



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 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 або ж зателефонувати за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711) і замовити примірник.

Важливі питання	Відповіді	Чому це важливо:
Яка загальна сума франшизи ?	\$0	Витрати на послуги, що покриваються цим планом , див. в таблиці «Загальні медичні події» нижче.
Чи є послуги, які покриваються ще до того, як ви досягнете суми франшизи ?	Не застосовується.	Цей план покриває певні товари й послуги, навіть якщо ви ще не досягли суми франшизи . Але в такому разі може застосовуватися доплата або частка участі в оплаті . Наприклад, цим планом покриваються певні профілактичні послуги без вашої участі в оплаті та до досягнення суми франшизи . Список профілактичних послуг , які покриваються, див. на сайті www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Чи застосовуються інші суми франшизи до окремих послуг?	Ні.	Інші суми франшизи до окремих послуг не застосовуються.
Який максимальний розмір виплат із власних коштів учасника встановлено для цього плану ?	\$1,200 (індивідуально) / \$2,400 (на родину)	Максимальний розмір виплат із власних коштів — це максимум, який ви можете заплатити за послуги, що покриваються, протягом року. Якщо цей план поширюється також на членів вашої родини, для кожного з них слід оплачувати послуги в межах їхнього максимуму до досягнення загального максимального розміру виплат із власних коштів для родини.
Що не включено до максимального розміру виплат із власних коштів учасника?	Страхові внески , витрати за рахунком на різницю у вартості , медичні послуги, які не покриваються цим планом , і послуги, зазначені в таблиці, що починається зі сторінки 2.	Навіть якщо ви оплачуєте такі витрати, вони не зараховуються до максимального розміру виплат із власних коштів .
Чи платитимете ви менше, якщо звертатиметеся до постачальника медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану ?	Так. Див. сайт www.kp.org або зателефонуйте за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711), щоб отримати перелік постачальників медичних послуг , які входять у систему обслуговування плану.	Цей план використовує систему обслуговування, до якої входять певні постачальники медичних послуг. Звертаючись до постачальника медичних послуг, який входить до системи обслуговування плану , ви сплачуватимете менше. Вам доведеться платити найбільше, якщо ви звертатиметеся до постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану . У такому разі ви можете отримати рахунок від постачальника медичних послуг на різницю між вартістю його послуг і сумою, яку сплачує ваш план (рахунок на різницю у вартості). Майте на увазі, що постачальник медичних послуг, який входить у систему обслуговування плану , під час надання певних послуг (наприклад, для проведення лабораторних аналізів) може звертатися до постачальників медичних послуг, які не входять у систему обслуговування плану . Перш ніж користуватися послугами, уточніть це у свого постачальника медичних послуг.
Чи потрібне вам направлення, щоб відвідати лікаря-спеціаліста ?	Так, але до деяких лікарів-спеціалістів ви можете звернутися самостійно.	План сплачуватиме за послуги лікаря-спеціаліста , що покриваються, повністю або частково, але лише за умови отримання направлення до відвідування лікаря-спеціаліста .



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)	
Якщо ви відвідуєте кабінет чи клініку постачальника медичних послуг	Відвідування для отримання первинної медичної допомоги в разі травми або захворювання	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Відвідування лікаря-спеціаліста	\$15 за відвідування	Не покривається	Немає
	Профілактичне обслуговування / обстеження / імунізація	Плата не стягується	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 постачальника медичних послуг. Потім перевірте, що саме оплачує ваш план .
Якщо ви проходитье дослідження	Діагностичне дослідження (рентген, аналіз крові)	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Медична візуалізація (КТ/ПЕТ, МРТ)	\$50 за відвідування	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо для лікування вам необхідні лікарські препарати Додаткову інформацію про покриття лікарських препаратів, які відпускаються за рецептом , можна знайти на сайті www.kp.org/formulary	Ціннісно-орієнтовані ліки	\$4 (у роздрібній аптеці);	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями довідника . Протизаплідні препарати та механічні засоби не покриваються.
	Рекомендовані непатентовані препарати (рівень 1)	\$8 (у роздрібній аптеці); знижка \$5 на частку від роздрібною ціни (замовлення поштою) / рецепт		
	Рекомендовані патентовані препарати (рівень 2)	\$25 (у роздрібній аптеці); знижка \$5 на частку від роздрібною ціни (замовлення поштою) / рецепт	Не покривається	Запас препаратів на період до 90 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці / замовлення поштою). Згідно з рекомендаціями довідника . Протизаплідні препарати та механічні засоби не покриваються.
	Лікарські препарати, що не є рекомендованими (рівень 3)	Не покривається	Не покривається	Немає
	Спеціалізовані ліки	Застосовуються відповідні схеми розподілу витрат на	Не покривається	Запас на період до 30 днів (у разі придбання в роздрібній аптеці). Згідно з рекомендаціями

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)	
		рекомендовані непатентовані або рекомендовані патентовані препарати.		довідника , якщо схвалено в межах процесу визначення винятків.
Якщо вам роблять амбулаторну операцію	Адміністративний збір установи (наприклад, амбулаторного хірургічного центру)	\$50 за відвідування	Не покривається	Немає
	Гонорар лікаря/хірурга	Плата не стягується	Не покривається	Оплата послуг лікаря/хірурга включена в адміністративний збір установи.
Якщо вам необхідна негайна медична допомога	Обслуговування у відділенні швидкої допомоги	\$200 за відвідування	\$200 за відвідування	Вам потрібно повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин, якщо ви потрапили до постачальника медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану . Стосується тільки первинної швидкої допомоги. Доплата не стягується в разі госпіталізації безпосередньо до лікарні як стаціонарного пацієнта.
	Послуги транспорту швидкої допомоги	Частка участі в оплаті 20 %	Частка участі в оплаті 20 %	Немає
	Невідкладна допомога	Плата не стягується	\$200 за відвідування	Обслуговування постачальником медичних послуг, який не входить до системи обслуговування плану , покривається, коли ви тимчасово перебуваєте за межами зони обслуговування.
Якщо ви перебуваєте в стаціонарі	Адміністративний збір установи (наприклад, за лікарняну палату)	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, далі плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
	Гонорар лікаря/хірурга	Плата не стягується	Не покривається	Оплата послуг лікаря/хірурга включена в адміністративний збір установи. Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо вам необхідні послуги, пов'язані з психічним здоров'ям, корекцією поведінки або залежністю від психоактивних	Амбулаторні послуги	Плата не стягується	Не покривається	Немає
	Послуги, що надаються в умовах стаціонару	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, далі плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл , 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)	
речовин				
Якщо ви вагітні	Відвідування кабінету лікаря	Плата не стягується	Не покривається	Залежно від типу послуг може застосовуватися доплата , частка участі в оплаті або франшиза . Обслуговування вагітної жінки може включати дослідження та послуги, які описані деінде в документі SBC (як-от ультразвук).
	Послуги фахівця під час пологів	Плата не стягується	Не покривається	Послуги фахівця включені в послуги установи. Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього. Розподіл витрат на догляд за немовлям розраховується окремо від такого розподілу для породіллі.
	Послуги установи під час пологів	\$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, далі плата не стягується	Не покривається	Ви маєте повідомити компанію Kaiser Permanente протягом 24 годин після госпіталізації або ж якнайскоріше після цього. Розподіл витрат 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	Медичне обслуговування в домашніх умовах	Плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
	Реабілітаційні послуги	Амбулаторні: плата не стягується Стаціонарні: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, далі плата не стягується	Не покривається	Разом із послугами з адаптації. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
	Послуги з адаптації	Амбулаторні: плата не стягується Стаціонарні: \$100 на день, до \$500 за госпіталізацію, далі плата не стягується	Не покривається	Разом із реабілітаційними послугами. Амбулаторні: 60 відвідувань на рік. Стаціонарні: 60 днів на рік, потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
	Догляд кваліфікованих медсестер	Плата не стягується	Не покривається	60 днів на рік. Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
	Медичне обладнання тривалого користування	Частка участі в оплаті 50 %	Не покривається	Згідно з рекомендаціями довідника . Потрібно отримати попередній дозвіл , 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)	
	Послуги хоспісу	Плата не стягується	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл , інакше послуги не покриватимуться.
Якщо вашій дитині необхідні стоматологічні або офтальмологічні послуги	Обстеження дитини офтальмологом	Плата не стягується за рефракційне обстеження	Не покривається	Щонайбільше 1 огляд протягом 12 місяців.
	Дитячі окуляри	Плата не стягується, франшиза 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 з <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"> • Косметична хірургія • Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) • Слухові апарати | <ul style="list-style-type: none"> • Довгостроковий догляд • Неекстрене обслуговування під час перебування за межами США • Послуги приватної медсестри | <ul style="list-style-type: none"> • Планова гігієна ніг • Програми схуднення |
|---|---|---|

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Акупунктура (20 відвідувань на рік) • Баріатрична хірургія | <ul style="list-style-type: none"> • Хіропрактика (20 відвідувань на рік) • Лікування безпліддя (\$50,000 — медичний ліміт; \$35,000 — ліміт на ліки / довічно) | <ul style="list-style-type: none"> • Регулярні офтальмологічні огляди (для дорослих) |
|---|---|---|

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 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 отримаєте 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 www.kp.org
Управління із забезпечення страхового покриття працівників Міністерства праці (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)	1-866-444-EBSA (3272) або www.dol.gov/ebsa/healthreform
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 www.cciio.cms.gov
Департамент страхування штату Washington (Washington Department of Insurance)	1-800-562-6900 або www.insurance.wa.gov

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 мінімальної вартості? Так.

Якщо ваш план не відповідає стандартам мінімальної вартості, ви можете відповідати вимогам для отримання податкової знижки на страховий внесок, що допоможе вам оплачувати план через платформу 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 відрізняться залежно від фактично наданих вам послуг, від цін ваших [постачальників медичних послуг](#) і від багатьох інших чинників. Зосередьтеся на сумах [розподілу витрат](#) (як-от франшиза, доплата та [частка участі в оплаті](#)) і на [послугах, які не передбачені страховим покриттям](#) згідно з [планом](#). 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 лише для однієї особи.

Вагітність і пологи Рег

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

■ Загальна франшиза за планом	\$0
■ Доплата за відвідування лікаря-спеціаліста	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (установи)	\$100
■ Частка участі в оплаті за інші послуги (аналіз крові)	\$0

У цей ПРИКЛАД включені 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:

<i>Розподіл витрат</i>	
Франшиза	\$0
Доплати	\$200
Частка участі в оплаті	\$0
<i>Що не покривається</i>	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$20
Загалом Рег заплатить	\$220

У Джо діабет 2-го типу

(ведення захворювання на стадії компенсації в системі обслуговування плану протягом року)

■ Загальна франшиза за планом	\$0
■ Доплата за відвідування лікаря-спеціаліста	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (установи)	\$100
■ Частка участі в оплаті за інші послуги (аналіз крові)	\$0

У цей ПРИКЛАД включені 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:

<i>Розподіл витрат</i>	
Франшиза	\$0
Доплати	\$600
Частка участі в оплаті	\$0
<i>Що не покривається</i>	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
Загалом Джо заплатить	\$600

У Міа простий перелом

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

■ Загальна франшиза за планом	\$0
■ Доплата за відвідування лікаря-спеціаліста	\$15
■ Доплата за послуги лікарні (установи)	\$100
■ Частка участі в оплаті за інші послуги (рентген)	\$0

У цей ПРИКЛАД включені 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:

<i>Розподіл витрат</i>	
Франшиза	\$0
Доплати	\$400
Частка участі в оплаті	\$300
<i>Що не покривається</i>	
Обмеження й не передбачені покриттям послуги	\$0
Загалом Міа заплатить	\$700

[План](#) оплачуватиме інші витрати за цими ПРИКЛАДАМИ послуг, що покриваються.