

Краткий обзор льгот и страхового обеспечения: Что входит в страховое обеспечение этого плана и сколько вы будете платить за застрахованные услуги

 **KAISER PERMANENTE: SEIU Варианты плана B**

Все планы предлагаются и оформляются компанией Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.

Период страхового обеспечения: 1/8/2020 г. – 31/7/2021 г.

Страхование для: одного человека / семьи | **Тип плана:** POS



Документ "Краткий обзор льгот и страхового обеспечения" (Summary of Benefits and Coverage, SBC) поможет вам выбрать план медицинского обслуживания. В SBC указывается, как будут распределяться между вами и планом расходы на застрахованные медицинские услуги. ПРИМЕЧАНИЕ: информация о расходах на участие в данном плане (которые называются премией) будет предоставлена отдельно. Здесь приводится лишь краткое описание. Чтобы получить дополнительную информацию о вашем страховом обеспечении или копию полного документа об условиях страхования, посетите веб-сайт по адресу www.kp.org/plandocuments или позвоните по телефону 1-888-901-4636 (TTY: 711). Общие определения часто используемых терминов, таких как "допустимая сумма", "выставление счета по остаточному балансу", "сострахование", "доплата", "франшиза", "поставщик услуг" или других подчёркнутых терминов, приведены в **Глоссарии**. С Глоссарием можно ознакомиться, пройдя по адресу <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> или позвонив по телефону 1-888-901-4636 (TTY: 711) и попросив его копию.

| Важные вопросы | Ответы | Почему это важно: |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Что такое общая франшиза? | Сетевой поставщик: \$0 Внесетевой поставщик: \$500 / на человека \$1000 на семью | Как правило, вы обязаны оплачивать все расходы на поставщиков, пока их сумма не достигнет размера франшизы, и только после этого услуги начинает оплачивать план. Если в этом плане зарегистрированы другие члены вашей семьи, то каждый член семьи обязан оплачивать свою индивидуальную франшизу до тех пор, пока общая сумма расходов по франшизе, уплаченная всеми членами семьи, не станет равной сумме общей семейной франшизы. |
| Страхуются ли какие-либо услуги до того, как вы уплатите свою франшизу? | Да. Профилактический уход и услуги, указанные в таблице, которая начинается на странице 2. | Данный план оплачивает некоторые товары и услуги даже в том случае, если вы ещё не выплатили сумму франшизы. Однако на такие случаи могут распространяться положения о доплате или состраховании. Например, данный план страхует определённые профилактические услуги без совместной оплаты и до того, как вы выплатите сумму своей франшизы. Перечень застрахованных профилактических услуг приведён по адресу www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits . |
| Существуют ли другие франшизы в отношении конкретных услуг? | Нет. | Вы не обязаны оплачивать франшизы за конкретные услуги. |
| Каков лимит оплаты из собственных средств для данного плана? | Сетевой поставщик: \$1200 на человека / \$2400 на семью Распространяется на услуги сетевых и внесетевых поставщиков | Лимит оплаты из собственных средств – это максимальная сумма, которую вы можете уплатить в год за застрахованные услуги. Если в данном плане зарегистрированы и другие члены вашей семьи, то им необходимо соблюдать свои лимиты оплаты из собственных средств до тех пор, пока не будет достигнут общий семейный лимит оплаты из собственных средств. |
| Что не входит в лимит оплаты из собственных средств? | Премии, суммы счетов по остаточному балансу, медицинское обслуживание, не застрахованное данным планом, а также услуги, указанные в таблице, которая начинается на странице 2. | Несмотря на то, что вы оплачиваете эти расходы, они не входят в лимит оплаты из собственных средств. |
| Будете ли вы платить меньше, пользуясь услугами сетевого поставщика? | Да. Посетите сайт по адресу www.kp.org/wa или позвоните по телефону 1-888-901-4636 (TTY: 711), чтобы получить список сетевых поставщиков. | Настоящий план пользуется услугами сети поставщиков. Вы будете платить меньше, пользуясь услугами поставщиков, входящих в сеть плана. Вы будете платить максимум, прибегая к услугам внесетевого поставщика, и, кроме того, вы можете получить от поставщика счёт на разницу между сборами данного поставщика и тем, что платит ваш план (оплата остаточного баланса). Помните, что ваш сетевой поставщик может обращаться к внесетевому поставщику за предоставлением некоторых услуг (например, выполнением лабораторного анализа). Проконсультируйтесь со своим поставщиком, прежде чем обращаться за услугами. |
| Требуется ли вам направление, чтобы попасть на приём к специалисту? | Да, однако к некоторым специалистам вы можете обращаться самостоятельно. | Данный план оплатит некоторые или все расходы на обращение за застрахованными услугами к специалисту, но только в случае, если вы получите направление до того, как вы обратитесь к этому специалисту. |



Все доплаты и расходы по сострахованию показаны в этой таблице после оплаты вашей франшизы, если к данному случаю применимо положение о франшизе.

| Обычный медицинский эпизод | Услуги, которые вам могут потребоваться | Что вы оплатите | | Ограничения, исключения и другая важная информация |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Сетевой поставщик (Вы платите минимум) | Внесетевой поставщик (Вы платите максимум) | |
| При посещении кабинета медицинского работника или клиники | Первичная медико-санитарная помощь при травме или заболевании | \$15 / визит | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| | Визит к <u>специалисту</u> | \$15 / визит | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| | <u>Профилактический уход/скрининг/иммунизация</u> | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> <u>Франшиза</u> не применяется | Возможно, вам придётся оплатить услуги, которые не являются <u>профилактическими</u> . Спросите своего <u>поставщика</u> , являются ли необходимые вам услуги <u>профилактическими</u> . Узнайте, что именно будет оплачивать ваш <u>план</u> . |
| Если вы проходите тестирование | <u>Диагностический тест</u> (рентген, анализ крови) | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| | Визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ) | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| Если для лечения вашего заболевания вам необходимы лекарственные препараты Дополнительная информация о <u>страховании рецептурных лекарств</u> приведена по адресу www.kp.org/wa . | Препараты, основанные на стоимости | Розничная цена: \$4 / рецепт Розничная цена: \$8 / рецепт; Заказ по почте: \$5 скидка с <u>совместной оплаты</u> | \$13 / рецепт <u>Франшиза</u> не применяется | Запас на срок до 30 дней (розничная продажа) или на срок до 90 дней (заказ по почте). В соответствии с <u>фармацевтическим</u> руководством. |
| | Рекомендуемые непатентованные препараты | розничных расходов / рецепт <u>Франшиза</u> не применяется | | |
| | Рекомендуемые патентованные препараты | Розничная цена: \$25 / рецепт; Заказ по почте: \$5 скидка с <u>совместной оплаты</u> | \$30 / рецепт <u>Франшиза</u> не применяется | Запас на срок до 30 дней (розничная продажа) или на срок до 90 дней (заказ по почте). В соответствии с <u>фармацевтическим</u> руководством. |
| | Нерекомендуемые патентованные и непатентованные препараты | розничных расходов / рецепт <u>Франшиза</u> не применяется | \$55 / рецепт <u>Франшиза</u> не применяется | Запас на срок до 30 дней (розничная продажа) или на срок до 90 дней (заказ по почте). В соответствии с <u>фармацевтическим</u> руководством. |
| | <u>Специализированные препараты</u> | Могут применяться соответствующие требования относительно <u>совместной оплаты</u> рекомендуемых патентованных, рекомендуемых фирменных или нерекомендуемых | Могут применяться соответствующие требования относительно <u>совместной оплаты</u> рекомендуемых патентованных, рекомендуемых фирменных или | Запас на срок до 30 дней (розничная продажа). В соответствии с <u>фармацевтическим</u> руководством. |

| Обычный медицинский эпизод | Услуги, которые вам могут потребоваться | Что вы оплатите | | Ограничения, исключения и другая важная информация |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Сетевой поставщик (Вы платите минимум) | Внесетевой поставщик (Вы платите максимум) | |
| | | патентованных/фирменных препаратов. <u>Франшиза</u> не применяется | нерекомендуемых патентованных/фирменных препаратов. <u>Франшиза</u> не применяется | |
| Если вам делают операцию в амбулаторных условиях | Административный сбор учреждения (например, амбулаторного хирургического центра) | \$50 / визит | \$50 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| | Оплата услуг врача/хирурга | Включено в сбор за услуги учреждения | 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| Если вам необходима немедленная медицинская помощь | <u>Уход в отделении неотложной помощи</u> | \$200 / визит | \$200 / визит <u>Франшиза</u> не применяется | Вы обязаны известить Kaiser Permanente в течение 24 часов, если вас госпитализировали в учреждении <u>внесетевого поставщика</u> ; ограничивается только экстренными ситуациями на начальных этапах; Требование о <u>доплате</u> отменяется при госпитализации в качестве стационарного пациента непосредственно в больницу. |
| | <u>Услуги транспорта скорой помощи</u> | 20% <u>сострахование</u> | 20% <u>сострахование</u> <u>Франшиза</u> не применяется | Нет |
| | <u>Неотложная помощь</u> | \$15 / визит | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| Если вы находитесь в стационаре | Административный сбор учреждения (например, за больничную палату) | \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация | \$100 / день вплоть до \$500 / госпитализация, 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| | Оплата услуг врача/хирурга | Включено в сбор за услуги учреждения | 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| Если вам необходимы услуги, связанные с психическим здоровьем, коррекцией поведения или алкогольной (наркотической) зависимостью | Амбулаторные услуги | Плата не взимается | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Нет |
| | Услуги стационара | \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация | \$100 / день вплоть до \$500 / госпитализация, 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| Если вы беременны | Визиты к врачу | Плата не взимается | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | В зависимости от типа услуг могут применяться <u>доплата</u> , <u>сострахование</u> или <u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать анализы и услуги, указанные в других разделах SBC (например, об ультразвуковом обследовании). |
| | Профессиональные услуги при родах | Включено в сбор за услуги учреждения | 20% <u>сострахование</u> | Вы обязаны уведомить Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента госпитализации или сразу же, как только это станет возможно |

| Обычный медицинский эпизод | Услуги, которые вам могут потребоваться | Что вы оплатите | | Ограничения, исключения и другая важная информация |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Сетевой поставщик (Вы платите минимум) | Внесетевой поставщик (Вы платите максимум) | |
| | | | | с медицинской точки зрения. <u>Совместная оплата услуг</u> , предоставляемых новорожденному, отличается от совместной оплаты услуг, предоставляемых матери. |
| | Услуги учреждения при родах | \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация | \$100 / день вплоть до \$500 / госпитализация, 20% <u>сострахование</u> | Вы обязаны уведомить Kaiser Permanente в течение 24 часов с момента госпитализации или сразу же, как только это станет возможно с медицинской точки зрения. <u>Совместная оплата услуг</u> , предоставляемых новорожденному, отличается от совместной оплаты услуг, предоставляемых матери. |
| Если вам нужна помощь при выздоровлении или у вас особые медицинские потребности | <u>Медицинское обслуживание на дому</u> | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| | <u>Реабилитационные услуги</u> | Амбулаторное лечение: \$15 / визит Стационарное лечение: \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация | Амбулаторное лечение: \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> Стационарное лечение: \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация, 20% <u>сострахование</u> | Амбулаторное лечение: максимум 60 визитов / год. Стационарное лечение: максимум 60 дней / год (в сочетании с <u>реабилитационными услугами</u>). Распространяется на услуги сетевых и <u>внесетевых поставщиков</u> . При диагнозах, связанных с психическими заболеваниями, лимит не применяется. Стационарное лечение: Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| | <u>Реабилитационные услуги</u> | Амбулаторное лечение: \$15 / визит Стационарное лечение: \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация | Амбулаторное лечение: \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> Стационарное лечение: \$100 / день, вплоть до \$500 / госпитализация, 20% <u>сострахование</u> | Амбулаторное лечение: максимум 60 визитов / год. Стационарное лечение: максимум 60 дней / год (в сочетании с <u>реабилитационными услугами</u>). Распространяется на услуги сетевых и <u>внесетевых поставщиков</u> . При диагнозах, связанных с психическими заболеваниями, лимит не применяется. Стационарное лечение: Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| | <u>Услуги квалифицированных медсестер</u> | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> | Максимум 60 визитов / год. При расчете лимитов учитывается обслуживание у сетевых и <u>внесетевых поставщиков</u> . Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| | <u>Медицинское оборудование длительного пользования</u> | 50% <u>сострахование</u> | 50% <u>сострахование</u> | В соответствии с <u>фармацевтическим руководством</u> . Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |

| Обычный медицинский эпизод | Услуги, которые вам могут потребоваться | Что вы оплатите | | Ограничения, исключения и другая важная информация |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Сетевой поставщик (Вы платите минимум) | Внесетевой поставщик (Вы платите максимум) | |
| | Услуги хосписа | Плата не взимается | 20% <u>сострахование</u> | Необходима <u>предварительная авторизация</u> , иначе страхованию не подлежит. |
| Если вашему ребёнку необходимы услуги стоматолога или окулиста | Обследование у окулиста (ребёнок) | \$15 / визит | \$15 / визит, 20% <u>сострахование</u> | Не более одного обследования / 12 месяцев |
| | Детские очки | Плата не взимается | Общий расчёт с сетевыми поставщиками | Лимит для участников в возрасте 19 лет или старше - \$300 / 12 месяцев; Лимит для участников младше 19 лет - 1 пара оправ и линз / год или контактные линзы, оплачиваются на условиях 50% <u>сострахования</u> |
| | Стоматологическое обследование ребёнка | Не застраховано | Не застраховано | Нет |

Исключённые и иные страхуемые услуги:

Услуги, которые вашим планом, как правило, НЕ оплачиваются (в вашем страховом полисе или документации плана можно найти дополнительную информацию и перечень всех других исключённых услуг).

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| • Косметическая хирургия | • Слуховые аппараты | • Услуги частной медицинской сестры/сиделки |
| • Стоматологические услуги (для взрослых и детей) | • Долгосрочный уход | • Плановая гигиена ног |
| | • Неэкстренное лечение во время пребывания вне США | • Программы похудения |

Другие застрахованные услуги (На эти услуги могут распространяться ограничения. Данный список не является исчерпывающим. См. документацию своего плана).

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| • Акупунктура (максимум 8 визитов / год) | • Мануальная терапия (максимум 10 визитов / год) | • Регулярные офтальмологические осмотры (для взрослых) |
| • Лечение бесплодия (ограниченный пожизненный максимум \$50 000; лекарства от бесплодия - ограниченный пожизненный максимум \$5000) | • Бариатрическая хирургия | |
| | • Детские очки | |

Ваши права на продолжение страхового обеспечения: Существуют организации, готовые оказать вам помощь, если вы захотите продолжать своё страховое обеспечение после окончания его срока. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Кроме того, у вас могут существовать и другие варианты страхования, включая приобретение индивидуальной страховки через Биржу медицинского страхования. Дополнительную информацию о Бирже можно найти по адресу www.HealthCare.gov или получить по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на обжалование и подачу апелляции: Существуют организации, готовые оказать вам помощь, если у вас имеется жалоба на то, что ваш план отказал в выплате возмещения по вашему требованию. Такая жалоба называется ходатайством или апелляцией. Дальнейшую информацию о ваших правах вы можете найти в разъяснении льгот, которое вы получите в отношении этого требования об оплате медицинских услуг. Кроме того, в документации вашего плана приводится полная информация о том, как подавать требования, апелляции или ходатайства по любым вопросам в адрес вашего плана. За дополнительными сведениями относительно ваших прав или настоящего уведомления, а также за получением помощи обращайтесь в организации, указанные в таблице ниже.

Контактная информация по вопросам ваших прав на продолжение страхового обеспечения и прав на обжалование и подачу апелляции:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Услуги для участников Kaiser Permanente | 1-888-901-4636 (TTY: 711) или www.kp.org/wa |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration | 1-866-444-EBSA (3272) или www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 или www.cciio.cms.gov . |
| Washington Department of Insurance | 1-800-562-6900 или www.insurance.wa.gov |

Предоставляет ли данный план Минимальное необходимое страховое обеспечение? Да

Если у вас не будет Минимального необходимого страхового обеспечения в течение месяца, то вам придётся уплатить деньги при подаче налоговой декларации, кроме случаев, когда вы имеете право на освобождение от выполнения требования о наличии медицинского страхования на данный месяц.

Соответствует ли данный план Стандартам минимальной стоимости (Minimum Value Standards)? Да

Если ваш план не соответствует Стандартам минимальной стоимости, возможно, вы имеете право на налоговую субсидию в отношении страховой премии, которая поможет вам с оплатой услуг плана через Биржу.

Языковые услуги:

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 оплачивать расходы в смоделированной медицинской ситуации, см. в следующем разделе.—————

Об этих примерах страхового обеспечения:



Это не калькуляция затрат. Показанные формы лечения – это лишь примеры того, как данный план может оплачивать медицинское обслуживание. Ваши реальные расходы будут другими в зависимости от фактически предоставленного вам ухода, цен, установленных вашими поставщиками услуг, и многих других факторов. Обратите внимание на суммы совместной оплаты (франшиз, доплат и сострахования) и услуг, исключаемых из страхования данным планом. При помощи этой информации вы можете сравнивать доли расходов, которые вы можете понести в рамках разных планов медицинского страхования. Помните, что эти примеры страхового обеспечения основаны только на индивидуальном страховании.

Пег предстоят роды

(9 месяцев дородового наблюдения у сетевого поставщика и роды в больнице)

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ Общая сумма <u>франшизы</u> в рамках данного <u>плана</u> составляет | \$0 |
| ■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалистов</u> | \$15 |
| ■ <u>Доплата за услуги больницы (учреждения)</u> | \$100 |
| ■ <u>Сострахование других услуг (анализа крови)</u> | 0% |

В этот ПРИМЕР включены такие услуги, как:
Посещение специалистов (*ведение беременности*)
Профессиональные услуги при родах
Услуги учреждения при родах
Диагностические тесты (*ультразвук и анализ крови*)
Визит к специалисту (*анестезия*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Общие расходы в примере | \$12 800 |
|--------------------------------|-----------------|

В данном примере Пег уплатит:

| | |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| <i>Совместная оплата</i> | |
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$100 |
| <u>Сострахование</u> | \$0 |
| <i>Что не охватывается страхованием</i> | |
| Ограничения или исключения | \$60 |
| Общая сумма, которую уплатит Пег, составляет | \$160 |

Контроль диабета 2 типа у Джо

(год планового ухода в сетевом учреждении при хорошо контролируемом заболевании)

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ Общая сумма <u>франшизы</u> в рамках данного <u>плана</u> составляет | \$0 |
| ■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалистов</u> | \$15 |
| ■ <u>Доплата за услуги больницы (учреждения)</u> | \$100 |
| ■ <u>Сострахование других услуг (анализа крови)</u> | 0% |

В этот ПРИМЕР включены такие услуги, как:
Визиты к врачам первичной помощи (*включая получение информации о заболевании*)
Диагностические тесты (*анализ крови*)
Рецептурные лекарственные препараты
Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Общие расходы в примере | \$7400 |
|--------------------------------|---------------|

В данном примере Джо заплатит:

| | |
|----------------------------------------------------|---------------|
| <i>Совместная оплата</i> | |
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$900 |
| <u>Сострахование</u> | \$40 |
| <i>Что не охватывается страхованием</i> | |
| Ограничения или исключения | \$60 |
| Общая сумма, которую заплатит Джо, составит | \$1000 |

Простой перелом у Мии

(посещение сетевого отделения скорой помощи и последующее наблюдение)

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| ■ Общая сумма <u>франшизы</u> в рамках данного <u>плана</u> составляет | \$0 |
| ■ <u>Доплата</u> за услуги <u>специалистов</u> | \$15 |
| ■ <u>Доплата за услуги больницы (учреждения)</u> | \$100 |
| ■ <u>Сострахование других услуг (рентгена)</u> | 0% |

В этот ПРИМЕР включены такие услуги, как:
Обслуживание в отделении скорой помощи (*в том числе медицинские расходные материалы*)
Диагностическое обследование (*рентген*)
Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)
Реабилитационные услуги (*физиотерапия*)

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Общие расходы в примере | \$1900 |
|--------------------------------|---------------|

В данном примере Миа заплатит:

| | |
|---------------------------------------------------|--------------|
| <i>Совместная оплата</i> | |
| <u>Франшизы</u> | \$0 |
| <u>Доплаты</u> | \$300 |
| <u>Сострахование</u> | \$200 |
| <i>Что не охватывается страхованием</i> | |
| Ограничения или исключения | \$0 |
| Общая сумма, которую уплатит Миа, составит | \$500 |

Данный план будет отвечать за оплату других расходов на застрахованные услуги, предоставленные в этом ПРИМЕРЕ.