

Краткое описание страхового покрытия и объема покрываемых услуг: что покрывает данный план и сколько вы платите за покрываемые услуги

Период страхового покрытия: 08/01/2023 — 07/31/2024



KAISER PERMANENTE: SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust - Core Plan - R HMO

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

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



Благодаря краткому описанию страхового покрытия и объема покрываемых услуг (Summary of Benefits and Coverage, SBC) вы сможете выбрать план медицинского страхования. В документе SBC указано, как между вами и планом будет распределена плата за покрываемые медицинские услуги. ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого плана ([размерах страховых взносов](#)) 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 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 франшизы ?	\$0	Ваши расходы на услуги, которые покрывает данный <u>план</u> , см. в таблице с типичными медицинскими эпизодами ниже.
Покрываются ли планом какие-либо услуги, прежде чем будет достигнута сумма франшизы ?	Не применимо.	Данный <u>план</u> 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, планом покрываются определенные <u>профилактические услуги</u> без участия застрахованного в оплате <u>расходов</u> , прежде чем будет достигнута сумма <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на странице www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Отличаются ли суммы франшизы для определенных услуг?	Нет.	Отдельных сумм <u>франшизы</u> для определенных услуг не существует.
Каков максимальный размер выплат из собственных средств участника этого плана?	\$1200 на человека / \$2400 на семью	Максимальный размер выплат из собственных средств — это максимум, который вы можете заплатить за покрываемые услуги в течение года. Если в этот <u>план</u> включены члены вашей семьи, для них установлены отдельные <u>максимальные размеры выплат из собственных средств</u> , в рамках которых они обязаны оплачивать свои расходы на медицинские услуги, пока не будет достигнут общий <u>максимальный размер выплат из собственных средств</u> семьи.
Какие платежи не учитываются в максимальном размере выплат из собственных средств ?	<u>Страховые взносы</u> , оплата счетов за <u>разницу в стоимости</u> и за услуги, которые не покрываются этим <u>планом</u> , а также услуги, указанные в таблице, начиная со стр. 2.	Несмотря на то что вы оплачиваете эти расходы, они не засчитываются в общую сумму <u>максимального размера выплат из собственных средств</u> .
Будете ли вы платить меньше при обращении к поставщику услуг, входящему в систему обслуживания ?	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 <u>поставщиков услуг</u> .	В плане существует своя система поставщиков услуг. Вы заплатите меньше, если обратитесь к поставщику услуг, входящему в эту систему обслуживания плана. Вам придется платить больше всего, если вы воспользуетесь услугами поставщика, не входящего в систему обслуживания. В таком случае вы можете получить счет от <u>поставщика услуг</u> на оплату разницы между стоимостью его услуг и суммой, оплачиваемой вашим <u>планом</u> (<u>выставление счета за разницу в стоимости</u>). Обратите внимание: ваш <u>поставщик услуг</u> , входящий в систему обслуживания, при предоставлении определенных услуг (например, для проведения лабораторных анализов) может пользоваться услугами <u>поставщиков, не входящих в систему обслуживания</u> . Уточняйте такие детали у своего поставщика услуг до предоставления обслуживания.
Требуется ли направление для посещения специалиста ?	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 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 всего)	
Если вы приходите на прием в кабинет или клинику поставщика медицинских услуг	Первичная медицинская помощь при травме или заболевании	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Посещение специалиста	\$15 за посещение	Не покрывается	Нет
	Профилактическое обслуживание / обследование / иммунизация	Плата не взимается	Не покрывается	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	Не покрывается	Нет
	Медицинская визуализация (КТ/ПЭТ, МРТ)	\$50 за посещение	Не покрывается	Требуется предварительное разрешение , иначе услуги не будут покрываться планом.
Если для лечения вашего заболевания или улучшения состояния вам необходимы лекарственные препараты Дополнительную информацию о покрытии лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту , можно найти на веб-странице www.kp.org/formulary	Основные препараты	\$4 (при покупке в розничной аптеке);	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника . Противозачаточные препараты и механические средства планом не покрываются.
	Рекомендованные непатентованные препараты (уровень 1)	\$8 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на долю от розничной цены (заказ по почте) на рецепт		
	Рекомендованные патентованные препараты (уровень 2)	\$25 (при покупке в розничной аптеке); скидка \$5 на долю от розничной цены (заказ по почте) на рецепт	Не покрывается	Запас на период до 90 дней (при покупке в розничной аптеке / заказе по почте). Согласно рекомендациям фармакологического справочника . Противозачаточные препараты и механические средства планом не покрываются.
	Нерекомендованные препараты (уровень 3)	Не покрывается	Не покрывается	Нет
	Специализированные препараты	Применяются соответствующие схемы долевого участия в оплате для рекомендованных непатентованных либо рекомендованных патентованных препаратов.	Не покрывается	Запас на период до 30 дней (при покупке в розничной аптеке). Согласно рекомендациям фармакологического справочника , если утверждено в рамках процесса исключения.
Если вам проводят хирургическую	Административный сбор учреждения (например,	\$50 за посещение	Не покрывается	Нет

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 всего)	
операцию в амбулаторных условиях	центра амбулаторной хирургии)			
	Гонорар врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Гонорар врача/хирурга включен в административный сбор учреждения.
Если вам необходима немедленная медицинская помощь	Уход в отделении экстренной помощи	\$200 за посещение	\$200 за посещение	Если вам оказал услуги поставщик, не входящий в систему обслуживания, 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 транспорта скорой помощи	<u>Сотрахование</u> : 20 %	<u>Сотрахование</u> : 20 %	Нет
	Неотложная помощь	Плата не взимается	\$200 за посещение	Услуги, оказываемые поставщиками, не входящими в систему обслуживания, покрываются, если участник временно находится за пределами зоны обслуживания.
Если вы находитесь в стационаре	Административный сбор учреждения (например, за больничную палату)	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Гонорар врача/хирурга	Плата не взимается	Не покрывается	Гонорар врача/хирурга включен в административный сбор учреждения. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Если вам необходимы услуги в области психического либо поведенческого здоровья или в случае зависимости от психоактивных веществ	Услуги в амбулаторных условиях	Плата не взимается	Не покрывается	Нет
	Стационарные услуги	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Если вы беременны	Посещение кабинета врача	Плата не взимается	Не покрывается	В зависимости от типа услуг может взиматься <u>доплата</u> , применяться <u>сотрахование</u> или <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	Не покрывается	Услуги специалистов входят в услуги учреждения. 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>Доля участия в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от такой доли участия

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 всего)	
	Услуги учреждения при родах	\$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем плата не взимается	Не покрывается	для матери. 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>Доля участия в оплате</u> услуг для новорожденного рассчитывается отдельно от такой доли участия для матери.
Если вам нужна помощь при выздоровлении или у вас особые медицинские потребности	Медицинское обслуживание на дому	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Реабилитационные услуги	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем плата не взимается	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.
	Вспомогательные услуги	В амбулаторных условиях: плата не взимается В стационаре: \$100 в день, до \$500 на госпитализацию, затем плата не взимается	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.
	Уход квалифицированных медсестер	Плата не взимается	Не покрывается	Максимум 60 дней в год. Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Медицинское оборудование длительного пользования	<u>Сострахование</u> : 50 %	Не покрывается	Согласно рекомендациям <u>фармакологического справочника</u> . Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
	Услуги хосписа	Плата не взимается	Не покрывается	Требуется <u>предварительное разрешение</u> , иначе услуги не будут покрываться планом.
Если вашему ребенку необходимы услуги стоматолога или офтальмолога	Обследование глаз у детей	Плата не взимается за рефракционное обследование	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 сострахованием 50 %.
	Стоматологический осмотр ребенка	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 • Стоматологические услуги (для взрослых и детей) • Слуховые аппараты	• Долгосрочный уход • Неэкстренное лечение за пределами США • Услуги частной медицинской сестры	• Плановая гигиена ног • Программы похудения
Другие покрываемые услуги (К ним могут применяться ограничения. Этот список не является полным. См. документацию своего страхового плана.)		
• Иглоукалывание (максимум 20 посещений в год) • Бариатрическая хирургия	• Хиропрактика (максимум 20 посещений в год) • Лечение бесплодия (медицинские услуги: максимум \$50 000; медицинские препараты: максимум \$35 000 пожизненно)	• Регулярные офтальмологические осмотры (для взрослых)

Ваши права на продление страхового покрытия. Существуют учреждения, которые могут вам помочь с продлением страхового покрытия по окончании срока его действия. Контактная информация таких учреждений указана в таблице ниже. Кроме того, вам могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуального страхового покрытия через платформу [медицинского страхования](#). Более подробную информацию о платформе вы можете получить, перейдя на сайт www.HealthCare.gov или позвонив по номеру 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу жалоб и апелляций. Существуют учреждения, которые могут вам помочь, если вы остались недовольны отказом вашего плана в удовлетворении страхового требования. Свое недовольство вы можете изложить в виде жалобы или апелляции. Более подробная информация о ваших правах представлена в документе с разъяснением объема страхового покрытия, который вы получите по этому медицинскому страховому требованию. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или жалобу по любому поводу 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 относительно продления страхового покрытия, а также подачи жалоб и апелляций

Отдел обслуживания участников планов Kaiser Permanente	1-888-901-4636 (TTY: 711) или www.kp.org
Управление по обеспечению страхового покрытия работников Министерства 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 соответствующую [платформу](#), 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 [налоговой скидки на страховой взнос](#).

Этот план отвечает стандартам минимальной стоимости? Да.

Если ваш план не отвечает стандартам минимальной стоимости, вы можете иметь право на налоговую скидку на страховой взнос, что поможет вам оплачивать план, приобретенный через платформу.

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): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Примеры того, как данный [план](#) может покрывать расходы в случае стандартной медицинской ситуации,



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 недавно родила

(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
- [Сострахование](#) за другие услуги (анализ крови) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода включает такие услуги:

Посещения кабинета специалиста (*дородовое наблюдение*)
 Услуги специалистов при родах
 Услуги учреждения при родах
 Диагностические исследования (*УЗИ и анализ крови*)
 Посещение специалиста (*анестезия*)

Общая стоимость услуг в примере	\$12 700
---------------------------------	----------

В этом случае Рег заплатит:

Доли участия в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$200
Сострахование	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$20
Всего Рег заплатит:	\$220

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
- [Сострахование](#) за другие услуги (анализ крови) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода включает такие услуги:

Посещения кабинета врача первичной помощи (*включая информирование по болезни*)
 Диагностические исследования (*анализ крови*)
 Лекарственные препараты по рецепту
 Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

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

В этом случае Джо заплатит:

Доли участия 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
- [Сострахование](#) за другие услуги (рентген) \$0

Этот ПРИМЕР эпизода включает такие 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:

Доли участия в оплате	
Франшизы	\$0
Доплаты	\$400
Сострахование	\$300
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Всего Миа заплатит:	\$700

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