

Краткое описание страхового покрытия: что покрывает план и сколько вы платите за покрываемые услуги

Период действия страхового покрытия:
с 01/01/2026 или позднее



Страховое покрытие: индивидуальное или семейное |
Тип плана: НМО


Все страховые планы предлагает и обеспечивает организация Kaiser Foundation Health Plan of Washington



Краткое описание страхового покрытия (Summary of Benefits and Coverage, SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В SBC объясняется, какую часть стоимости покрываемых медицинских услуг будете оплачивать вы, а какую — план. **ПРИМЕЧАНИЕ.** Информация о стоимости плана (называемой страховым взносом) будет предоставлена отдельно. Это лишь краткое описание. Для получения подробной информации о покрытии либо документа с полным описанием условий его предоставления посетите сайт <https://kp.org/plandocuments> (на английском языке) или звоните по телефону 1-800-290-8900 (TTY: 711). Определения распространенных терминов, таких как разрешенная сумма, компенсация разницы, доля стоимости, доплата, франшиза, поставщик услуг, а также других подчеркнутых терминов приведены в Глоссарии. Вы можете ознакомиться с Глоссарием на сайте www.healthcare.gov/sbc-glossary/ (на английском языке) или заказать его копию, позвонив по телефону 1-800-290-8900 (TTY: 711).

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u>?	\$1,900 для одного человека, \$3,800 для семьи	Как правило, вы должны полностью оплачивать услуги <u>поставщиков</u> , пока не выплатите сумму <u>франшизы</u> , прежде чем что-либо начнет платить <u>план</u> . Если в <u>план</u> включены другие члены вашей семьи, каждый из них должен выплачивать собственную <u>франшизу</u> , пока общая сумма расходов в рамках <u>франшизы</u> , уплаченная всеми членами семьи, не достигнет общей суммы <u>франшизы</u> для семьи.
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты <u>франшизы</u>?	Да. <u>Профилактическое медицинское обслуживание</u> и услуги, указанные в таблице, которая начинается на странице 2.	<u>План</u> покрывает некоторые товары и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму <u>франшизы</u> . Однако может потребоваться внести <u>доплату</u> или <u>долю стоимости</u> . Например, <u>план</u> покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без вашего участия в <u>оплате</u> и до выплаты <u>франшизы</u> . См. список покрываемых <u>профилактических услуг</u> на сайте https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Предусмотрены ли другие <u>франшизы</u> для конкретных услуг?	Нет.	Выплачивать <u>франшизу</u> за конкретные услуги не требуется.
Какова <u>максимальная сумма личных расходов</u> в рамках <u>плана</u>?	\$8,800 для одного человека, \$17,600 для семьи	<u>Максимальная сумма личных расходов</u> — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить в год за услуги, покрываемые <u>планом</u> . Если в <u>план</u> включены другие члены семьи, их расходы учитываются в их собственной <u>максимальной сумме личных расходов</u> , пока не будет выплачена общая <u>максимальная сумма личных расходов</u> на семью.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Что не учитывается при расчете <u>максимальной суммы личных расходов</u>?	<u>Страховые взносы</u> , счета на доплату разницы и медицинское обслуживание, не покрываемое <u>планом</u> , как указано в таблице, которая начинается на странице 2.	Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы личных расходов</u> .
Будете ли вы платить меньше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, сотрудничающему с планом</u>?	Да. Посетите сайт www.kp.org (на английском языке) или звоните по телефону 1-800-290-8900 (TTY: 711), чтобы получить список <u>поставщиков услуг, сотрудничающих с планом</u> .	У <u>плана</u> есть <u>сотрудничающие с ним поставщики услуг</u> . Обращаясь к <u>поставщикам услуг, сотрудничающим с планом</u> , вы платите меньше. Вы заплатите больше всего, если обратитесь к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с планом</u> . Кроме того, вы можете получить счет от <u>поставщика услуг</u> на разницу между взимаемой им оплатой и суммой, уплаченной вашим <u>планом</u> (<u>компенсация разницы</u>). Примите во внимание, что <u>сотрудничающий с планом поставщик услуг</u> может обратиться к <u>поставщику, не сотрудничающему с планом</u> , за определенными услугами (например, для выполнения лабораторных анализов). Уточните это у своего <u>поставщика</u> перед получением услуг.
Требуется ли <u>направление</u> для обращения к <u>специалисту</u>?	Да, но к некоторым <u>специалистам</u> можно обратиться без направления.	<u>План</u> частично или полностью оплачивает расходы при обращении к <u>специалисту</u> для получения покрываемых услуг, но для этого у вас должно быть <u>направление к специалисту</u> .

 Все доплаты и доли стоимости, указанные в этой таблице, применяются после выплаты вами франшизы, если франшиза предусмотрена.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Посещение кабинета или клиники <u>поставщика медицинских услуг</u>	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	\$15 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	Прием <u>специалиста</u>	\$40 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	<u>Профилактические услуги</u> , <u>профилактическое обследование</u> , вакцинация	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются <u>профилактическими</u> . Узнайте у своего <u>поставщика услуг</u> , являются ли нужные вам услуги <u>профилактическими</u> . Затем уточните, за какие услуги заплатит <u>план</u> .

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Анализы и обследования	<u>Диагностическое обследование</u> (рентгенография, анализ крови)	Рентгенография: \$30 за прием; <u>франшиза</u> не применяется к рентгенографии и диагностической визуализации. Лабораторные анализы: \$30 за прием; <u>франшиза</u> не применяется к услугам лабораторий и специалистов.	Не покрывается	Отсутствуют
	Визуализационные обследования (КТ, ПЭТ, МРТ)	\$300 за прием	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
Получение лекарств для лечения заболевания См. подробнее о страховом покрытии лекарств по рецепту на сайте kp.org/wa/7formulary2026 (на английском языке)	Предпочтительные непатентованные лекарства	\$10 за <u>рецепт</u> ; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Запас лекарства на срок до 30 дней (розничная аптека); на срок до 90 дней (заказ по почте). Без оплаты за противозачаточные средства, <u>франшиза</u> не применяется. Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	Предпочтительные фирменные лекарства	\$75 за <u>рецепт</u> ; <u>франшиза</u> не применяется;	Не покрывается	Запас лекарства на срок до 30 дней (розничная аптека); на срок до 90 дней (заказ по почте). Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	Непредпочтительные непатентованные/фирменные лекарства	\$200 за <u>рецепт</u>	Не покрывается	Запас лекарства на срок до 30 дней (розничная аптека); на срок до 90 дней (заказ по почте). Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	<u>Специализированные лекарства</u>	\$200 за <u>рецепт</u>	Не покрывается	Запас лекарства на срок до 30 дней (розничная аптека)

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	\$350 за прием	Не покрывается	Отсутствуют
	Плата за услуги терапевта или хирурга	\$75 за прием	Не покрывается	Отсутствуют
Если медицинская помощь нужна немедленно	<u>Прием в отделении скорой помощи</u>	\$800 за прием	\$800 за прием	Обязательно известить план Kaiser Permanente в течение 24 часов в случае поступления в учреждение-поставщик, <u>не сотрудничающий с планом</u> ; покрытие ограничивается первоначальной экстренной медицинской помощью.
	<u>Услуги транспорта скорой помощи</u>	\$375 за поездку; <u>франшиза</u> не применяется	\$375 за поездку; <u>франшиза</u> не применяется	Отсутствуют
	<u>Неотложная медицинская помощь</u>	\$35 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	\$800 за прием	Услуги <u>поставщиков, не сотрудничающих с планом</u> , не покрываются в зоне обслуживания.
Пребывание в больнице	Плата за услуги больницы (например, за больничную палату)	\$650 в сутки, максимум \$3,250 за госпитализацию; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
	Плата за услуги терапевта или хирурга	Включается в плату за услуги учреждения	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
Психиатрическая, психологическая, наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	\$15 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	Услуги в условиях стационара	\$650 в сутки, максимум \$3,250 за госпитализацию; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	В зависимости от типа услуги может применяться <u>доплата</u> , <u>доля стоимости</u> или <u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Родовспоможение: услуги специалистов	Включается в плату за услуги учреждения	Не покрывается	Отсутствуют
	Родовспоможение: услуги учреждения	\$650 в сутки, максимум \$3,250 за госпитализацию; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Вы обязаны известить план Kaiser Permanente в течение 24 часов после поступления или как только это станет возможным по медицинским показаниям. Участие в оплате за услуги для новорожденных рассчитывается отдельно от доли матери.
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	\$15 в сутки; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Не больше 130 посещений в год. Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
	<u>Услуги реабилитации</u>	Амбулаторно: \$30 за прием, <u>франшиза</u> не применяется; Стационар: \$650 в сутки, максимум \$3,250 за госпитализацию; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Амбулаторно: максимум 25 приемов в год. Стационар: не более 30 суток в год (требуется <u>предварительное разрешение</u>). Услуги при диагностированных психиатрических заболеваниях покрываются без ограничений.
	<u>Услуги по развитию навыков</u>	Амбулаторно: \$30 за прием, <u>франшиза</u> не применяется; Стационар: \$650 в сутки, максимум \$3,250 за госпитализацию; <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Амбулаторно: максимум 25 приемов в год. Стационар: не более 30 суток в год (требуется <u>предварительное разрешение</u>). Услуги при диагностированных психиатрических заболеваниях покрываются без ограничений.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
	<u>Квалифицированный сестринский уход</u>	\$350 в сутки	Не покрывается	Не больше 60 суток в год. Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	<u>Доля стоимости 20%</u>	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> .
	<u>Услуги хосписа</u>	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Необходимо <u>предварительное разрешение</u> . Услуги краткосрочного подменяющего ухода в условиях стационара или амбулаторно ограничены максимальным сроком 14 суток в течение жизни.
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Обследование глаз ребенка	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Максимум одно обследование в год.
	Детские очки	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Не более одной оправы и пары линз или контактных линз в год.
	Осмотр полости рта ребенка	Не покрывается	Не покрывается	Отсутствуют

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Услуги, которые <u>план</u> обычно НЕ покрывает (изучите свой страховой полис или документацию <u>плана</u> , чтобы получить более подробную информацию и список других <u>исключенных услуг</u>)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Бариатрическая хирургия ● Косметическая хирургия ● Стоматологическое обслуживание (для взрослых и детей) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Лечение бесплодия (за исключением искусственной инсеминации) ● Долгосрочный уход ● Неэкстренная медицинская помощь во время поездок за пределы США 	<ul style="list-style-type: none"> ● Частная сиделка ● Программы похудения
Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список является неполным; см. документацию своего <u>плана</u>)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Аборт ● Иглоукалывание 	<ul style="list-style-type: none"> ● Мануальная терапия (10 приемов в год) ● Слуховые аппараты (1 аппарат на каждое ухо на 36 месяцев) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Плановое офтальмологическое обслуживание (для взрослых) ● Плановый уход за стопами

Ваши права на продление покрытия. Некоторые организации могут помочь вам продлить действие покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховки через биржу медицинского страхования. За подробностями о бирже медицинского страхования посетите веб-сайт www.HealthCare.gov или звоните по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу претензий и апелляций. Некоторые организации могут помочь вам, если у вас есть жалоба на план в связи с отклонением вашего страхового требования. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении страхового требования. В документации плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по любой причине в ваш план. За подробной информацией о ваших правах и этом уведомлении, а также за помощью обращайтесь в организации, указанные далее.

Контактная информация организаций, о которых говорится в разделах «Ваши права на продление покрытия» и «Ваши права на подачу претензий и апелляций»

Отдел обслуживания участников страховых планов Kaiser Permanente	1-800-290-8900 (TTY: 711) или https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services (на английском языке)
Офис уполномоченного по страхованию	1-800-562-6900 или www.insurance.wa.gov

Предоставляет ли этот план минимально необходимое покрытие? Да.

Минимально необходимое покрытие обычно включает планы, медицинское страхование, приобретаемое на бирже медицинского страхования, или другие индивидуальные коммерческие страховые полисы, программы Medicare, Medicaid, TRICARE, Программу медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) и некоторые другие виды покрытия. Если вы имеете право на получение некоторых видов минимально необходимого покрытия, у вас может не быть права на налоговый кредит для оплаты страховых взносов.

Соответствует ли этот план стандартам в отношении минимального объема покрытия? Не применимо.

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 на бирже медицинского страхования.

Услуги перевода

ИСПАНСКИЙ (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711)

ТАГАЛЬСКИЙ (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

КИТАЙСКИЙ ТРАДИЦИОННЫЙ (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

ПЕНСИЛЬВАНСКИЙ ГОЛЛАНДСКИЙ (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-290-8900 (TTY: 711) uff

НАВАХО (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

САМОАНСКИЙ (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-290-8900 (TTY: 711)

КАРОЛИНСКИЙ (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-290-8900 (TTY: 711)

ЧАМОРРО (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-800-290-8900 (TTY: 711)

См. примеры того, как план может покрывать расходы на медицинские услуги в различных случаях, в следующем разделе.



Это не калькулятор расходов. Описанное лечение — это просто примеры покрытия медицинского обслуживания в рамках данного плана. Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных поставщиками услуг, и многих других факторов. Обратите внимание на суммы участия в оплате (франшизы, доплаты и доли стоимости), а также на услуги, исключенные из покрытия плана. Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам требуется оплачивать в рамках разных планов медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

Мария родила ребенка (дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, и роды в больнице)	Контроль диабета 2-го типа у Андрея (год стандартного обслуживания в медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, по поводу хорошо контролируемого диабета)	Неосложненный перелом у Анны (прием в отделении скорой помощи, сотрудничающем с планом, и дальнейшее лечение)																																										
<ul style="list-style-type: none"> ■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u> \$1,900 ■ Услуги специалиста — <u>доплата</u> \$40 ■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доплата</u> \$650 ■ Другое (анализ крови) — <u>доплата</u> \$30 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u> \$1,900 ■ Услуги специалиста — <u>доплата</u> \$40 ■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доплата</u> \$650 ■ Другое (анализ крови) — <u>доплата</u> \$30 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Общая сумма предусмотренной <u>планом франшизы</u> \$1,900 ■ Услуги специалиста — <u>доплата</u> \$40 ■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доплата</u> \$650 ■ Другое (рентгенография) — <u>доплата</u> \$30 																																										
<p>Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.</p> <p>Посещения кабинета <u>специалиста</u> (ведение беременности)</p> <p>Родовспоможение: услуги специалистов</p> <p>Родовспоможение: услуги учреждения</p> <p><u>Диагностические обследования</u> (УЗИ и анализы крови)</p> <p>Прием <u>специалиста</u> (анестезия)</p>	<p>Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.</p> <p>Посещения кабинета <u>поставщика</u> <u>первичного медицинского обслуживания</u> (в том числе просвещение о заболевании)</p> <p><u>Диагностические обследования</u> (анализы крови)</p> <p><u>Рецептурные лекарства</u></p> <p><u>Медицинское оборудование длительного пользования</u> (<u>глюкометр</u>)</p>	<p>Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.</p> <p><u>Прием в отделении скорой помощи</u> (включая медицинские принадлежности)</p> <p><u>Диагностическое обследование</u> (<u>рентгенография</u>)</p> <p><u>Медицинское оборудование длительного пользования</u> (<u>костыли</u>)</p> <p><u>Услуги реабилитации</u> (<u>лечебная физкультура</u>)</p>																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая стоимость в примере</td> <td style="text-align: right;">\$12,700</td> </tr> </table>	Общая стоимость в примере	\$12,700	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая стоимость в примере</td> <td style="text-align: right;">\$5,600</td> </tr> </table>	Общая стоимость в примере	\$5,600	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая стоимость в примере</td> <td style="text-align: right;">\$2,800</td> </tr> </table>	Общая стоимость в примере	\$2,800																																				
Общая стоимость в примере	\$12,700																																											
Общая стоимость в примере	\$5,600																																											
Общая стоимость в примере	\$2,800																																											
<p>В данном примере Мария должна будет заплатить:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Участие в оплате</th> </tr> <tr> <td>Франшизы</td> <td style="text-align: right;">\$1,900</td> </tr> <tr> <td>Доплаты</td> <td style="text-align: right;">\$900</td> </tr> <tr> <td>Доля стоимости</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Непокрываемые услуги</th> </tr> <tr> <td>Ограничения или исключения</td> <td style="text-align: right;">\$20</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая сумма, которую заплатит Мария</td> <td style="text-align: right;">\$2,820</td> </tr> </table>	Участие в оплате		Франшизы	\$1,900	Доплаты	\$900	Доля стоимости	\$0	Непокрываемые услуги		Ограничения или исключения	\$20	Общая сумма, которую заплатит Мария	\$2,820	<p>В данном примере Андрей должен будет заплатить:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Участие в оплате</th> </tr> <tr> <td>Франшизы</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td>Доплаты</td> <td style="text-align: right;">\$1,400</td> </tr> <tr> <td>Доля стоимости</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Непокрываемые услуги</th> </tr> <tr> <td>Ограничения или исключения</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая сумма, которую заплатит Андрей</td> <td style="text-align: right;">\$1,400</td> </tr> </table>	Участие в оплате		Франшизы	\$0	Доплаты	\$1,400	Доля стоимости	\$0	Непокрываемые услуги		Ограничения или исключения	\$0	Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$1,400	<p>В данном примере Анна должна будет заплатить:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Участие в оплате</th> </tr> <tr> <td>Франшизы</td> <td style="text-align: right;">\$100</td> </tr> <tr> <td>Доплаты</td> <td style="text-align: right;">\$800</td> </tr> <tr> <td>Доля стоимости</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Непокрываемые услуги</th> </tr> <tr> <td>Ограничения или исключения</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #00a0e3; color: white;">Общая сумма, которую заплатит Анна</td> <td style="text-align: right;">\$900</td> </tr> </table>	Участие в оплате		Франшизы	\$100	Доплаты	\$800	Доля стоимости	\$0	Непокрываемые услуги		Ограничения или исключения	\$0	Общая сумма, которую заплатит Анна	\$900
Участие в оплате																																												
Франшизы	\$1,900																																											
Доплаты	\$900																																											
Доля стоимости	\$0																																											
Непокрываемые услуги																																												
Ограничения или исключения	\$20																																											
Общая сумма, которую заплатит Мария	\$2,820																																											
Участие в оплате																																												
Франшизы	\$0																																											
Доплаты	\$1,400																																											
Доля стоимости	\$0																																											
Непокрываемые услуги																																												
Ограничения или исключения	\$0																																											
Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$1,400																																											
Участие в оплате																																												
Франшизы	\$100																																											
Доплаты	\$800																																											
Доля стоимости	\$0																																											
Непокрываемые услуги																																												
Ограничения или исключения	\$0																																											
Общая сумма, которую заплатит Анна	\$900																																											

План возьмет на себя оплату всех остальных расходов на покрываемые услуги, перечисленные в данных ПРИМЕРАХ.

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636 (TTY 711)**. You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at kp.org/wa/feedback. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

The notice of nondiscrimination is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F HHH Building, Washington, DC 20201; **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Help in your language

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-901-4636**로 전화해 주세요.(TTY 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់៖ បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-888-901-4636** までお電話ください。(TTY 711)。

አማርኛ (Amharic) ትኩረት፡ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርቆዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-901-4636** ይደውሉ (TTY 711)።

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** an (TTY 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-888-901-4636 (TTY 711).

International Symbol for ASL
(American Sign Language):



