

Резюме по льготам плана медицинского страхования



Краткое содержание плана KPNW

Дата начала действия: 01.08.2019

ПРИМЕЧАНИЕ. Ниже приводится резюме по льготам, оно не заменяет подробное описание Свидетельства о страховом покрытии, Договора или Доказательства страхования для плана. В случае противоречий преимущественную силу имеют Свидетельство о страховом покрытии, Договор или Доказательство страхования.

Максимум собственных затрат

(Примечание. Если не указано иное, все суммы доплат и совместного страхования учитываются в максимуме собственных затрат).

Для одного участника	1250 долларов
Для всей семьи	2500 долларов
Посещения кабинета	
Плановые профилактические физикальные осмотры	0 долларов
Первичная медицинская помощь	15 долларов
Специализированная помощь	15 долларов
Экстренная помощь	30 долларов
Обследования (амбулаторные)	
Профилактические обследования	0 долларов
Услуги лаборатории	0 долларов
Рентгеновское исследование, визуализация и специальные диагностические методики	0 долларов
КТ, МРТ и ПЭТ-сканирования	50 долларов за посещение каждого отделения
Лекарства (амбулаторные)	
Рецептурные препараты (макс. количество — на 30 дней)	Непатентованный препарат — 5 долларов / предпочтительный оригинальный препарат — 20 долларов / непереподдерживаемый — 50 долларов
Заказ рецептурных лекарственных препаратов по почте (макс. количество — на 90 дней)	Непатентованный препарат — 10 долларов / предпочтительный оригинальный препарат — 40 долларов / непереподдерживаемый — 100 долларов
Введенные лекарства, включая инъекции (все амбулаторные условия)	0 долларов
Посещение процедурного кабинета для инъекций	5 долларов
Ведение беременности	
Услуги по плановому ведению беременности и первый послеродовой визит	0 долларов
Услуги лаборатории	0 долларов
Рентгеновское исследование, визуализация и специальные диагностические методики	0 долларов
Стационарное больничное обслуживание	100 долларов на каждую госпитализацию
Бесплодие	
Медико-хирургические услуги по лечению стерильности и бесплодия и все сопутствующие услуги	<p>Покрываются с учетом применяемого совместного покрытия затрат на амбулаторное обслуживание с ограничением 30 000 долларов — максимум за весь срок обслуживания.</p> <p>Включает искусственное оплодотворение, экстракорпоральное оплодотворение и вспомогательную репродукцию, в том числе внутрифаллопиевую передачу гамет (GIFT) и внутрифаллопиевую передачу зиготы (ZIFT).</p> <p>Лекарства от бесплодия: Покрываются с совместным страхованием в размере 50 % с ограничением 5 000 долларов — максимум за весь срок обслуживания</p>

Услуги, прод.	
Больничное обслуживание	
Служба скорой медицинской помощи (за одну перевозку)	75 долларов
Посещение отделения скорой помощи	200 долларов (при госпитализации не оплачиваются)
Стационарное больничное обслуживание	100 долларов на каждую госпитализацию
Посещения для прохождения химиотерапии / лучевой терапии	15 долларов
Медицинские изделия длительного пользования, наружные протезы и ортопедические изделия	Совместное страхование 20 %
Физиотерапия, речевая терапия и трудотерапия (до 20 посещений на курс лечения за календарный год)	15 долларов
Услуги учреждения с квалифицированным сестринским уходом	
Услуги профессиональной медицинской сестры в стационаре (до 100 дней за календарный год)	0 долларов
Лечение химической зависимости	
Амбулаторное обслуживание (групповые посещения — доплата в половину суммы)	0 долларов
Стационарное больничное обслуживание и обслуживание по месту проживания	100 долларов на каждую госпитализацию
Психиатрическая помощь	
Амбулаторное обслуживание (групповые посещения — доплата в половину суммы)	0 долларов
Стационарное больничное обслуживание и обслуживание по месту проживания	100 долларов на каждую госпитализацию
Альтернативная медицина	
Альтернативная медицина (самостоятельное обращение)	15 долларов за посещение мануального терапевта
Услуги, связанные со зрением	
Обычное обследование глаз (до первого месяца после наступления 19 лет)	0 долларов
Оптические средства и оптические услуги (до первого месяца после наступления 19 лет)	Линзы очков, оправы или контактные линзы предоставляются бесплатно раз в 12 месяцев
Обычное обследование глаз (с 19 лет)	10 долларов
Оптические средства и оптические услуги (с 19 лет)*	Первоначальная скидка до 300 долларов на очки или контактные линзы, не чаще одного раза в год.

* Любая сумма, которую вы платите за покрываемые услуги, не засчитывается в максимум собственных расходов.

Дополнительные особенности

Онлайн-доступ в любое время и в любом месте без дополнительной оплаты: kp.org
 Доступ к медицинской документации
 Рецепты для повторного отпуска
 Обращение к доктору по эл. почте

Проверка результатов лабораторных исследований
 Запись на прием
 Оценка риска для здоровья – персональный онлайн-инструмент для участников, позволяющий искать больницы и услуги: kp.org/facilities
 37 медицинских кабинетов

8 мест оказания экстренной помощи
 17 кабинетов стоматолога
 Portland Clinic (Портлендская клиника) (7 мест)
 Круглосуточная консультация медсестер
 Услуги наставников по охране здоровья
 Скидки для участников: kp.org/choosehealthy

Программа CHP Active and Healthy
 Скидки в фитнес-клубы
 Витамины и пищевые добавки
 Альтернативная медицина и мануальная терапия

Исключения и ограничения: Услуги, перечисленные ниже, либо полностью исключены из покрытия, либо частично ограничены. Это относится ко всем Услугам, которые в противном случае были бы включены в покрытие и являются дополнением к исключениям и ограничениям, которые применяются только к конкретной Услуге, как указано в описании этой Услуги в Объеме страховой ответственности (ЕОС). Полный список и описание исключений и ограничений можно найти в ЕОС. Иглокальвание, если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об услугах нетрадиционной медицины». Мануальная терапия, если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об услугах нетрадиционной медицины» или «Дополнительные положения об услугах мануальной терапии» (для самостоятельного обращения за услугами мануальной терапии). Косметические услуги: это исключение не распространяется на Услуги, которые включены в статью «Услуги восстановительной хирургии» в разделе «Льготы» ЕОС. Охраняемые услуги. Стоматологические услуги. Целевая сдача крови. Ответственность работодателя: мы не возмещаем работодателю затраты на какие-либо Услуги, которые он по закону обязан предоставлять. Экспериментальные или исследовательские услуги. Операция на глазах, радиальная кератотомия, фоторефракционная кератэктомия, а также рефракционная хирургия, включая подготовку к процедурам. Помощь семьям, услуги, предоставляемые близкими родственниками. Генетическое тестирование. Слуховые аппараты, если ваша группа не оплатила «Дополнительные положения о слуховых аппаратах». Гипнотерапия. Услуги по лечению бесплодия, если ваша группа не оплатила «Дополнительные положения о лечении бесплодия». Услуги учреждения по долечиванию; услуги центра долечивания больных не покрываются. Средства, используемые при ухудшении зрения. Услуги лечебного массажа, если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об услугах нетрадиционной медицины». Услуги натуропатической помощи, если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об услугах нетрадиционной медицины». Услуги, не являющиеся необходимыми медицинскими. Услуги, связанные с непокрываемыми услугами. Услуги, не относящиеся к медицинским услугам, расходным материалам или предметам. Поддерживающая терапия и прочие услуги. Суррогатное материнство. Услуги для любого лица в связи с Законом о суррогатном материнстве, за исключением покрываемых иным образом услуг, предоставляемых участнику, который является суррогатной матерью. Путешествия и размещение. Услуги во время путешествия. Все связанные с путешествиями услуги, включая вакцинации в связи с путешествием (такие как прививки от желтой лихорадки, брюшного тифа, японского энцефалита), если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об услугах во время путешествия». Оптические средства и оптические услуги, если ваша группа-работодатель не оплатила «Дополнительные положения об оптических средствах и оптических услугах для взрослых» и «Дополнительные положения об оптических средствах и оптических услугах для детей». Терапия для улучшения зрения и ортоптика или упражнения для глаз. Это не договор. В этих кратких сведениях о льготах не полностью описывается ваше покрытие льгот в Плате медицинского страхования Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Для получения более подробной информации о покрытии льгот, рассмотрении требований возмещения расходов и процедурах экспертизы обратитесь в ЕОС или позвоните в отдел Услуг по членству. В случае расхождения между настоящим резюме или ЕОС преимущественную силу имеет ЕОС.