ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) على اختيار خطة صحية. يوضح SBC كيف ستتقاسم أنت والخطة 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 أو الاتصال بالرقم [insert]-800-1 لطلب نسخة. **[اختياري:** الأسئلة: يمكنك الاتصال بالرقم [insert]-800-1 أو زيارة موقعنا الإلكتروني www.[insert].com للحصول على مزيد من المعلومات، بما في ذلك نسخة من [plan's summary plan description / policy documents].**]**

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

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

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]

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

حدث 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 كنتِ 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 المُعمّرة			
	رعاية المسنين			
إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العيون	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
- الرعاية الروتينية للعين (للبالغين)
- الرعاية الروتينية للقدم
- علاج العقم
- الرعاية طويلة المدى
- الرعاية للحالات غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة.
- الرعاية التقويمية للعمود الفقري
- الجراحة التجميلية
- 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

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 ستتسلمه 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 تلبي 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, kwiijigo holne' [insert telephone number].]

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

معلومات عن أمثلة التغطية هذه:

هذا ليس مُقدِر 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، ومبالغ المشاركة في الدفع والتأمين المشترك) والخدمات المستثناة بموجب الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء من التكاليف التي قد تقوم بسدادها ضمن الخططالصحية المختلفة. الرجاء ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

سترزق Peg بطفل
(9 أشهر من رعاية مرحلة ما قبل الولادة داخل 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 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	**$**

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

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	**$**

أصيبت 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 المُعمِّرة *(العكازات)*
خدمات إعادة التأهيل *(العلاج الطبيعي)*

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	**$**

ستتولى الخطة مسؤولية التكاليف الأخرى لتلك الخدمات التي يتم تغطيتها المذكورة كمثال.