خلاصه ای از مزایا و پوشش بیمه: مواردی که تحت پوشش این طرح هستند و آنچه که شما برای خدمات تحت پوشش پرداخت می کنید **دوره بیمه: [به دستورالعمل ها مراجعه کنید]**

_____ : _____ **پوشش بیمه برای:** _____ | **نوع طرح:** _____

در سند "خلاصه مزایا و پوشش بیمه" (Summary of Benefits and Coverage, SBC)، به شما کمک می شود یک طرح سلامت انتخاب کنید. در SBC نحوه تقسیم هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بین شما و طرحتان توضیح داده شده است. نکته: اطلاعات مربوط به هزینه این طرح (به آن حق بیمه گفته می شود) به صورت جداگانه ارائه خواهد شد.

این فقط یک خلاصه ا ست. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمه یا دریافت یک نسخه کامل از شرایط پوشش بیمه [اطلاعات تماستان را وارد کنید]. برای مشاهده تعریف کلی از عبارت های معمول، مانند مبلغ مجاز،صورتحساب پرداخت باقیمانده هزینه، سهم بیمه،پرداخت مشترک،کسورات،ارائه دهندهیا سایر عبارت هایی که زیر آنها خط کشیده شده است به واژه نامه مراجعه کنید. در آدرس www.[insert].com می توانید واژه نامه را مشاهده کنید یا برای دریافت یک کپی از آن با شماره 1-800-[insert] تماس بگیرید.

سؤال های مهم	پاسخ	چرا این مسئله مهم است:
مبلغ کلی کسورات چقدر است؟	$	
قبل از اینکه به سقف مبلغ کسورات تعیین شده برسید، خدماتی تحت پوشش قرار می گیرند؟		
آیا کسورات دیگری نیز برای خدمات ویژه و خاص وجود دارد؟	$	
محدودیت هزینه شخصی برای این طرح چقدر است؟	$	
چه مواردی در محدودیت هزینه شخصی لحاظ نشده است؟		
اگر از ارائه دهنده شبکه استفاده کنید مبلغ کمتری را پرداخت خواهید کرد؟		
آیا برای ویزیت شدن توسط متخصص به نامه ارجاع نیاز دارید؟		

کل مبلغ پرداخت مشترک و سهم بیمه در این نمودار نشان داده شده است و در صورتی که کسورات شامل حال شما شود، این مبلغ بعد از لحاظ شدن کسورات است.

رویداد پزشکی معمول	خدماتی که به آنها نیاز دارید	آنچه پرداخت می کنید		محدودیت ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم
		ارائه دهنده شبکه (شما کمترین مبلغ را پرداخت می کنید)	ارائه دهنده خارج از شبکه (شما بیشترین مبلغ را پرداخت می کنید)	
اگر برای ویزیت به کلینیک یا مطب ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت بروید	ویزیت با پزشک اولیه برای درمان بیماری یا جراحت			
	ویزیت با متخصص			
	مراقبت پیشگیرانه/غربالگری/ واکسیناسیون			
اگر آزمایش دارید	آزمایش تشخیص بیماری (x-ray ، آزمایش خون)			
	تصویربرداری (CT/PET اسکن، MRI)			
اگر برای درمان بیماری یا شرایط پزشکی به دارو نیاز دارید برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای تجویزی تحت پوشش به سایت www.[insert].com مراجعه کنید	داروهای عمومی			
	داروهای مارک برگزیده			
	داروهای مارک غیربرگزیده			
	داروهای خاص			
اگر جراحی سرپایی دارید	هزینه مرکز (مثل مرکز جراحی سرپایی)			
	هزینه پزشک/جراح			
اگر به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارید	بخش اورژانس			
	جابجایی پزشکی اورژانسی			
	مراقبت اورژانسی			
اگر در بیمارستان بستری هستید	هزینه مرکز (مثل اتاق بیمارستان)			
	هزینه پزشک/جراح			

[*برای کسب اطلاعات بیشتر درباره محدودیت ها و مواردی که مستثنی می شوند، به طرح یا سند مربوط به سیاست در این سایت مراجعه کنید: [www.insert.com].]

رویداد پزشکی معمول	خدماتی که به آنها نیاز دارید	آنچه پرداخت می کنید		محدودیت ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم
		ارائه دهنده شبکه (شما کمترین مبلغ را پرداخت می کنید)	ارائه دهنده خارج از شبکه (شما بیشترین مبلغ را پرداخت می کنید)	
اگر به خدمات سلامت روانی، رفتاری یا سوء مصرف مواد مخدر نیاز دارید	خدمات سرپایی			
	خدمات بستری			
اگر باردار هستید	ویزیت در مطب پزشک			
	خدمات حرفه ای زایمان/تولد نوزاد			
	خدمات مرکز در رابطه با زایمان/تولد نوزاد			
اگر برای بهبود به کمک نیاز دارید یا هرگونه نیاز خاص دیگر در زمینه سلامت دارید	خدمات مراقبت از سلامت در منزل			
	خدمات بازپروری			
	خدمات ارتقای کیفی بیمار			
	خدمات پرستاری تخصصی			
	جهیزات پزشکی ماندگار			
	خدمات آسایشگاهی			
اگر کودکتان به خدمات دندانپزشکی یا چشم پزشکی نیاز دارد	بررسی چشم کودک			
	عینک برای کودک			
	چک آپ دندان کودک			

خدماتی که شامل نمی شوند و سایر خدمات تحت پوشش:

خدماتی که طرح شما به طور کلی آنها را تحت پوشش قرار نمی دهد (سیاست یا سند طرحتان را برای کسب اطلاعات بیشتر و مشاهده لیستی از سرویس های مستثنی بررسی کنید.)		
•	•	•

سایر سرویس های تحت پوشش (محدودیت هایی که ممکن است در مورد این سرویس ها اعمال شوند. این لیست کامل نیست. لطفاً به سند طرحتان مراجعه کنید.)		
•	•	•

حقوق شما برای ادامه پوشش بیمه: سازمان هایی وجود دارند که در صورت تمایل به ادامه پوشش بیمه بعد از پایان آن می توانید از آنها کمک بگیرید. اطلاعات تماس این شرکت ها: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. سایر گزینه های مربوط به پوشش بیمه نیز ممکن است در اختیارتان قرار بگیرد، از جمله خرید پوشش بیمه فردی از طریق بازار بیمه سلامت. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره بازار از سایت www.HealthCare.gov دیدن کنید یا با شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید.

حقوق شما در مورد ارائه اعتراض و شکایت و درخواست بررسی مجدد: اگر درباره طرحتان به دلیل عدم پذیرش دعوی نیاز به ارائه شکایت دارید، سازمان هایی وجود دارند که در این زمینه به شما کمک خواهند به این شکایت، عدم رضایت یا درخواست بررسی مجدد گفته می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوقتان به توضیح مربوط به مزایا مراجعه کنید که

[*برای کسب اطلاعات بیشتر درباره محدودیت ها و مواردی که مستثنی می شوند، به طرح یا سند مربوط به سیاست در این سایت مراجعه کنید: [www.insert.com].]

برای **دعوی** پزشکی مربوطه دریافت خواهید کرد. اسناد مربوط به **طرح** نیز شامل اطلاعات کاملی در مورد ارائه **دعوی**، **درخواست بررسی مجدد** یا **عدم رضایت** است که به هر دلیل در رابطه با **طرح** وجود داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوقتان، این اعلامیه یا دریافت کمک و راهنمایی، با این آدرس تماس بگیرید: [insert applicable contact information from instructions].

آیا این طرح، حداقل طرح بیمه را ارائه می کند؟ [بله/نه]
اگر به مدت یک ماه حداقل طرح بیمه ندارید، وقتی برای برگشت مالیات فرم پر می کنید باید هزینه ای را پرداخت کنید مگر اینکه برای پوشش بیمه در آن ماه مشمول معافیت شوید.

آیا این طرح منطبق با حداقل مقدار استاندارد است؟ [بله/نه]
اگر **طرحتان** منطبق با **حداقل مقدار استاندارد** نباشد ممکن است برای **اعتبار مالیات بیمه** واجد شرایط باشید تا بتوانید از طریق **بازار** هزینه **طرح** را پرداخت کنید.

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]
Chinese(中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number]
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insert telephone number]

برای مشاهده مثال هایی از نحوه پوشش هزینه های یک شرایط پزشکی نمونه توسط این طرح، به بخش بعدی مراجعه کنید.

درباره این مثال های پوشش بیمه:

در این بخش هزینه ها به صورت تخمینی ارائه نمی شود. درمان هایی که نمایش داده می شوند فقط نمونه ای برای نمایش نحوه پوشش خدمات پزشکی توسط این طرح است. هزینه های واقعی بر اساس خدماتی که در واقع دریافت می کنید، قیمت هایی که توسط ارائه دهندگانتان هزینه می شود و بسیاری از عوامل دیگر متفاوت خواهند بود. به این موارد دقت کنید: مبلغ سهم پرداختی بیمار (کسورات، پرداخت مشترک و سهم بیمه) و خدماتی که در طرح تحت پوشش قرار نمی گیرند. با استفاده از این اطلاعات، سهم هزینه هایی که ممکن است در طرح های سلامت متختلف پرداخت کنید را با یکدیگر مقایسه کنید. لطفاً توجه داشته باشید این نمونه های پوشش بیمه مبتنی بر پوشش بیمه "فقط شخص" است.

سارا باردار است
(9 ماهه، با خدمات پیش از زایمان در شبکه و زایمان در بیمارستان)

- **کل کسورات طرح** $
- **متخصص** *[سهم پرداختی بیمار]* $
- **بیمارستان (مرکز)** *[سهم پرداختی بیمار]* %
- **سایر هزینه ها** *[سهم پرداختی بیمار]* %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:
ویزیت توسط متخصص در مطب *(مراقبت پیش از زایمان)*
خدمات حرفه ای زایمان/تولد نوزاد
خدمات مرکز در رابطه با زایمان/تولد نوزاد
آزمایش های تشخیص بیماری *(اولتراسوند و آزمایش خون)*
ویزیت با متخصص *(بیهوشی)*

کل هزینه نمونه	$

مبلغی که سارا در این مثال پرداخت خواهد کرد:

سهم پرداختی بیمار	
کسورات	$
پرداخت مشترک	$
سهم بیمه	$
مواردی که تحت پوشش قرار نمی گیرند	
محدودیت ها یا موارد مستثنی	$
مبلغ کل که سارا پرداخت می کند	$

مدیریت دیابت نوع 9 ژان
(یک سال خدمات درمانی معمول درون شبکه و شرایطی تحت کنترل)

- **کل کسورات طرح** $
- **متخصص** *[سهم پرداختی بیمار]* $
- **بیمارستان (مرکز)** *[سهم پرداختی بیمار]* %
- **سایر هزینه ها** *[سهم پرداختی بیمار]* %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:
ویزیت در مطب پزشک اولیه *(شامل آموزش در مورد بیماری)*
آزمایش تشخیص بیماری (آزمایش خون)
داروی تجویزی
جهیزات پزشکی ماندگار *(دستگاه قند خون)*

کل هزینه نمونه	$

مبلغی که ژان در این مثال پرداخت خواهد کرد:

سهم پرداختی بیمار	
کسورات	$
پرداخت مشترک	$
سهم بیمه	$
مواردی که تحت پوشش قرار نمی گیرند	
محدودیت ها یا موارد مستثنی	$
مبلغ کل که ژان پرداخت می کند	$

شکستگی ساده در مورد میا
(ویزیت در بخش اورژانس درون شبکه و مراقبت های بعدی)

- **کل کسورات طرح** $
- **متخصص** *[سهم پرداختی بیمار]* $
- **بیمارستان (مرکز)** *[سهم پرداختی بیمار]* %
- **سایر هزینه ها** *[سهم پرداختی بیمار]* %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:
مراقبت در بخش اورژانس *(شامل تجهیزات پزشکی)*
آزمایش تشخیص بیماری *(x-ray)*
جهیزات پزشکی ماندگار *(عصا)*
خدمات بازپروری *(درمان فیزیکی)*

کل هزینه نمونه	$

مبلغی که میا در این مثال پرداخت خواهد کرد:

سهم پرداختی بیمار	
کسورات	$
پرداخت مشترک	$
سهم بیمه	$
مواردی که تحت پوشش قرار نمی گیرند	
محدودیت ها یا موارد مستثنی	$
مبلغ کل که میا پرداخت می کند	$

مسئولیت پرداخت سایر هزینه های خدمات تحت پوشش در این مثال بر عهده طرح است.