

Краткое описание льгот РЕВВ на 2024 год



Обязательная процедура открытой
регистрации с 1 по 31 октября

 **pebb**
Public Employees' Benefit Board

Эта информация представляет собой лишь краткий обзор. Подробности см. в документах плана.

Сравнение сводных данных по планам стоматологического страхования РЕВВ на 2024 год

Поставщик плана стоматологического страхования	Kaiser Dental	Delta Dental PPO		Delta Dental Premier ¹	Willamette Dental Group ⁷	Kaiser Dental	Delta Dental Premier ¹
Форма занятости	Полная и частичная	Полная и частичная		Полная и частичная	Полная и частичная	Только частичная	Только частичная
Сеть	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Участвующие поставщики услуг	Стоматологи группы Willamette Dental Group	Сеть Kaiser	Участвующие поставщики услуг
Франшиза: индивидуальная/семейная	Нет	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	Нет	Нет	\$50
Максимальная страховая сумма за год	\$1750	\$1750	\$1750	\$1750	Без максимальной страховой суммы за год ⁶	\$1250	\$1250
Диагностические и профилактические услуги	\$0 ²	0% ² , без франшизы	10% ² , без франшизы	0% ² , без франшизы	Покрывается доплатой за посещение клиники	\$0 ²	0% ²
Базовые услуги и поддерживающая терапия	Доплата \$5 + 20%	20% - 1 год ⁴ 10% - 2 год ⁴ 0% - 3 год ⁴	30%	20%	Доплата \$20 за пломбы, другие базовые услуги покрываются доплатой за посещение клиники	Доплата \$5 + 50%	50%
Коронки	Доплата \$5 + 25%	50%	50%	50%	Доплата \$250	Доплата \$5 + 50%	50%
Имплантаты	Доплата \$5 + 50%	50%	50%	50%	\$1500/год ⁵	Не покрывается	Не покрывается
Зубные протезы	Доплата \$5 + 50%	50%	50%	50%	Доплата \$290	Доплата \$5 + 50%	50%
Ортодонтия	Доплата \$5 + 50%, до \$1500 пожизненно ³	50%, до \$1500 пожизненно ³	50%, до \$1800 пожизненно ³	50%, до \$1800 пожизненно ³	Доплата \$2500	Не покрывается	Не покрывается

¹ Участники могут пользоваться услугами любых лицензированных поставщиков, сотрудничающих с планом Premier, и получать льготное обслуживание. Однако поставщики услуг, не сотрудничающие с планом, могут выставить счет на сумму, превышающую максимальную сумму, предусмотренную планом.

² Профилактические услуги не включаются в годовой максимальный размер льгот по плану.

³ Максимальное пожизненное страховое покрытие в размере \$1500 (Kaiser) и \$1500 (Delta Dental) не зависит от максимального годового покрытия в размере \$1750.

⁴ Выплаты пособий увеличиваются на 10% каждый год действия плана при условии, что участник воспользовался услугами поставщика Delta Dental PPO хотя бы один раз в течение года действия плана.

⁵ Только для имплантирования.

⁶ Пособия на установку имплантатов имеют максимальный размер.

⁷ За каждое посещение клиники взимается дополнительная плата в размере \$10, за исключением первого профилактического визита нового пациента для участников, которые ранее не посещали поставщика услуг, сотрудничающего с планом.

Базовый план Vision Services Plan (VSP)			
Льгота	Описание	Доплата	Частота
Проверка зрения	Фокус на здоровье глаз и общее самочувствие	\$10	Каждый календарный год
Очки по рецепту		\$25	См. оправы и линзы
Оправы	<ul style="list-style-type: none"> Компенсация \$150 на широкий выбор оправ Компенсация \$170 на представленные бренды оправ Экономия 20% от суммы, превышающей компенсацию Компенсация \$150 на оправы Walmart*/Sam's Club* Компенсация \$80 на оправы Costco* 	В комплекте с рецептурными очками	Каждый календарный год
Линзы	<ul style="list-style-type: none"> Монофокальные, бифокальные и трифокальные линзы Ударопрочные линзы для детей, находящиеся на иждивении 	В комплекте с рецептурными очками	Каждый календарный год
Дополнительные возможности линз	<ul style="list-style-type: none"> Стандартные прогрессивные линзы Прогрессивные линзы премиум-класса Прогрессивные линзы по индивидуальному заказу Средняя экономия 40% на другие дополнительные возможности линз 	\$0 \$80–\$90 \$120–\$160	Каждый календарный год
Контактные линзы (вместо очков)	<ul style="list-style-type: none"> Компенсация \$200 на контактные линзы; совместная оплата не применяется Осмотр для контактных линз (подбор и оценка) Экономия 15% на осмотр для контактных линз (подбор и оценка) 	До \$60	Каждый календарный год
Lightcare	<ul style="list-style-type: none"> Компенсация \$150 на покупку готовых безрецептурных солнцезащитных очков или очков с синим светофильтром вместо рецептурных очков или контактных линз 	\$25	Каждый календарный год
Терапия для улучшения зрения	<ul style="list-style-type: none"> Полное покрытие стоимости оценки зрения. Скидка 75% на одобренную терапию, до \$750 в год. 	Скидка 25% на одобренную терапию	Каждые 12 месяцев
План VSP Plus (включает страховое покрытие Базового плана)			
Льгота	Описание	Доплата	Частота
Оправы	<ul style="list-style-type: none"> Компенсация \$225 на широкий выбор оправ Компенсация \$245 на представленные бренды оправ Экономия 20% от суммы, превышающей компенсацию Компенсация \$225 на оправы Walmart*/Sam's Club* Компенсация \$125 на оправы Costco* 	В комплекте с рецептурными очками	Каждый календарный год
Линзы	<ul style="list-style-type: none"> Антибликовые покрытия и прогрессивные линзы премиум-класса и выполненные по индивидуальному заказу Стандартные прогрессивные линзы 	Полное покрытие каждого варианта после \$20 участия в оплате \$0	Каждый календарный год
Lightcare	<ul style="list-style-type: none"> Компенсация \$225 на покупку готовых безрецептурных солнцезащитных очков или очков с синим светофильтром вместо рецептурных очков или контактных линз 	\$25	Каждый календарный год
Скрининг сетчатки глаза	Системы визуализации высокого разрешения делают снимки внутренней поверхности глаза.	\$10	Каждый календарный год
<p>Обратите внимание, что льготы на офтальмологическое обслуживание Kaiser Permanente включены в страховое покрытие медицинских услуг и указаны в сводной таблице медицинских услуг.</p>			

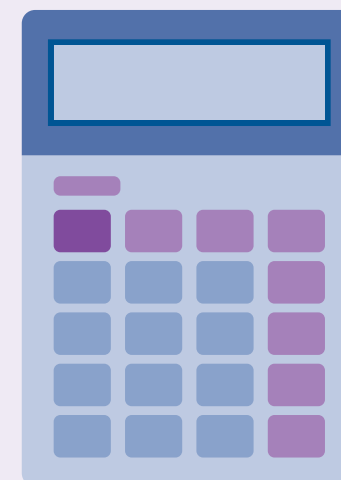
Какие ежемесячные страховые взносы я буду платить?

Работодатель оплачивает большую часть ежемесячных страховых взносов за ваши основные льготы (медицинские, стоматологические, офтальмологические услуги). Многие сотрудники оплачивают лишь от 1 до 5% этих ежемесячных расходов, в зависимости от:

- учреждения или университета, где вы работаете
- выбранного вами плана
- места проживания
- формы занятости (полная или частичная)

Используйте калькулятор взносов, чтобы рассчитать примерную сумму ежемесячных платежей.

► PEBBPremiumEstimator.com



Планы медицинского страхования для работников с полной и частичной занятостью

Поставщик плана медицинского страхования	Kaiser Deductible		Kaiser Traditional		Координированное медицинское обслуживание Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (медицинский дом)	
Форма занятости	Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная	
Сеть	Сеть Kaiser	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом ¹³	Не сотрудничающие с планом	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹
Стандартная франшиза ²	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$0	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи
Дополнительная франшиза для участников, не участвующих в программе НЕМ, применяется ко всем услугам, если не указано иное	\$100 с человека, \$300 с семьи	\$100 с человека, \$300 с семьи	\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи	
Максимальный размер фактических расходов (некоторые вычеты, доплаты, услуги не применяются)	\$1500 с человека, \$4500 с семьи	\$600 с человека, \$1 200 с семьи	\$1500 с человека, \$4500 с семьи	\$4000 с человека, \$12 000 с семьи	\$1900 с человека, \$5700 с семьи	\$4800 с человека, \$14 400 с семьи	\$1500 с человека, \$4500 с семьи	\$4000 с человека, \$12 000 с семьи	\$1500 с человека, \$4500 с семьи	\$4000 с человека, \$12 000 с семьи
Посещение основного лечащего врача	\$5, франшиза не взимается	\$5	\$10 ¹³ за первые четыре посещения, франшиза не взимается	30%	15% или 10% ³ за первые четыре посещения, франшиза не взимается	30%	\$10 за первые четыре посещения, франшиза не взимается	30%	\$10 за первые четыре посещения, франшиза не взимается	30%
Посещение врача для лечения хронического заболевания ⁴	\$5, франшиза не взимается	\$5	\$0, франшиза не взимается	30%	0%, франшиза не взимается	30%	\$0, франшиза не взимается	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Посещение врача-специалиста	\$5 по направлению врача, франшиза не взимается	\$5 по направлению врача	\$10	30%	15%	30%	\$10	30%	\$10	30%
Амбулаторная психиатрическая помощь	\$5, франшиза не взимается	\$5	\$10, франшиза не взимается	30%	15%, франшиза не взимается	30%	\$10, франшиза не взимается	30%	\$10, франшиза не взимается	30%

Планы медицинского страхования для сотрудников с полной и частичной занятостью — продолжение

Поставщик плана медицинского страхования	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Координированное медицинское обслуживание Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (медицинский дом)	
Форма занятости	Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная	
Сеть	Сеть Kaiser	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом ¹³	Не сотрудничающие с планом	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹
Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	30%	0%, франшиза не взимается	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Дородовые и послеродовые услуги	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	30%	0%, франшиза не взимается	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Услуги по охране материнства и профессиональные услуги по родовспоможению	Роды в стационаре, зависит от тарифа стационара	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	\$0, франшиза не взимается	30%	15%	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Стоимость услуг родильного отделения	Включена в услуги по охране материнства и профессиональные услуги по родовспоможению	Включена в услуги по охране материнства и профессиональные услуги по родовспоможению	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы
Услуги по лечению бесплодия	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников	См. руководство для участников
Услуги по профилактике заболеваний	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	30%	0%, франшиза не взимается	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Лабораторные анализы и рентген	\$15, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	30%	15%	30%	\$0, франшиза не взимается	30%
Стационар на одну госпитализацию ¹¹	\$50 в день, максимум до \$250	\$50 в день, максимум до \$250	\$50 в день, максимум до \$250	\$500 + 40%	15%	\$500 + 40%	\$50 в день, максимум до \$250	\$500 + 40%
Амбулаторная хирургия в условиях стационара ¹¹	15%	\$5	\$10	\$100 + 40%	15%	\$100 + 40%	\$10	\$100 + 40%
Пункт неотложной помощи	\$25, франшиза не взимается	\$5	\$25	\$25	15%	15%	\$25	\$25
Отделение неотложной помощи ⁵	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150 + 15%	\$150 + 15%	\$150	\$150
Медицинское оборудование длительного пользования	15%, франшиза не взимается	\$0	15%	30%	15%	30%	15%	30%
Инсулин, препараты для больных диабетом	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается ¹⁴	\$0, франшиза не взимается ¹⁴	0%, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается
Уровень дополнительных расходов (доплата \$100 ⁶ /доплата \$500 ⁷ — не применяется к Kaiser)	\$100, франшиза не применяется для специализированных исследований и исследований сна	\$100 только для специализированных исследований и исследований сна	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 30%/ \$500 ⁷ + 30%	\$100 ⁶ + 15%/ \$500 ⁷ + 15%	\$100 ⁶ + 30%/ \$500 ⁷ + 30%	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 30%/ \$500 ⁷ + 30%

Планы медицинского страхования для сотрудников с полной и частичной занятостью — продолжение

Поставщик плана медицинского страхования	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Координированное медицинское обслуживание Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (медицинский дом)	
Форма занятости	Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная		Полная и частичная	
Сеть	Сеть Kaiser	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом ¹³	Не сотрудничающие с планом	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹
Мануальная терапия позвоночника и акупунктура ¹¹	\$10; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	\$10; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	\$10; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	30%; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	15%, не более 60 услуг в год в совокупности. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	30%, не более 60 услуг в год в совокупности. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	\$10; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений. Акупунктура: годовой лимит 12 посещений. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	30%; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений. Акупунктура: годовой лимит 12 посещений. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов
Услуги массажной терапии ^{11,12}	\$25, франшиза не взимается; максимум 12 посещений в год	Н/П	\$10, максимум до \$1000 в год	30%, максимум до \$1000 в год	15%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	30%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	\$10, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	30%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов
Плановая проверка зрения	\$5, франшиза не взимается	\$5	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Компенсация на оборудование для зрения	\$200/год	\$200/год	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Рецептурные препараты Все планы содержат формуляры, в которых перечислены лекарственные препараты, на которые распространяется страховое покрытие. Обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы получить копию формуляра или узнать, включен ли препарат в страховое покрытие.	<ul style="list-style-type: none"> Без франшизы Доплаты накапливаются до макс. суммы фактических расходов \$5, генерические препараты \$25, оригинальные препараты 50%, максимум до \$100 на препараты, не зарегистрированные в формуляре лекарственных препаратов \$50, специализированные препараты Заказ по почте: 1 доплата за запас на срок до 90 дней, \$5 за генерический препарат, \$25 за препарат, зарегистрированный в формуляре лекарственных препаратов, 50% максимум до \$100 за препарат, не зарегистрированный в формуляре лекарственных препаратов 	<ul style="list-style-type: none"> Без франшизы Доплаты накапливаются до макс. суммы фактических расходов \$1, генерические препараты \$15, оригинальные препараты \$50, специализированные препараты Заказ по почте: 1 доплата за 90-дневный запас, \$1 за генерический препарат, \$15 за оригинальный препарат 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза \$50 с человека, \$150 с семьи⁸ \$1000 с человека, макс. сумма фактических расходов⁹ Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$10, генерические препараты \$30, предпочтительные, оригинальные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса \$10, генерические, специализированные препараты \$100, оригинальные, специализированные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом; применяется макс. сумма фактических расходов Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$10, генерические препараты \$30, предпочтительные, оригинальные препараты \$100, специализированные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса Участник оплачивает разницу между тарифом в сети и суммой выставленного счета 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза \$50 с человека, \$150 с семьи⁸ \$1000 макс. сумма фактических расходов⁹ Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$10, генерические препараты \$30, оригинальные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса \$20, генерические, специализированные препараты \$100, оригинальные, специализированные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> Срочные, экстренные и за границей Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом; применяется макс. сумма фактических расходов Возмещается как при обращении к поставщику, сотрудничающему с планом; участник оплачивает разницу между соответствующим тарифом и суммой выставленного счета 	<ul style="list-style-type: none"> Срочные, экстренные и за границей Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом; применяется макс. сумма фактических расходов Возмещается как при обращении к поставщику, сотрудничающему с планом; участник оплачивает разницу между соответствующим тарифом и суммой выставленного счета 	

Планы медицинского страхования только для сотрудников с частичной занятостью

Поставщик плана медицинского страхования	Kaiser Deductible		Kaiser Traditional		Координированное медицинское обслуживание Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (медицинский дом)	
Форма занятости	Только частичная		Только частичная		Только частичная		Только частичная		Только частичная	
Сеть	Сеть Kaiser	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом ¹³	Не сотрудничающие с планом	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹
Стандартная франшиза ²	\$250 с человека, \$750 с семьи	\$0	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$1000 с человека, \$3000 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$1000 с человека, \$3000 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$1000 с человека, \$3000 с семьи	\$500 с человека, \$1500 с семьи	\$1000 с человека, \$3000 с семьи
Дополнительная франшиза для участников, не участвующих в программе НЕМ, применяется ко всем услугам, если не указано иное	\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи		\$100 с человека, \$300 с семьи	
Максимальный размер фактических расходов (некоторые вычеты, доплаты, услуги не применяются)	\$1500 с человека, \$4500 с семьи	\$1500 с человека, \$3000 с семьи	\$2500 с человека, \$7500 с семьи	\$6000 с человека, \$18 000 с семьи	\$3200 с человека, \$9600 с семьи	\$7500 с человека, \$22 500 с семьи	\$2500 с человека, \$7500 с семьи	\$6000 с человека, \$18 000 с семьи	\$2500 с человека, \$7500 с семьи	\$6000 с человека, \$18 000 с семьи
Посещение основного лечащего врача	\$30, франшиза не взимается	\$30	\$40 ¹³ за первые четыре посещения, франшиза не взимается	50%	20% или 15% за первые четыре посещения, франшиза не взимается	50%	\$40 за первые четыре посещения, франшиза не взимается	50%	\$40 за первые четыре посещения, франшиза не взимается	50%
Посещение врача для лечения хронического заболевания ⁴	\$30, франшиза не взимается	\$30	\$0, франшиза не взимается	50%	0%, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%
Посещение врача-специалиста	\$30 по направлению врача, франшиза не взимается	\$30 по направлению врача	\$40	50%	20%	50%	\$40	50%	\$40	50%
Амбулаторная психиатрическая помощь	\$30, франшиза не взимается	\$30	\$40, франшиза не взимается	50%	20%, франшиза не взимается	50%	\$40, франшиза не взимается	50%	\$40, франшиза не взимается	50%
Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	50%	0%, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%
Дородовые и послеродовые услуги	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	50%	0%, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%
Услуги по охране материнства и профессиональные услуги по родовспоможению	Роды в стационаре, зависит от тарифа стационара		\$0, франшиза не взимается	50%	20%	50%	\$0, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%
Стоимость услуг родильного отделения	Включена в услуги по охране материнства и профессиональные услуги по родовспоможению		Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы		Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы		Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы		Роды в стационарном отделении, зависит от тарифа больницы	
Услуги по лечению бесплодия	См. руководство для участников		См. руководство для участников		См. руководство для участников		См. руководство для участников		См. руководство для участников	
Услуги по профилактике заболеваний	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается	50%	0%, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%	\$0, франшиза не взимается	50%
Лабораторные анализы и рентген	\$20, франшиза не взимается	\$10	Quest labs — \$0, другие поставщики услуг — 20%	50%	20%	50%	20%, франшиза применяется	50%	20%, франшиза применяется	50%
Стационар на одну госпитализацию ¹¹	\$500	\$500	\$500	\$500 + 50%	20%	\$500 + 50%	\$500	\$500 + 50%	\$500	\$500 + 50%
Амбулаторная хирургия в условиях стационара ¹¹	20%	\$30	\$40 за посещение	\$100 + 50%	20%	\$100 + 50%	\$40 за посещение	\$100 + 50%	\$40 за посещение	\$100 + 50%
Пункт неотложной помощи	\$50	\$30	\$30	30%	20%	20%	\$40	20%	\$40	20%
Отделение неотложной помощи ⁵	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150 + 20%	\$150 + 20%	\$150	\$150 + 20%	\$150	\$150 + 20%

Планы медицинского страхования только для работников с частичной занятостью — продолжение

Поставщик плана медицинского страхования	Kaiser		Координированное медицинское обслуживание Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (медицинский дом)	
Форма занятости	Только частичная		Только частичная		Только частичная		Только частичная	
Сеть	Сеть Kaiser	Сеть Kaiser	Сотрудничающие с планом ¹³	Не сотрудничающие с планом	Сотрудничающие с планом	Не сотрудничающие с планом	Медицинский дом	Не сотрудничающие с планом ¹
Медицинское оборудование длительного пользования	50%, франшиза не взимается	50%	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Инсулин, препараты для больных диабетом	\$0, франшиза не взимается	\$0	\$0, франшиза не взимается ¹⁴	\$0, франшиза не взимается ¹⁴	\$0, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается	\$0, франшиза не взимается
Уровень дополнительных расходов (доплата \$100 ⁶ /доплата \$500 ⁷ — не применяется к Kaiser)	\$100, франшиза не применяется для специализированных исследований и исследований сна	\$100 только для специализированных исследований и исследований сна	\$100 ⁶ / \$500 ⁷	\$100 ⁶ + 50%/ \$500 ⁷ + 50%	\$100 ⁶ + 20%/ \$500 ⁷ + 20%	\$100 ⁶ + 50%/ \$500 ⁷ + 50%	\$100 ⁶ / \$500 ⁷	\$100 ⁶ + 50%/ \$500 ⁷ + 50%
Мануальная терапия позвоночника и акупунктура ¹¹	\$10; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	Н/П	\$40; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	50%; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	20%, не более 60 посещений в год в совокупности. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	50%, не более 60 посещений в год в совокупности. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	\$40; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений	50%; спинальная манипуляционная терапия: годовой лимит 20 посещений Акупунктура: годовой лимит 12 посещений
Услуги массажной терапии ^{11,12}	\$25, франшиза не взимается; максимум 12 посещений в год	Н/П	\$40, максимум до \$1000 в год	50%, максимум до \$1000 в год	20%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	50%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов	\$40 за посещение, максимум до \$1000 в год. Не применяется к макс. сумме фактических расходов	50%, максимум до \$1000. Не применяется к максимальной сумме фактических расходов
Плановая проверка зрения	\$30	\$30	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Компенсация на оборудование для зрения	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Рецептурные препараты Все планы содержат формуляры, в которых перечислены лекарственные препараты, на которые распространяется страховое покрытие. Обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы получить копию формуляра или узнать, включен ли препарат в страховое покрытие.	<ul style="list-style-type: none"> Без франшизы Доплаты накапливаются до макс. суммы фактических расходов \$10, генерические препараты \$25, оригинальные препараты \$50, специализированные препараты Заказ по почте: 2 доплаты на срок до 90 дней 	<ul style="list-style-type: none"> Без франшизы Доплаты накапливаются до макс. суммы фактических расходов \$10, генерические препараты \$25, оригинальные препараты \$50, специализированные препараты Заказ по почте: 2 доплаты на срок до 90 дней 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза \$50 с человека, \$150 с семьи⁸ \$1000 с человека, макс. сумма фактических расходов⁹ Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$20, генерические препараты \$50, предпочтительные, оригинальные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса \$20, генерические, специализированные препараты \$100, специализированные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом; применяется макс. сумма фактических расходов Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$20, генерические препараты \$50, предпочтительные, оригинальные препараты \$100, специализированные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса Участник оплачивает разницу между тарифом в сети и суммой выставленного счета 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза \$50 с человека, \$150 с семьи⁸ \$1000 макс. сумма фактических расходов⁹ Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$20, генерические препараты 40%, предпочтительные, оригинальные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса \$100, специализированные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> Срочные, экстренные и за границей Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом, применяется макс. сумма фактических расходов Возмещается как при обращении к поставщику, сотрудничающему с планом; участник оплачивает разницу между соответствующим тарифом и суммой выставленного счета 	<ul style="list-style-type: none"> Франшиза \$50 с человека, \$150 с семьи⁸ \$1000 макс. сумма фактических расходов⁹ Стоимость \$0, не зависит от франшизы¹⁰ \$20, генерические препараты \$50, предпочтительные, оригинальные препараты Доплата x 2,5 для 90-дневного запаса \$100, специализированные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> Срочные, экстренные и за границей Франшиза для поставщиков, сотрудничающих с планом, применяется макс. сумма фактических расходов Возмещается как при обращении к поставщику, сотрудничающему с планом; участник оплачивает разницу между соответствующим тарифом и суммой выставленного счета

Н/П — не применимо

1. Чтобы получать льготы в сети обслуживания, участники должны выбрать медицинский дом в плане, уведомить план о своем выборе, а затем обращаться к поставщикам услуг из этого медицинского дома или специалистам, сотрудничающим со страховым планом. В противном случае льготы, как правило, требуют более высоких затрат или могут не покрываться страховкой. Ознакомьтесь со списком медицинских домов на веб-сайте плана.
2. Все планы медицинского страхования имеют стандартную франшизу (кроме Kaiser Traditional). В планах Kaiser с франшизой она не применяется к дополнительным услугам; более подробную информацию см. в сводной информации о льготах.
3. Участники плана Providence Statewide, чей поставщик услуг, сотрудничающий с планом, был одобрен Управлением здравоохранения штата Орегон в качестве центра первичной медицинской помощи, ориентированного на пациентов, будут иметь более низкий коэффициент сострахования.
4. Это посещения врача для лечения астмы, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и хронической сердечной недостаточности. Франшиза не подлежит вычету для поставщиков услуг, сотрудничающих с планом.
5. Суммы участия в оплате за использование услуг отделения неотложной помощи больницы не взимаются, если участник плана госпитализирован для стационарного лечения. Сюда не входит госпитализация для наблюдения. Совместная оплата не учитывается при расчете максимальной суммы

фактических расходов, за исключением планов Kaiser. Применяется франшиза по плану.

6. Эти процедуры включают: МРТ, КТ, ПЭТ и ОФЭКТ; исследования сна; спинальные инъекции; эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта; бурсэктомия; операция по исправлению молоткообразного искривления пальца ноги и удаление невромы Мортона. Совместная оплата не учитывается при расчете максимальной суммы фактических расходов. Не применяется к процедурам, связанным с лечением рака. Эти процедуры могут использоваться чаще, чем это оправдано с учетом их рисков и преимуществ. За каждую оплачиваемую услугу взимается одна доплата. Если в рамках одного визита предоставляется более одной услуги, возможно взимание нескольких доплат.
7. Это хирургические процедуры по замене или шлифовке тазобедренного или коленного сустава, артроскопия коленного или плечевого сустава, бариатрическая хирургия, операции на позвоночнике и хирургия синусов. Совместная оплата не применяется к максимальной сумме фактических расходов. Не применяется к процедурам, связанным с лечением рака. Эти процедуры могут иметь альтернативы, обеспечивающие равные или лучшие результаты при меньших рисках и затратах.
8. Франшиза на рецептурные препараты составляет \$50 с человека или \$150 с семьи, состоящей из трех и более человек. Она применяется отдельно от франшизы за медицинские услуги.
9. Максимальная сумма фактических расходов на рецептурные препараты составляет \$1000 с человека

и \$3000 с семьи. Она накапливается отдельно от максимальной суммы фактических расходов на медицинское обслуживание.

10. Все планы содержат формуляры, в которых перечислены лекарственные препараты, на которые распространяется страховое покрытие. Как правило, наиболее выгодными являются генерические препараты, которые используются для лечения наиболее распространенных хронических заболеваний.
11. Доплаты и сострахование не учитывается при расчете максимальной суммы фактических расходов, за исключением Kaiser.
12. Поставщики Moda и Providence, не сотрудничающие с планом, могут выставить счет на сумму, превышающую максимальную сумму, предусмотренную планом.
13. Участники должны выбрать врача РСР 360 в плане Moda и обращаться к нему за всеми услугами первичной медицинской помощи, чтобы они покрывались страховкой, предусмотренной поставщиками услуг, сотрудничающих с планом.
14. Инсулиновые помпы/принадлежности не применяются. Эта льгота предоставляется в рамках программы «Медицинское оборудование длительного пользования».

Настоящий документ предназначен только для сравнения планов и не претендует на полное описание преимуществ каждого плана. Более подробную информацию о страховом покрытии см. в руководстве участника / справочнике страхователя. В случае любых противоречий между данным сравнением и вашим руководством участника, преимущественную силу имеет руководство участника / справочник страхователя.



Вы можете получить текст настоящего документа на другом языке, набранный крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в удобном для вас формате. Свяжитесь с РЕВВ по телефону 503-373-1102 (голос/текстовые сообщения) или электронной почте pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Мы принимаем все ретрансляционные звонки.