покриваються, розподілятимуться між вами та планом. ПРИМІТКА. Відомості про вартість цього плану («страховий внесок») будуть надані окремо. Цей документ є лише резюме. Докладнішу інформацію про ваше покриття або повний виклад умов покриття ви можете отримати на сайті

[www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) або зателефонувавши за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711). Загальні визначення найуживаніших термінів, як-от дозволена сума, рахунок на різницю у вартості, частка участі в оплаті, доплата, [франшиза](#), постачальник медичних послуг, а також інших підкреслених термінів див. в глосарії. Глосарій можна знайти на сайті [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) або ж зателефонувати за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711) і замовити примірник.

Важливі питання	Відповіді	Чому це важливо:
Яка загальна сума <a href="#">франшизи</a> ?	\$1,500 (індивідуально) / \$3,000 (на родину)	Зазвичай ви зобов'язані оплачувати всі витрати на постачальників медичних послуг, поки їх сума не досягне розміру <a href="#">франшизи</a> , і тільки після цього послуги починає оплачувати план. Якщо <a href="#">план</a> поширюється також на членів вашої родини, для кожного з них обслуговування має оплачуватися в межах власної індивідуальної <a href="#">франшизи</a> , поки загальна сума витрат на <a href="#">франшизу</a> , оплачена всіма членами родини, не досягне розміру загальної сімейної <a href="#">франшизи</a> .
Чи є послуги, які покриваються ще до того, як ви досягнете суми <a href="#">франшизи</a> ?	Так. Профілактичні послуги та послуги, зазначені в таблиці, що починається зі сторінки 2.	Цей <a href="#">план</a> покриває певні товари й послуги, навіть якщо ви ще не досягли суми <a href="#">франшизи</a> . Але в такому разі може застосовуватися доплата або частка участі в оплаті. Наприклад, цим <a href="#">планом</a> покриваються певні <a href="#">профілактичні послуги</a> без вашої участі в оплаті та до досягнення суми <a href="#">франшизи</a> . Список <a href="#">профілактичних послуг</a> , які покриваються, див. на сайті <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
Чи застосовуються інші суми <a href="#">франшизи</a> до окремих послуг?	Ні.	Інші <a href="#">франшизи</a> для окремих послуг не застосовуються.
Який <a href="#">максимальний розмір виплат із власних коштів</a> учасника встановлено для цього <a href="#">плану</a> ?	\$6,250 (індивідуально) / \$12,500 (на родину)	Максимальний розмір виплат із власних коштів — це максимум, який ви можете заплатити за послуги, що покриваються, протягом року. Якщо цей <a href="#">план</a> поширюється також на членів вашої родини, для кожного з них слід оплачувати послуги в межах їхнього <a href="#">максимуму</a> до досягнення загального <a href="#">максимального розміру виплат із власних коштів</a> для родини.
Що не включено до <a href="#">максимального розміру виплат із власних коштів</a> учасника?	<a href="#">Страхові внески</a> , витрати за <a href="#">рахунком на різницю у вартості</a> , медичні послуги, які не покриваються цим <a href="#">планом</a> , і послуги, зазначені в таблиці, що починається зі сторінки 2.	Навіть якщо ви оплачуєте такі витрати, вони не зараховуються до <a href="#">максимального розміру виплат із власних коштів</a> .
Чи платитимете ви менше, якщо звертатиметеся до <a href="#">постачальника медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану</a> ?	Так. Див. сайт <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> або зателефонуйте за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711), щоб отримати перелік <a href="#">постачальників медичних послуг, які входять у систему обслуговування плану</a> .	Цей <a href="#">план</a> використовує систему обслуговування, до якої входять певні <a href="#">постачальники медичних послуг</a> . Звертаючись до <a href="#">постачальника медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану</a> , ви сплачуватимете менше. Вам доведеться платити найбільше, якщо ви звертатиметеся до <a href="#">постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану</a> . У такому разі ви можете отримати рахунок від <a href="#">постачальника медичних послуг на різницю між вартістю його послуг і сумою, яку сплачує ваш план (рахунок на різницю у вартості)</a> . Майте на увазі, що <a href="#">постачальник медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану</a> , під час надання певних послуг (наприклад, для проведення лабораторних аналізів) може звертатися до <a href="#">постачальників медичних послуг, які не входять у систему обслуговування плану</a> . Перш ніж користуватися послугами, уточнюйте це у свого <a href="#">постачальника медичних послуг</a> .
Чи потрібне вам <a href="#">направлення</a> , щоб відвідати <a href="#">лікаря-спеціаліста</a> ?	Так, але до деяких <a href="#">лікарів-спеціалістів</a> ви можете звернутися самостійно.	<a href="#">План</a> сплачуватиме за послуги <a href="#">лікаря-спеціаліста</a> , що покриваються, повністю або частково, але лише за умови отримання <a href="#">направлення</a> до відвідування <a href="#">лікаря-спеціаліста</a> .



Розміри [доплат](#) і [часток участі в оплаті](#), зазначені в цій таблиці, чинні після досягнення повної суми [франшизи](#), якщо [франшиза](#) застосовується.

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
<b>Якщо ви відвідуєте кабінет чи клініку постачальника медичних послуг</b>	Відвідування для отримання первинної медичної допомоги в разі травми або захворювання	Плата не стягується, <a href="#">франшиза</a> не застосовується.	Не покривається	Немає
	<a href="#">Відвідування лікаря-спеціаліста</a>	\$25 за відвідування, <a href="#">франшиза</a> не застосовується.	Не покривається	Немає
	<a href="#">Профілактичне обслуговування / обстеження / імунізація</a>	Плата не стягується, <a href="#">франшиза</a> не застосовується.	Не покривається	Можливо, вам доведеться сплатити за послуги, які не є профілактичними. Про те, чи є необхідні вам послуги профілактичними, ви можете дізнатись у свого <a href="#">постачальника медичних послуг</a> . Потім перевірте, що саме оплачує ваш <a href="#">план</a> .
<b>Якщо ви проходитье дослідження</b>	<a href="#">Діагностичне дослідження</a> (рентген, аналіз крові)	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Немає
	Медична візуалізація (КТ/ПЕТ, МРТ)	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Потрібно отримати <a href="#">попередній дозвіл</a> , інакше послуги не покриватимуться.
<b>Якщо для лікування вам необхідні лікарські препарати</b> Додаткову інформацію про <a href="#">покриття лікарських препаратів, які відпускаються за рецептом</a> , можна знайти на сайті <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Рекомендовані непатентовані препарати	\$4 (у роздрібній аптеці);  \$8 (у роздрібній аптеці); знижка \$5 від суми <a href="#">участі в оплаті</a> для купівлі в роздрібній аптеці (замовлення поштою) / <a href="#">рецепт</a> , <a href="#">франшиза</a> не застосовується.	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями <a href="#">довідника</a> .
	Рекомендовані патентовані препарати	\$25 (у роздрібній аптеці); знижка \$5 від суми <a href="#">участі в оплаті</a> для купівлі в роздрібній аптеці (замовлення поштою) / <a href="#">рецепт</a> , <a href="#">франшиза</a> не застосовується.	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями <a href="#">довідника</a> .
	Препарати, що не є рекомендованими	Застосовуються відповідні суми <a href="#">участі в оплаті</a> ,	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями <a href="#">довідника</a> .

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
		установлені для рекомендованих непатентованих, рекомендованих патентованих препаратів чи препаратів, що не є рекомендованими.		
	<a href="#">Спеціалізовані ліки</a>	Застосовуються відповідні суми <u>участі в оплаті</u> , установлені для рекомендованих непатентованих, рекомендованих патентованих препаратів чи препаратів, що не є рекомендованими.	Не покривається	Запас на період до 30 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці). Згідно з рекомендаціями <u>довідника</u> , якщо схвалено в межах процесу визначення винятків.
Якщо вам роблять амбулаторну операцію	Плата за послуги установи (наприклад, амбулаторного хірургічного центру)	\$50 за відвідування, частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Немає
	Гонорар лікаря/хірурга	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Немає
Якщо вам необхідна негайна медична допомога	<a href="#">Обслуговування у відділенні швидкої допомоги</a>	\$200 за відвідування, потім частка участі в оплаті 20 %	\$200 за відвідування, потім частка участі в оплаті 20 %	Вам потрібно повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин, якщо ви потрапили до <u>постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану</u> . Покривається тільки первинна екстрена допомога. <u>Доплата не стягується</u> в разі госпіталізації безпосередньо в стаціонар лікарні.
	<a href="#">Послуги транспорту швидкої допомоги</a>	<u>Частка участі в оплаті 20 %</u> , <u>франшиза</u> не застосовується.	<u>Частка участі в оплаті 20 %</u> , <u>франшиза</u> не застосовується.	Немає
	<a href="#">Невідкладна допомога</a>	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	\$200 за відвідування, потім частка участі в оплаті 20 %	Обслуговування <u>постачальником медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану</u> , покривається, коли ви тимчасово перебуваєте за межами зони обслуговування.
Якщо ви перебуваєте в	Плата за послуги установи (наприклад, за лікарню)	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, потім частка	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
стаціонарі	палату)	участі в оплаті 20 %		
	Гонорар лікаря/хірурга	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо вам необхідна психіатрична, психологічна чи наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, потім частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо ви вагітні	Відвідування кабінету лікаря	<u>Частка участі в оплаті 20 %</u>	Не покривається	<u>Участь в оплаті</u> не застосовується до <u>профілактичних послуг</u> . Обслуговування вагітної жінки може включати дослідження та послуги, які описані деінде в документі SBC (як-от ультразвук).
	Послуги фахівця під час пологів	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього, коли це буде можливо з медичної точки зору. <u>Розподіл витрат</u> на догляд за немовлям розраховується окремо від такого розподілу для породіллі.
	Послуги установи під час пологів	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, потім частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього, коли це буде можливо з медичної точки зору. <u>Розподіл витрат</u> на догляд за немовлям розраховується окремо від такого розподілу для породіллі.
Якщо вам потрібна допомога для відновлення здоров'я або у вас є інші особливі медичні потреби	<u>Медичне обслуговування в домашніх умовах</u>	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	<u>Реабілітаційні послуги</u>	Амбулаторні: \$25 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується. В умовах стаціонару: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, потім частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Разом із послугами з адаптації. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.

Типовий медичний епізод	Послуги, які вам можуть знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найменше)	Постачальник медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану (ви заплатите найбільше)	
	<a href="#">Послуги з адаптації</a>	Амбулаторні: \$25 за відвідування, <u>франшиза</u> не застосовується. В умовах стаціонару: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, потім частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	Разом із реабілітаційними послугами. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	<a href="#">Догляд кваліфікованих медсестер</a>	Частка участі в оплаті 20 %	Не покривається	60 днів на рік. Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	<a href="#">Медичне обладнання тривалого користування</a>	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Згідно з рекомендаціями <u>довідника</u> . Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
	<a href="#">Послуги хоспісу</a>	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Потрібно отримати <u>попередній дозвіл</u> , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо вашій дитині необхідні стоматологічні або офтальмологічні послуги	Обстеження очей дитини	Плата не стягується за рефракційне обстеження, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Щонайбільше 1 огляд протягом 12 місяців.
	Дитячі окуляри	Плата не стягується, <u>франшиза</u> не застосовується.	Не покривається	Для учасників віком від 19 років діє обмеження \$300 на 12 місяців; для учасників віком до 19 років діє таке обмеження: 1 оправа та пара лінз на рік або контактні лінзи покриваються із <u>часткою участі в оплаті 50 %</u> .
	Стоматологічне обстеження дитини	Не покривається	Не покривається	Немає

#### Послуги, які не передбачені страховим покриттям, та інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш план зазвичай НЕ покриває (Перегляньте страховий поліс або документацію плану, щоб дізнатися більше та ознайомитися з переліком інших послуг, які не передбачені страховим покриттям.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Косметична хірургія</li> <li>• Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей)</li> <li>• Слухові апарати</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лікування безплідності</li> <li>• Довгостроковий догляд</li> <li>• Неекстрене обслуговування під час перебування за межами США</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Послуги приватної медсестри</li> <li>• Планова рігезна ніг</li> <li>• Програми схуднення</li> </ul> |
|---|--|--|

Інші послуги, що покриваються (На ці послуги можуть поширюватись обмеження. Перелік не є вичерпним. Перегляньте документацію свого плану.)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Акупунктура (20 відвідувань на рік)</li> <li>• Баріатрична хірургія</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитячі окуляри</li> <li>• Мануальна терапія (20 відвідувань на рік)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стандартні офтальмологічні послуги (для дорослих)</li> </ul> |
|---|---|---|

**Ваші права на продовження страхового покриття.** Існують організації, які можуть допомогти вам із продовженням страхового покриття після закінчення строку його дії. Контактна інформація цих організацій зазначена в таблиці нижче. Для вас також можуть бути доступні інші варіанти отримання страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового покриття через платформу [медичного страхування](#). Додаткові відомості про платформу можна отримати на сайті [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) або за телефоном 1-800-318-2596.

**Ваші права на подання скарг і апеляцій.** Існують організації, які можуть вам допомогти, якщо у вас виникнуть претензії до плану через відмову в задоволенні страхової вимоги. Такі претензії можна викласти у вигляді скарги або апеляції. Додаткову інформацію про свої права ви знайдете в поясненні обсягу послуг, яке ви отримуєте до відповідної страхової вимоги щодо медичного обслуговування. У документації плану також міститься повна інформація про те, як подати страхову вимогу, апеляцію або скаргу на план із будь-якої причини. Щоб отримати додаткову інформацію про свої права чи це повідомлення або звернутися по допомогу, зв'яжіться з організаціями, наведеними в таблиці нижче.

**Контактні дані для отримання інформації про ваші права на продовження страхового покриття, а також права на подання скарг і апеляцій:**

Відділ обслуговування учасників планів Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) або <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
Управління із забезпечення страхового покриття працівників Міністерства праці (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) або <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Відділ охорони здоров'я та соціальних послуг (Department of Health & Human Services), Центр інформації для споживачів і контролю за страхуванням (Center for Consumer Information & Insurance Oversight)	1-877-267-2323 x61565 або <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
Департамент страхування штату Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 або <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**Чи забезпечує цей план мінімально необхідне страхове покриття? Так**

До мінімально необхідного страхового покриття зазвичай належать [плани](#), варіанти [медичного страхування](#), доступні через відповідну [платформу](#), або інші індивідуальні доступні на ринку поліси, програми Medicare та Medicaid, Програма медичного страхування дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP), програма TRICARE, а також деякі інші види покриття. Якщо ви маєте право на певні види мінімально необхідного страхового покриття, ви можете не відповідати вимогам для отримання [податкової знижки на страховий внесок](#).

**Чи відповідає цей план стандартам щодо мінімального обсягу покриття? Так.**

Якщо ваш план не відповідає стандартам щодо мінімального обсягу покриття, ви можете мати право на податковий кредит для сплати страхових внесків, який допоможе вам оплачувати план, придбаний через біржу медичного страхування.

**Послуги перекладу**

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).

*У наступному розділі наведено приклади того, як цей [план](#) може покривати витрати в деяких медичних ситуаціях.*



## Про ці приклади застосування страхового покриття:



**Ця інформація не може використовуватися для розрахунку витрат.** Лікування та процедури, наведені тут, є лише прикладом того, як цей [план](#) може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати відрізнятимуться залежно від фактично наданих вам послуг, від цін ваших [постачальників медичних послуг](#) і від багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми [участі в оплаті](#) (як-от франшизи, доплати та [частка участі в оплаті](#)) і на [послуги, які не передбачені страховим покриттям](#), у рамках [плану](#). За допомогою цієї інформації ви зможете порівняти, яку частину витрат ви можете оплачувати за різними [планами](#). Зверніть увагу: ці приклади застосування страхового покриття засновані на покритті для однієї особи.

### Вагітність і пологи Рег

(9 місяців ведення вагітності та пологи в лікарні в системі обслуговування плану)

- Загальна [франшиза](#) за [планом](#) \$1,500
- Послуги [лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$25
- Послуги лікарні (установи) — [участь в оплаті](#) \$100 + 20 %
- Інші послуги (аналізи крові) — [частка участі в оплаті](#) 20 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.  
Відвідування кабінету лікаря-спеціаліста (ведення вагітності)  
Послуги фахівця під час пологів  
Послуги установи під час пологів  
Діагностичні дослідження (ультразвук і аналіз крові)  
Відвідування лікаря-спеціаліста (анестезія)

Загальні витрати за прикладом	\$12,700
-------------------------------	----------

У цьому прикладі Рег заплатить:

Участь в оплаті	
<a href="#">Франшиза</a>	\$1,500
<a href="#">Доплати</a>	\$100
<a href="#">Частка участі в оплаті</a>	\$2,000
Що не покривається	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$20
<b>Загалом Рег заплатить</b>	<b>\$3,620</b>

### Контроль діабету 2-го типу в Джо (ведення

захворювання на стадії компенсації в системі обслуговування плану протягом року)

- Загальна [франшиза](#) за [планом](#) \$1,500
- Послуги [лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$25
- Послуги лікарні (установи) — [участь в оплаті](#) \$100 + 20 %
- Інші послуги (аналізи крові) — [частка участі в оплаті](#) 20 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.  
Відвідування кабінету лікаря первинної допомоги (зокрема, інформування про захворювання)  
Діагностичні дослідження (аналіз крові)  
Рецептурні лікарські препарати  
Медичне обладнання тривалого користування (глюкометр)

Загальні витрати за прикладом	\$5,600
-------------------------------	---------

У цьому прикладі Джо заплатить:

Участь в оплаті	
<a href="#">Франшиза</a>	\$40
<a href="#">Доплати</a>	\$600
<a href="#">Частка участі в оплаті</a>	\$0
Що не покривається	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
<b>Загалом Джо заплатить</b>	<b>\$640</b>

### Простий перелом у Міа

(відвідування відділення швидкої допомоги й подальше спостереження в системі обслуговування плану)

- Загальна [франшиза](#) за [планом](#) \$1,500
- Послуги [лікаря-спеціаліста](#) — [доплата](#) \$25
- Послуги лікарні (установи) — [участь в оплаті](#) \$100 + 20 %
- Інші послуги (рентген) — [частка участі в оплаті](#) 20 %

Цей ПРИКЛАД включає наведені далі послуги.  
Обслуговування у відділенні швидкої допомоги (зокрема, медичні витратні матеріали)  
Діагностичне дослідження (рентген)  
Медичне обладнання тривалого користування (милиці)  
Реабілітаційні послуги (фізіотерапія)

Загальні витрати за прикладом	\$2,800
-------------------------------	---------

У цьому прикладі Міа заплатить:

Участь в оплаті	
<a href="#">Франшиза</a>	\$900
<a href="#">Доплати</a>	\$100
<a href="#">Частка участі в оплаті</a>	\$200
Що не покривається	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
<b>Загалом Міа заплатить</b>	<b>\$1,200</b>

[План](#) оплачуватиме всі інші витрати на послуги, що покриваються, у цих ПРИКЛАДАХ.