

ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) على اختيار خطة صحية. يوضح SBC كيف ستتقاسم أنت و الخطة تكلفة خدمات الرعاية الصحية التي يتم تغطيتها. ملاحظة: سيتم توفير المعلومات بشأن تكلفة هذه الخطة (التي تسمى قسط التأمين) بشكل منفصل.



هذا ملخص فقط. للمزيد من المعلومات حول التغطية أو للحصول على نسخة من المصطلحات الكاملة للتغطية، [insert contact information]. للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، أو موازنة الفواتير، أو التأمين المشترك، أو مبلغ المشاركة في الدفع، أو مبلغ الخصم، أو موفر الخدمة، أو المصطلحات المؤكدة الأخرى، انظر القاموس. يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) أو الاتصال بالرقم 1-800-[insert] لطلب نسخة. [اختياري: الأسئلة: يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-[insert] أو زيارة موقعنا الإلكتروني [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) للحصول على مزيد من المعلومات، بما في ذلك نسخة من [plan's summary plan description / policy documents].

السبب في أهمية ذلك:	الأجوبة	الأسئلة المهمة
<p>[YES]: بوجه عام، يجب عليك تسديد جميع التكاليف بدءاً من <u>موفري الخدمات</u> وصولاً إلى <u>مبلغ الخصم</u> قبل أن تبدأ هذه <u>الخطة</u> في التسديد. [1. Family coverage with embedded deductible: If SBC portrays family coverage, add 1 or 2] إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون مندرجون في <u>الخطة</u>، يجب أن يستوفي كل فرد من أفراد العائلة <u>مبلغ الخصم</u> الخاص به حتى يستوفي المبلغ الإجمالي <u>لنققات التي تم خصمها</u>، والذي تم سداه من قبل كل أفراد العائلة، إجمالي <u>مبلغ الخصم</u> لكل أفراد العائلة. [2. Family coverage with non-embedded deductible: إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون مندرجون بالسياسة، يجب أن يُستوفي مبلغ الخصم الإجمالي للعائلة قبل أن تبدأ <u>الخطة</u> في السداد.</p>	\$	ما إجمالي <u>مبلغ الخصم</u> ؟
<p>[NO]: اطلع على جدول الأحداث الطبية الشائعة أدناه لتكاليف الخدمات التي <u>تغطيها</u> هذه الخطة.</p> <p>[YES]: تغطي هذه <u>الخطة</u> بعض الخدمات والعناصر حتى إذا لم تستوف بعد <u>مبلغ الخصم</u>. ولكن قد يتم تطبيق <u>المشاركة في الدفع</u> أو <u>التأمين المشترك</u>. [For non-grandfathered plans insert:] "على سبيل المثال، تغطي هذه <u>الخطة</u> بعض الخدمات <u>الوقائية</u> بدون <u>مشاركة التكاليف</u> وقبل استيفاء <u>مبلغ الخصم</u>. اطلع على قائمة <u>الخدمات الوقائية</u> التي يتم تغطيتها على الموقع الإلكتروني https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.</p> <p>[NO]: سيتوجب عليك استيفاء <u>مبلغ الخصم</u> قبل أن تسدد <u>الخطة</u> تكاليف أي خدمات.</p>	\$	هل هناك خدمات تم تغطيتها قبل استيفاء <u>مبلغ الخصم</u> الخاص بك؟
<p>[YES]: يجب عليك تسديد جميع التكاليف لهذه الخدمات حتى مبلغ <u>الخصم</u> المحدد قبل أن تبدأ <u>الخطة</u> في سداد تكاليف هذه الخدمات.</p> <p>[NO]: ليس عليك استيفاء <u>مبالغ الخصم</u> مقابل خدمات محددة.</p>		هل هناك <u>مبالغ خصم</u> أخرى مقابل خدمات معينة؟
<p>[YES]: إن <u>التكاليف النثرية</u> هي أقصى مبلغ يمكنك دفعه في السنة مقابل الخدمات التي يتم تغطيتها. [1. Family coverage with embedded MOOP: If SBC portrays family coverage, add 1 or 2] إذا كان لديك أي أفراد عائلة آخرين مندرجين في هذه <u>الخطة</u>، يجب عليهم استيفاء <u>التكاليف النثرية</u> الخاصة بكل فرد منهم حتى يتم استيفاء <u>التكاليف النثرية</u> للعائلة بأكملها. [2. Family coverage with non-embedded MOOP: إذا كان لديك أي أفراد عائلة آخرين مندرجين في هذه <u>الخطة</u>، يجب استيفاء <u>التكاليف النثرية</u> للعائلة بأكملها.</p> <p>[NO]: لا تشمل هذه <u>الخطة</u> أي <u>تكاليف نثرية</u> ضمن نفقاتك.</p>	\$	ما <u>التكاليف النثرية</u> بالنسبة لهذه <u>الخطة</u> ؟

<p>[YES]: على الرغم من سدادك هذه النفقات، فإنها لا تُحسب ضمن <u>التكاليف النثرية</u>.</p> <p>[NO]: لا تشمل هذه <u>الخطة</u> أي <u>تكاليف نثرية</u> ضمن نفقاتك.</p>	<p>ما لم يتم إدراجه في <u>التكاليف النثرية</u>؟</p>
<p>[YES]: [If simple network:] تستخدم هذه <u>الخطة</u> شبكة <u>موفري الخدمات</u>. ستدفع مبلغًا أقل إذا استخدمت <u>موفر خدمة</u> يعمل في <u>شبكة</u> الخطة. ستدفع أقصى مبلغ في حالة استخدام <u>موفر خدمة غير تابع للشبكة</u>، وستستلم فاتورة من <u>الموفر</u> لتوضيح الفرق بين رسوم الموفر وما تدفعه <u>الخطة</u> من (<u>موازنة الفواتير</u>). عليك إدراك أن <u>الموفر التابع للشبكة</u> قد يستخدم <u>موفرًا غير تابع للشبكة</u> من أجل بعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). تحقق مع <u>الموفر</u> قبل تلقي الخدمات.</p> <p>[If tiered network:] إنك تدفع أقل مبلغ في حالة استخدام <u>موفر الخدمة</u> تابع للشبكة [insert tier name]. إنك تدفع أقصى مبلغ في حالة استخدام <u>موفر غير تابع للشبكة</u>، وستستلم فاتورة من <u>الموفر</u> لتوضح الفرق بين رسوم <u>الموفر</u> وما تدفعه <u>الخطة</u> من (<u>موازنة الفواتير</u>). عليك إدراك أن <u>الموفر التابع للشبكة</u> قد يستخدم <u>موفرًا غير تابع للشبكة</u> لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). تحقق مع <u>الموفر</u> قبل تلقي الخدمات.</p> <p>[NO]: لا تستخدم هذه <u>الخطة</u> شبكة <u>موفري الخدمات</u>. يمكنك تلقي الخدمات التي يتم تغطيتها من أي <u>موفر خدمة</u>.</p>	<p>هل ستدفع مبلغًا أقل في حالة استخدام <u>موفر الخدمة التابع للشبكة</u>؟</p>
<p>[YES]: ستدفع هذه <u>الخطة</u> بعض التكاليف أو كلها لرؤية <u>أخصائي</u> من أجل الخدمات التي يتم تغطيتها ولكن فقط في حالة الحصول على <u>إحالة</u> قبل رؤية <u>الأخصائي</u>.</p> <p>[NO]: يمكنك رؤية <u>أخصائي</u> من اختيارك بدون <u>إحالة</u>.</p>	<p>هل أحتاج إلى <u>إحالة</u> لرؤية <u>أخصائي</u>؟</p>



كل تكاليف **المشاركة في الدفع** و**التأمين المشترك** الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء **مبلغ الخصم** إذا تم تطبيق **مبلغ الخصم**. [include only if plan has deductible]

الحدود، والاستثناءات، ومعلومات أخرى مهمة	ما ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاجها	حدث طبي شائع
	موفر [غير تابع للشبكة] (يتدفع المبلغ الأقصى)	موفر [تابع للشبكة] (ستدفع المبلغ الأقل)		
			زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض زيارة أخصائي الرعاية الوقائية/الفحص/التطعيم	إذا قمت بزيارة عيادة أو مكتب موفر للرعاية الصحية
			فحص تشخيصي (الأشعة السينية، وفحوصات الدم) التصوير (الأشعة المقطعية CT/PET، والتصوير بالرنين المغناطيسي)	في حالة الخضوع لفحص
			الأدوية المكافئة أدوية العلامات التجارية المفضلة	في حالة الحاجة إلى تناول أدوية لمعالجة المرض أو الحالة
			أدوية العلامات التجارية غير المفضلة أدوية مخصصة	تتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة بوصفة طبية على الموقع الإلكتروني www.[insert].com
			رسوم المرفق (مثال، مركز الجراحة الخارجي) رسوم الطبيب/الجراح	في حالة الخضوع لجراحة في عيادة خارجية
			الرعاية في غرفة الطوارئ وسائل النقل الطبية للحالات الطارئة رعاية عاجلة	في حالة الحاجة إلى الحصول على رعاية طبية فورية
			رسوم المرفق (مثال، غرفة المستشفى) رسوم الطبيب/الجراح	في حالة الحصول على إقامة بالمستشفى
			خدمات المرضى في عيادات خارجية خدمات المرضى الداخليين	إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية، أو الصحة السلوكية، أو تعاطي المخدرات

حدوث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	ما ستدفعه		الحدود، والاستثناءات، ومعلومات أخرى مهمة
		موفر [تابع للشبكة] (ستدفع المبلغ الأقل)	موفر [غير تابع للشبكة] (يتدفع المبلغ الأقصى)	
إذا كنت حاملاً	زيارات المكتب			
	الخدمات المتخصصة للولادة			
	خدمات مرافق الولادة			
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	الرعاية الصحية المنزلية			
	خدمات إعادة التأهيل			
	خدمات التأهيل			
	رعاية التمريض المتخصصة			
	الأجهزة الطبية المعمرة			
إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العيون	رعاية المسنين			
	فحص العيون للأطفال			
	نظارات طبية للأطفال			
	فحص الأسنان للأطفال			

الخدمات المستثناة وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية:

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بوجه عام (تحقق من تعليمات الخطة أو السياسة للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بأي خدمات مستثناة أخرى.)			
• خدمات التمريض الخصوصية	• علاج العقم	• الرعاية التكوينية للعمود الفقري	• الرعاية التكوينية للعمود الفقري
• الرعاية الروتينية للعين (للبالغين)	• الرعاية طويلة المدى	• الجراحة التجميلية	• الجراحة التجميلية
• الرعاية الروتينية للقدم	• الرعاية للحالات غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة.	• رعاية الأسنان (للبالغين)	• وسائل المساعدة السمعية
خدمات أخرى يتم تغطيتها (قد تُطبق الحدود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. الرجاء الإطلاع على تعليمات الخطة .)			
• برامج إنقاص الوزن	• جراحة لعلاج السمنة	• الوخز الإبري	• الوخز الإبري

حقوقك لاستمرار التغطية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كنت ترغب في استمرار تغطيتك بعد انتهاء مدتها. معلومات التواصل مع هذه الوكالات هي: [\[insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information\]](#). قد تتوفر لك خيارات تغطية أخرى، بما في ذلك شراء تغطية التأمين الفردية من خلال [Health Insurance Marketplace](#). للحصول على المزيد من المعلومات حول [Marketplace](#)، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني [www.HealthCare.gov](#) أو الاتصال بالرقم 1-800-318-2596.

حقوق التظلمات والطعون الخاصة بك: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كانت لديك شكوى ضد **خطتك** لرفض **مطالبة**. تسمى هذه الشكوى **تظلمًا** أو **طعنًا**. للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك، اطلع على شرح المزايا الذي سنتسلمه لتلك **المطالبة** الطبية. توفر لك تعليمات **خطتك** المعلومات الكاملة لتقديم **مطالبة**، أو **طعن**، أو **تظلم** لأي سبب إلى **خطتك**. للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك، أو هذا الإشعار، أو المساعدة، اتصل بـ: [\[insert applicable contact information from instructions\]](#).

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

إذا لم يكن لديك الحد الأدنى من التغطية الضرورية لمدة شهر، فسيتوجب عليك سداد المبلغ عند تقديم الإقرار الضريبي ما لم تكن مؤهلاً للحصول على إعفاء من شرط أن تكون لديك تغطية صحية لهذا الشهر.

هل تُلبي هذه الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ **[نعم/لا]**

إذا لم تقم خطتك باستيفاء الحد الأدنى من معايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على إعفاء ضريبي من القسط التأميني لمساعدتك على الدفع لخطتك من خلال Marketplace.

خدمات الوصول إلى اللغة:

[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, kwijigo holne' [insert telephone number].]

للإطلاع على أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة تكاليف وضع طبي عينة، اطلع على القسم التالي.



هذا ليس مُقدّر للتكاليف. المعالجات الموضحة ما هي إلا أمثلة للكيفية التي من خلالها يمكن لهذه **الخطة** تغطية تكاليف الرعاية الطبية. ستختلف التكاليف الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحددها **الموفرون** والعديد من العوامل الأخرى. التركيز على مبالغ **المشاركة في التكاليف** ومبالغ **الخصم**، و**مبالغ المشاركة في الدفع** و**التأمين المشترك** و**الخدمات المستثناة** بموجب **الخطة**. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء من التكاليف التي قد تقوم بسدادها ضمن **الخطة** الصحية المختلفة. الرجاء ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

أصببت Mia بكسر بسيط

(زيارة غرفة الطوارئ بداخل الشبكة ورعاية المتابعة)

■ إجمالي مبلغ الخصم للخطة

■ **أخصائي** [مشاركة في التكاليف]

■ مستشفى (مرفق) [مشاركة في التكاليف]

■ أخرى [مشاركة في التكاليف]

يتضمن هذا الحدث المذكور كمثال خدمات مثل:

رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)
فحص تشخيصي (الأشعة السينية)
الأجهزة الطبية المعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إدارة مرض السكري من النوع 2 المصابة به Joe

(عام من الرعاية الروتينية بداخل الشبكة لحالة يتم مراقبتها جيدًا)

■ إجمالي مبلغ الخصم للخطة

■ **أخصائي** [مشاركة في التكاليف]

■ مستشفى (مرفق) [مشاركة في التكاليف]

■ أخرى [مشاركة في التكاليف]

يتضمن هذه الفعالية المذكورة كمثال خدمات مثل:

زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التعرف على المرض)
فحوصات تشخيصية (وفحوصات الدم)
الأدوية الموصوفة بوصفة طبية
الأجهزة الطبية المعمرة (جهاز فحص الجلوكوز)

سترزق Peg بطفل

(9 أشهر من رعاية مرحلة ما قبل الولادة بداخل الشبكة والولادة بالمستشفى)

■ إجمالي مبلغ الخصم للخطة

■ **أخصائي** [مشاركة في التكاليف]

■ مستشفى (مرفق) [مشاركة في التكاليف]

■ أخرى [مشاركة في التكاليف]

يتضمن هذا الحدث المذكور كمثال خدمات مثل:

زيارات عيادة الأخصائي (الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة)
الخدمات المتخصصة للولادة/المخاض
خدمات مرافق الولادة/المخاض
فحوصات تشخيصية (الأشعة بالموجات فوق الصوتية وفحوصات الدم)
زيارة الأخصائي (التخدير)

■ إجمالي تكلفة المثال

في هذا المثال، ستدفع Mia:

مشاركة في التكاليف

مبلغ الخصم

مبالغ المشاركة في الدفع

التأمين المشترك

ما لم يُدرج بالتغطية

الحدود والاستثناءات

■ إجمالي المبلغ الذي ستقوم Mia بسداده هو

■ إجمالي تكلفة المثال

في هذا المثال، ستدفع Joe:

مشاركة في التكاليف

مبلغ الخصم

مبالغ المشاركة في الدفع

التأمين المشترك

ما لم يُدرج بالتغطية

الحدود والاستثناءات

■ إجمالي المبلغ الذي ستقوم Joe بسداده هو

■ إجمالي تكلفة المثال

في هذا المثال، ستدفع Peg:

مشاركة في التكاليف

مبلغ الخصم

مبالغ المشاركة في الدفع

التأمين المشترك

ما لم يُدرج بالتغطية

الحدود والاستثناءات

■ إجمالي المبلغ الذي ستقوم Peg بسداده هو