



ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (The Summary of Benefits and Coverage, SBC) في اختيار خطة صحية. وستوضح لك كيف ستتشارك أنت والخطة في تكلفة خدمات الرعاية الصحية الخاضعة للتغطية. ملحوظة: سيتم توفير المعلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى القسط) بشكل منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك، أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، [تدرج معلومات الاتصال]. للتعريفات العامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، أو موازنة القواتير، أو التأمين الجزئي، أو المشاركة في الدفع، أو المبلغ المستقطع، أو موفر الخدمة، أو المصطلحات الأخرى التي تحتها خط، انظر المسرد. يمكنك الاطلاع على المسرد على [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) أو الاتصال على 1-800-[insert] لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	الإجابات	أهمية ذلك:
ما إجمالي <u>المبالغ المستقطعة</u> ؟	\$	
هل توجد خدمات خاضعة للتغطية قبل استيفائك <u>للمبلغ المستقطع</u> ؟		
هل هناك <u>مبالغ مستقطعة</u> أخرى لخدمات محددة؟	\$	
ما <u>حد المصاريف النثرية</u> لهذه <u>الخطة</u> ؟	\$	
ما الذي لا يتم تضمينه في <u>حد المصاريف النثرية</u> ؟		
ستدفع أقل إذا كنت تستعين <u>بموفر خدمات تابع للشبكة</u> ؟		
هل تحتاج إلى <u>إحالة</u> لزيارة <u>أخصائي</u> ؟		



ترد جميع تكاليف المشاركة في الدفع و التأمين الجزئي الموضحة في هذا الجدول بعد استيفاء المبلغ المستقطع، حال انطباق المبلغ المستقطع.

القيود والاستثناءات، وغيرها من المعلومات المهمة	المبلغ الذي ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاج إليها	الأحداث الطبية الشائعة
	موفر خدمات غير تابع للشبكة (ستدفع أعلى قيمة)	موفر خدمات تابع للشبكة (ستدفع أقل قيمة)		
			زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض <u>زيارة أخصائي</u> <u>الرعاية الوقائية/الفحص الصحي الشامل/</u> التحصين	عند زيارتك لمكتب أو عيادة <u>موفر</u> الرعاية الصحية
			<u>الاختبار التشخيصي</u> (الأشعة السينية، وفحص الدم) التصوير التشخيصي (الأشعة المقطعية [Computed Tomography CT]/التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني، [Positron Emission Tomography, PET]، والرنين المغناطيسي)	إذا كنت ستخضع لاختبار
			الأدوية البديلة	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك تتوفر المزيد من المعلومات حول <u>تغطية الأدوية المقررة</u> <u>بوصفة طبية</u> على www.[insert].com
			الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	
			الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	
			<u>الأدوية المتخصصة</u>	
			رسوم المرفق (مثل مركز جراحات اليوم الواحد) رسوم الطبيب/الجراح	إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادات الخارجية
			<u>رعاية غرفة الطوارئ</u> <u>خدمات النقل لحالات الطوارئ</u> <u>الرعاية العاجلة</u>	إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية
			رسوم المرفق (مثل غرفة المستشفى) رسوم الطبيب/الجراح	إذا كنت ستقيم في المستشفى
			خدمات العيادات الخارجية	إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو خدمات إدمان المخدرات
			الخدمات داخل المستشفى	

القيد والاستثناءات، وغيرها من المعلومات المهمة	المبلغ الذي ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاج إليها	الأحداث الطبية الشائعة
	موفر خدمات غير تابع للشبكة (ستدفع أعلى قيمة)	موفر خدمات تابع للشبكة (ستدفع أقل قيمة)		
			زيارات العيادات	إذا كنت حاملاً
			خدمات الولادة/التوليد المتخصصة	
			خدمات مرفق الولادة/التوليد	
			الرعاية الصحية المنزلية	إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى
			خدمات إعادة التأهيل	
			خدمات التأهيل	
			الرعاية التمريضية المتخصصة	
			المعدات الطبية المعمرة	
			خدمات رعاية المسنين	
			فحص العيون للأطفال	إذا كان طفلك يحتاج إلى العناية بالأسنان أو العناية بالعيون
			نظارات الأطفال	
			فحص الأسنان للأطفال	

الخدمات المستثناة والخدمات الخاضعة للتغطية الأخرى:

الخدمات التي لا تغطيها **الخطة** (تحقق من سياستك أو وثيقة **الخطة** لمزيد من المعلومات ولقائمة بأي **خدمات أخرى مستثناة**.)

-
-
-

الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه القائمة ليست كاملة. يرجى الاطلاع على وثيقة **الخطة**.)

-
-
-

حقوقك في استمرار التغطية: توجد وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في استمرار التغطية بعد انتهائها. معلومات الاتصال لهذه الوكالات هي: [insert State, HHS, DOL], **and/or other applicable agency contact information**. قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، بما في ذلك شراء تغطية تأمين فردية من خلال **التأمين الصحي السوق**. لمزيد من المعلومات حول **السوق**، يرجى زيارة www.HealthCare.gov أو الاتصال على 1-800-318-2596.

حقوقك في تقديم تظلمات أو طعون: توجد وكالات أخرى يمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد **الخطة** بسبب رفضها **لمطالبة** قدمتها. تسمى هذه الشكوى **تظلم** أو **طعن**. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، انظر إلى شرح المزاي التي ستلتقها لهذه **المطالبة** الطبية. كما توفر وثائق **خطتك** معلومات كاملة لكيفية تقديم **المطالبة**، أو **الطعن**، أو **التظلم** لأي سبب إلى **خطتك**. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، أو هذا الإشعار، أو المساعدة، يرجى الاتصال على: [insert applicable contact information from instructions].

هل توفر هذه **الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ [نعم/لا]**

عادة ما يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية **الخطط**، **والتأمين الصحي** المتاحين من خلال **السوق** أو غيرها من سياسات السوق الفردية، وبرنامج Medicare و Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program, CHIP) و TRICARE، وتغطية أخرى محددة. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من **الحد الأدنى من التغطية الأساسية**، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على **الخصومات الضريبية المميزة**.

هل تفي هذه **الخطة** بمعايير **الحد الأدنى؟ [نعم/لا/غير قابل للتطبيق]**

إذا كانت **خطتك** لا تفي بمعايير **الحد الأدنى**، فقد تكون مؤهلاً للحصول على **مبلغ ائتمان ضريبي لسداد القسط** لمساعدتك في دفع تكاليف **خطة** ما من خلال **السوق**.

[* لمزيد من المعلومات حول القيود والاستثناءات، راجع **الخطة** أو وثيقة السياسة على [www.insert.com].]

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Janx kaeqv waac (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码[dorh fonh nam mber bieqc naaiv].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' [insert telephone number].]

للاطلاع على نماذج لكيفية تغطية هذه الخطة لتكاليف حالات طبية نموذجية، راجع القسم التالي.

إقرار ذممة: وفقًا لقانون تقليل الأعمال الورقية (The Paperwork Reduction Act, PRA) لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم يعرض رقم التحكم الصحيح لمكتب الإدارة والموازنة (Office of Management and Budget, OMB). رقم التحكم لمكتب الإدارة والموازنة الصالح لجمع المعلومات هو **0938-1146**. ويقدر الوقت اللازم لإنجاز عملية جمع المعلومات هذه بمتوسط **0.08** ساعة لكل رد، بما في ذلك الوقت اللازم لاستعراض التعليمات، والبحث عن موارد البيانات الموجودة، وجمع البيانات اللازمة، واستكمال جمع المعلومات واستعراضها. إذا كانت لديك تعليقات بشأن دقة تقديرات الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland.



لا تُعد هذه النماذج وسيلة لتقدير التكلفة. لا تمثل العلاجات المعروضة سوى نماذج على كيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستكون تكاليفك الفعلية مختلفة حسب الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يتقاضاها موفرو الخدمات والعديد من العوامل الأخرى. صُب تركيزك على مبالغ مشاركة التكاليف (المبالغ المستقطعة، ومبالغ المشاركة في الدفع والتأمين الجزئي) والخدمات المستثناة بموجب الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة حصة التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطة صحية مختلفة. يرجى الملاحظة أن نماذج التغطية هذه مبنية على التغطية الذاتية فقط.

كسر Mia البسيط

(زيارة غرفة الطوارئ التابعة للشبكة ومتابعة الرعاية)

- إجمالي المبالغ المستقطعة للخطة \$
- الأخصائي [مشاركة التكاليف] \$
- المستشفى (المرفق) [مشاركة التكاليف] %
- غير ذلك [مشاركة التكاليف] %

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
رعاية غرفة الطوارئ (متضمنة المعدات الطبية)
الاختبار التشخيصي (الأشعة السينية)
المعدات الطبية المُعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إجمالي التكلفة النموذجية \$ 2,800

في هذا النموذج، ستدفع Mia:

مشاركة التكاليف

\$	<u>المبالغ المستقطعة</u>
\$	<u>مبالغ المشاركة في الدفع</u>
\$	<u>التأمين الجزئي</u>
\$	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$	القيود أو الاستثناءات
\$	إجمالي المبلغ الذي ستدفعه Mia

إدارة داء السكري من النوع 2 لدى Joe

(عام من الرعاية الروتينية التابعة للشبكة لحالة تتم متابعتها جيداً)

- إجمالي المبالغ المستقطعة للخطة \$
- الأخصائي [مشاركة التكاليف] \$
- المستشفى (المرفق) [مشاركة التكاليف] %
- غير ذلك [مشاركة التكاليف] %

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
 زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التوعية بالمرض)
الاختبارات التشخيصية (فحص الدم)
الأدوية المقررة بوصفة طبية
المعدات الطبية المعمرة (مقياس الغلوكوز)

إجمالي التكلفة النموذجية \$ 5,600

في هذا النموذج، سيدفع Joe:

مشاركة التكاليف

\$	<u>المبالغ المستقطعة</u>
\$	<u>مبالغ المشاركة في الدفع</u>
\$	<u>التأمين الجزئي</u>
\$	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$	القيود أو الاستثناءات
\$	إجمالي المبلغ الذي سيدفعه Joe

ستزق Peg بمولود

(9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة والولادة بالمستشفى التابعين للشبكة)

- إجمالي المبالغ المستقطعة للخطة \$
- الأخصائي [مشاركة التكاليف] \$
- المستشفى (المرفق) [مشاركة التكاليف] %
- غير ذلك [مشاركة التكاليف] %

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
 زيارات عيادة الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة)
 خدمات الولادة/التوليد التخصصية
 خدمات مرفق الولادة/التوليد
الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحص الدم)
 زيارة الأخصائي (التخدير)

إجمالي التكلفة النموذجية \$ 12,700

في هذا النموذج، ستدفع Peg:

مشاركة التكاليف

\$	<u>المبالغ المستقطعة</u>
\$	<u>مبالغ المشاركة في الدفع</u>
\$	<u>التأمين الجزئي</u>
\$	الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$	القيود أو الاستثناءات
\$	إجمالي المبلغ الذي ستدفعه Peg

تُعد الخطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى لهذه الخدمات النموذجية الخاضعة للتغطية.