



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> ?	Обслуживание у поставщика, входящего в систему: \$0 Обслуживание у поставщика, не входящего в систему: \$500 на человека / \$1000 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 начинает оплачивать план. Если в план включены члены вашей семьи, для каждого из них установлен отдельный размер <u>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, начиная со стр. 2.	Данный план 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, план покрывает определенные профилактические услуги без вашего участия в <u>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 <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> ?	<u>Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания</u> : \$1200 на человека / \$2400 на семью В общем для входящих и не входящих в систему поставщиков	<u>Максимальный размер выплат из собственных средств</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 отдельном <u>максимальном размере выплат из собственных средств</u> , пока не будет выплачен общий <u>максимальный размер выплат из собственных средств</u> на семью.
Какие платежи не учитываются в <u>максимальном размере выплат из собственных средств</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>максимального размера выплат из собственных средств</u> .
Будете ли вы платить меньше при обращении к <u>поставщику услуг, входящему в систему обслуживания</u> ?	Да. Перейдите на сайт www.kp.org или позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY: 711), чтобы ознакомиться со списком входящих в систему обслуживания поставщиков услуг.	В <u>плане</u> существует своя система обслуживания, состоящая из поставщиков услуг. Вы заплатите меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в эту систему обслуживания плана. Вам придется платить больше, если вы воспользуетесь услугами поставщика, не входящего в систему обслуживания. 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 поставщик услуг, входящий в систему обслуживания, при предоставлении определенных услуг (например, для проведения лабораторных анализов) может пользоваться услугами поставщиков, не входящих в систему обслуживания. Уточняйте такие детали у своего поставщика услуг до предоставления обслуживания.
Требуется ли направление для посещения <u>специалиста</u> ?	Да, но к определенным <u>специалистам</u> вы можете обращаться самостоятельно.	Данный план полностью или частично оплачивает расходы на посещение <u>специалиста</u> для получения покрываемых услуг, но только если у вас есть <u>направление</u> до визита к <u>специалисту</u> .



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

Типичный медицинский эпизод	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше всего)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	Плата не взимается.	\$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	Нет
	Посещение специалиста	\$15 за посещение	\$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	Нет
	Профилактическое обслуживание / обследование / вакцинация	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	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 .
Если вы проходите исследование	Диагностическое исследование (рентген, анализ крови)	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	Нет
	Медицинская визуализация (КТ / ПЭТ, МРТ)	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	Требуется предварительное разрешение , иначе услуги не будут покрываться планом.
Получение лекарств для лечения заболевания Дополнительную информацию о покрытии лекарств, отпускаемых по рецепту , можно найти на странице www.kp.org/formulary (на английском языке).	Основные препараты	\$4 (при покупке в розничной аптеке);		
	Рекомендованные непатентованные препараты	\$8 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на сумму долевого участия в оплате от розничной цены (заказ по почте) на рецепт	\$13 (при покупке в розничной аптеке), франшиза не применяется.	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке); запас на период до 90 дней (при заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника .
	Рекомендованные патентованные препараты	\$25 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на сумму долевого участия в оплате от розничной цены (заказ по почте) на рецепт	\$30 (при покупке в розничной аптеке), франшиза не применяется.	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке); запас на период до 90 дней (при заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника .
	Нерекомендованные препараты	\$50 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на сумму долевого участия в оплате от розничной цены (заказ по почте) на рецепт	\$55 (при покупке в розничной аптеке), франшиза не применяется.	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке); запас на период до 90 дней (при заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника .

Типичный медицинский эпизод	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше всего)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше)	
	Специализированные препараты	Применяются соответствующие схемы <u>долевого участия в оплате</u> для рекомендованных непатентованных либо рекомендованных патентованных препаратов.	Применяются соответствующие схемы <u>долевого участия в оплате</u> для рекомендованных непатентованных либо рекомендованных патентованных препаратов.	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	\$50 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	Нет
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	Нет
Неотложная медицинская помощь	Уход в отделении экстренной помощи	\$200 за посещение	\$200 за посещение, <u>франшиза</u> не применяется.	Если вам оказал услуги <u>поставщик, не входящий в систему обслуживания</u> , вы обязаны уведомить об этом компанию Kaiser Permanente в течение 24 часов. Касается только первоначальной экстренной помощи. <u>Доплата</u> не взимается при госпитализации непосредственно в стационар.
	Услуги медицинского транспорта в экстренной ситуации	Сострахование: 20 %.	<u>Сострахование</u> : 20 %, <u>франшиза</u> не применяется.	Нет
	Неотложная помощь	Плата не взимается.	\$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	Нет
Пребывание в больнице	Административный сбор учреждения (например, за больничную палату)	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Плата за услуги врача/хирурга	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Психиатрическая и психологическая помощь или услуги в случае злоупотребления психоактивными веществами	Услуги в амбулаторных условиях	Плата не взимается.	\$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	Нет
	Стационарные услуги	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Плата не взимается.	\$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %.	В зависимости от типа услуг может взиматься <u>доплата</u> , применяться <u>сострахование</u> или

Типичный медицинский эпизод	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше всего)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше)	
				<u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать исследования и услуги, описанные где-либо в документе SBC (например, УЗИ).
	Услуги специалистов при родах	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	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>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 на госпитализацию	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	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>Долевое 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	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	Плата не взимается.	Сострахование: 20 %.	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	<u>Реабилитационные услуги</u>	В амбулаторных условиях: плата не взимается. В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию.	В амбулаторных условиях: \$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %. В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	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. Ограничения по количеству посещений учитывают обслуживание у <u>поставщиков</u> медицинских услуг, как входящих, так и <u>не входящих в систему</u> .
	<u>Вспомогательные услуги</u>	В амбулаторных условиях: плата не взимается. В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию.	В амбулаторных условиях: \$15 за посещение, затем сострахование в размере 20 %. В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем сострахование в размере 20 %.	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. Ограничения по количеству посещений учитывают обслуживание у поставщиков медицинских услуг, как входящих, так и <u>не входящих в систему</u> .

Типичный медицинский эпизод	Услуги, которые вам могут потребоваться	Сколько вы заплатите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик услуг, входящий в систему обслуживания (вы будете платить меньше всего)	Поставщик услуг, не входящий в систему обслуживания (вы будете платить больше)	
	Уход квалифицированных медсестер	Плата не взимается.	Сотрахование: 20 %.	Максимум 60 дней в год. Ограничения по количеству посещений учитывают обслуживание у поставщиков медицинских услуг, как входящих, так и <u>не входящих в систему</u> . Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Медицинское оборудование длительного пользования	Плата не взимается.	Сотрахование: 50 %.	Согласно рекомендациям фармакологического справочника. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Услуги хосписа	Плата не взимается.	Сотрахование: 20 %.	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.	\$15 за посещение, затем сотрахование в размере 20 %.	Не более 1 обследования в течение 12 месяцев.
	Очки для детей	Плата не взимается.	Исходя из общего расчета для обслуживания у поставщика, входящего в систему.	Ограничения для участников в возрасте 19 лет и старше: \$600 в течение 12 месяцев. Ограничения для участников в возрасте до 19 лет: 1 оправа и пара линз в год или контактные линзы с сотрахованием 50 %.
	Стоматологический осмотр для детей	Покрытие не предусмотрено.	Покрытие не предусмотрено.	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 .)			
<ul style="list-style-type: none"> Косметическая хирургия Стоматологические услуги (для взрослых и детей) Слуховые аппараты 	<ul style="list-style-type: none"> Лечение бесплодия Долгосрочный уход Неэкстренная медицинская помощь за пределами США 	<ul style="list-style-type: none"> Услуги частной медицинской сестры Стандартный уход за стопами Программы похудения 	
Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список не является полным; см. документацию своего страхового плана .)			
<ul style="list-style-type: none"> Иглоукалывание (максимум 20 посещений в год) Бариатрическая хирургия 	<ul style="list-style-type: none"> Очки для детей Мануальная терапия (максимум 20 посещений в год) 	<ul style="list-style-type: none"> Стандартное офтальмологическое обслуживание (для взрослых) 	

Ваши права на продление страхового покрытия. Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация таких учреждений указана в таблице ниже. Кроме того, вам могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуального страхового покрытия через биржу [медицинского страхования](#). Более подробную информацию о бирже медицинского страхования вы можете получить, перейдя на сайт 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. Более подробная информация о ваших правах представлена в документе с разъяснением объема страхового покрытия, который 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. С вопросами о своих правах, настоящем уведомлении и возможных вариантах помощи вы можете обратиться в учреждения, 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 социальному обеспечению и страхованию работающих по найму при Департаменте 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 покрытие? Да.

Минимально необходимое покрытие, как правило, включает [планы](#), варианты [медицинского страхования](#), доступные через [биржу](#), 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 [налогового кредита 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.



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. Обратите внимание, что эти примеры покрытия основаны на индивидуальном страховом покрытии.

Рег родила ребенка

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

- Общая [франшиза](#) по [плану](#) \$0
- [Доплата](#) за посещения [специалиста](#) \$15
- [Доплата](#) за услуги больницы (учреждения) \$100
- [Доплата](#) за другие услуги (анализ крови) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода 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 [франшиза](#) по [плану](#) \$0
- [Доплата](#) за посещения [специалиста](#) \$15
- [Доплата](#) за услуги больницы (учреждения) \$100
- [Доплата](#) за другие услуги (анализ крови) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода включает следующие услуги.

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

Общая стоимость услуг в примере	\$5600
---------------------------------	--------

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 [франшиза](#) по [плану](#) \$0
- [Доплата](#) за посещения [специалиста](#) \$15
- [Доплата](#) за услуги больницы (учреждения) \$100
- [Доплата](#) за другие услуги (рентген) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода 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	\$2800
---------------------------------	--------

В этом случае Миа заплатит:

Участие в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$60
Сострахование	\$200
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Всего Миа заплатит:	\$260

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