

این صرفاً یک خلاصه است. چنانچه به جزئیات بیشتری درباره پوشش و هزینه های خود نیاز دارید، می توانید شرایط کامل را در بیمه نامه یا مدرک برنامه در [www.\[insert\]](http://www.[insert]) مشاهده کرده یا دریافت یک نسخه آن با شماره [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) تماس بگیرید.



سوالات مهم	پاسخ ها	اهمیت این موضوع چیست:
کسورات کلی چیست؟	\$	[YES]: قبل از آنکه این برنامه پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش مورد استفاده شما را آغاز کند، باید کل هزینه ها را تا سقف مبلغ کسورات بپردازید. برای آگاهی از زمان شروع کسورات (معمولاً اول ژانویه، اما نه همیشه) به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود مراجعه کنید. برای آگاهی از مبلغی که باید بعد از رسیدن به شرایط کسورات بپردازید، به جدولی مراجعه کنید که از صفحه 2 شروع می شود. [NO]: برای آگاهی از هزینه های خود برای خدماتی که این برنامه پوشش می دهد به جدولی مراجعه کنید که از صفحه 2 شروع می شود.
آیا کسورات دیگری برای خدمات خاص وجود دارد؟	\$	[YES]: قبل از آنکه این برنامه پرداخت هزینه این خدمات را آغاز کند، باید کل هزینه این خدمات را تا سقف مبلغ کسورات بپردازید. [NO]: خدمات خاص مستلزم رسیدن به شرایط کسورات نیستند، اما برای آگاهی از سایر هزینه های خدمات تحت پوشش این برنامه، به جدولی مراجعه کنید که از صفحه 2 شروع می شود.
آیا یک حد نقدی برای مخارج من وجود دارد؟	\$	[YES]: حد نقدی عبارت است از بیشترین مبلغی که می توانید طی یک دوره پوشش (معمولاً یک سال) به عنوان سهم خود از هزینه خدمات تحت پوشش بپردازید. این حد به شما کمک می کند برای مخارج درمانی خود برنامه ریزی کنید. [NO]: هیچ سقفی برای مبلغی که ممکن است در طول یک دوره پوشش برای سهم خود از هزینه خدمات تحت پوشش بپردازید وجود ندارد.
چه چیزی مشمول حد نقدی نمی شود؟		[YES]: این مخارج حتی در صورت پرداخت جزو سقف حد نقدی منظور نمی شوند. [NO]: قابل اعمال نیست چون هیچ حد نقدی برای مخارج شما وجود ندارد.
آیا یک حد سالیانه کلی برای آنچه برنامه هزینه آن را می پردازد وجود دارد؟		[NO]: جدولی که از صفحه 2 شروع می شود کلیه حدود مربوط به آنچه که برنامه برای خدمات خاص تحت پوشش خواهد پرداخت، مانند ویزیت های مطب، را شرح می دهد. [YES]: این برنامه فقط تا این سقف در هر دوره پوشش برای خدمات تحت پوشش پرداخت می کند، حتی اگر نیاز شما بیشتر باشد. شما مسئول پرداخت مبالغ بیشتر از این حد هستید. جدولی که از صفحه 2 شروع می شود حدهای پوشش خاص مانند سقف تعداد ویزیت در مطب را شرح می دهد.

سوالات: با ما تماس گرفته [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) یا به ما در اینجا مراجعه فرمائید [www.\[insert\]](http://www.[insert]). اگر مفهوم عبارت های زیرخط دار را متوجه نمی شوید، به قسمت لغت نامه مراجعه کنید. لغت نامه در [www.\[insert\]](http://www.[insert]) قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید.

سوالات مهم	پاسخ ها	اهمیت این موضوع چیست:
آیا این برنامه از یک شبکه ارائه دهندگان استفاده می کند؟		[YES]: اگر از یک پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی عضو شبکه استفاده می کنید، این برنامه همه یا بخشی از هزینه های خدمات تحت پوشش را پرداخت خواهد کرد. توجه داشته باشید، امکان دارد پزشک یا بیمارستان عضو شبکه شما برای برخی خدمات از ارائه کنندگان خارج از شبکه استفاده کنند. برنامه ها از لغت هایی عضو شبکه، ترجیحی، یا همکار برای اشاره به ارائه کنندگان عضو شبکه خود استفاده می کنند. برای آگاهی از نحوه پرداخت این برنامه به ارائه کنندگان مختلف به جدولی رجوع کنید که از صفحه 2 شروع می شود. [NO]: این برنامه برای تعیین مبلغ پرداختی برای خدمات مشابه، همه ارائه کنندگان را یکسان در نظر می گیرد.
آیا برای مراجعه به یک متخصص، به ارجاع نیاز دارم؟		[YES]: این برنامه تمام یا بخشی از هزینه مراجعه به متخصص برای خدمات تحت پوشش را پرداخت می کند اما فقط بشرطی که قبل از مراجعه به متخصص از برنامه اجازه گرفته باشید. [NO]: شما می توانید بدون اجازه این برنامه به متخصص مورد نظر خود مراجعه کنید.
آیا خدماتی هست که این برنامه پوشش ندهد؟		[YES]: فهرست برخی از خدماتی که تحت پوشش این برنامه نیستند در صفحه 4 ارائه شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مستثنی شده، به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود مراجعه کنید. [NO]: جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مستثنی شده به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود مراجعه کنید.



- **فرانشیزها** مبالغ دلاری ثابتی هستند (مثلاً \$15) که معمولاً هنگام دریافت خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی تحت پوشش می پردازید.
- **کارمزد متغیر** سهم شما از هزینه خدمات تحت پوشش است، که به عنوان درصدی از **مبلغ مجاز** برای آن خدمات محاسبه می شود. به عنوان مثال، اگر **مبلغ مجاز** برنامه برای یک شب بستری شدن در بیمارستان \$1,000 باشد، مبلغ **کارمزد متغیر** شما اگر 20% باشد معادل \$200 خواهد بود. اگر **کسورات** خود را احراز نکرده باشید، این مبلغ ممکن است تغییر کند.
- مبلغی که برنامه برای خدمات تحت پوشش می پردازد به **مبلغ مجاز** بستگی دارد. چنانچه یک **ارائه دهنده** خارج شبکه مبلغی بیش از **مبلغ مجاز** را مطالبه کند، ممکن است مجبور باشید خودتان مابه التفاوت را بپردازید. مثلاً، اگر یک بیمارستان خارج از شبکه برای یک شب بستری \$1,500 مطالبه کند و **مبلغ مجاز** \$1,000 باشد، ممکن است مجبور باشید \$500 مابه التفاوت را خودتان بپردازید. (این اصطلاحاً **صدور صورتحساب بر اساس تراز** نامیده می شود).
- **[If network plan]**: این برنامه ممکن است شما را تشویق به استفاده از **ارائه کنندگان** بنمایند و این کار را با در نظر گرفتن **کسورات**، **فرانشیز** و **کارمزد متغیر** پایین تر انجام می دهند.
- **[If non-network plan]**: سهم هزینه شما به اینکه **ارائه کننده** عضو **شبکه** هست یا خیر ارتباط ندارد.

رویداد پزشکی عادی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	مخارج شما در صورت استفاده از یک ارائه دهنده [عضو شبکه]	مخارج شما در صورت استفاده از یک ارائه دهنده [خارج از شبکه]	محدودیت ها و استثنایا
در صورت مراجعه به مطب یا کلینیک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی	ویزیت مراقبت های اولیه به منظور درمان یک جراحت یا بیماری			
	ویزیت متخصص			
	ویزیت سایر پزشکان در مطب			
	مراقبت های پیشگیرانه / غربالگری / واکسیناسیون			
اگر آزمایشی داشته باشید	آزمایش تشخیص طبی (اشعه ایکس، آزمایش خون)			
	تصویربرداری (اسکن های MRI, CT /PET)			
اگر برای درمان بیماری خود به دارو نیاز داشته باشید	[داروهای ژنریک]			
	[داروی مارک دار ترجیحی]			
	[داروی مارک دار غیرترجیحی]			
اطلاعات بیشتر درباره پوشش داروهای نسخه ای در www.[insert] موجود است.	[داروهای تخصصی]			
اگر جراحی سرپایی داشته باشید	هزینه مرکز (مثلاً، مرکز جراحی سرپایی)			
	هزینه های پزشک/جراح			

سؤالات: با ما تماس گرفته [1-800-\[insert\]](#) یا به ما در اینجا مراجعه فرمائید [www.\[insert\]](#). اگر مفهوم عبارت های زیرخط دار را متوجه نمی شوید، به قسمت لغت نامه مراجعه کنید. لغت نامه در [www.\[insert\]](#) قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با [1-800-\[insert\]](#) تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید.

رویداد پزشکی عادی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	مخارج شما در صورت استفاده از یک ارائه دهنده [عضو شبکه]	مخارج شما در صورت استفاده از یک ارائه دهنده [خارج از شبکه]	محدودیت ها و استثنایا
اگر نیاز به خدمات پزشکی فوری داشته باشید	خدمات بخش اورژانس			
	انتقال اورژانسی			
	مراقبت فوری			
اگر در بیمارستان بستری شوید	هزینه مرکز (مثلاً، اتاق بیمارستان)			
	هزینه های پزشک/جراح			
اگر نیازهای مربوط به بهداشت روانی، بهداشت رفتاری یا سوء مصرف مواد داشته باشید	خدمات سرپایی بهداشت روانی/رفتاری			
	خدمات بستری بهداشت روانی/رفتاری			
	خدمات سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد			
	خدمات بستری اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد			
اگر باردار هستید	مراقبت های قبل از تولد و پس از تولد			
	زایمان و کلیه خدمات بستری			
اگر برای بهبود نیاز به کمک دارید یا نیازهای بهداشتی خاصی دارید	مراقبت های بهداشتی خانگی			
	خدمات توانبخشی			
	خدمات تجهیز			
	مراقبت پرستاری تخصصی			
	وسیله پزشکی بادوام			
	خدمات مراقبت از بیماران لاعلاج			
اگر فرزند شما به مراقبت های دندانپزشکی یا چشم پزشکی نیاز داشته باشد	معاینه چشم			
	عینک			
	چکاپ دندانپزشکی			

خدمات مستثنی شده و سایر خدمات تحت پوشش:

خدماتی که برنامه شما تحت پوشش قرار نمی دهد (این فهرست کامل نیست. برای آگاهی از سایر خدمات مستثنی شده به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود مراجعه کنید).

- | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| • مراقبت کایروپراکتیک | • درمان ناباروری | • مراقبت های عادی چشم (بزرگسالان) |
| • جراحی زیبایی | • مراقبت های بلندمدت | • مراقبت های عادی پا |
| • مراقبت های دندانپزشکی (بزرگسالان) | • مراقبت های غیراضطراری وقتی خارج از آمریکا هستید | • برنامه های کاهش وزن |
| • سمعک | • پرستار خصوصی | |

سایر خدمات تحت پوشش (این فهرست کامل نیست. برای آگاهی از خدمات تحت پوشش و هزینه های این خدمات، به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود مراجعه کنید).

- طب سوزنی
- جراحی باریاتریک

حقوق شما برای ادامه پوشش:

**** نمونه بیمه بهداشتی و درمانی شخصی -**

ممکن است در قوانین فدرال و ایالتی حقوقی برای فراهم کردن امکان برخورداری شما از این پوشش های بیمه درمانی پیش بینی شده باشد به شرطی که **حق بیمه** خود را بپردازید. به هر حال، استثناهایی هم وجود دارد، مثلاً اگر:

- شما مرتکب کلاهبرداری شوید
- بیمه گر به ارائه خدمات در ایالت خاتمه دهد
- شما به نقطه ای خارج از ناحیه تحت پوشش نقل مکان کنید

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود برای ادامه پوشش با بیمه گر در [contact number] تماس بگیرید. همچنین می توانید با سازمان بیمه ایالتی خود در www.insurance.ca.gov یا در 1-800-927-HELP (4357) تماس بگیرید.

**** نمونه پوشش بهداشتی و درمانی گروهی -**

اگر پوشش خود را تحت برنامه از دست بدهید، در آنصورت بسته به شرایط، قوانین ایالتی و فدرال ممکن است محافظت هایی ارائه نمایند که بر اساس آنها بتوانید پوشش بهداشتی و درمانی خود را حفظ کنید. این حقوق ممکن است از لحاظ زمانی محدودیت داشته باشند و لازم باشد **حق بیمه** پرداخت کنید که از حق بیمه پرداختی در زمانی که تحت پوشش برنامه بودید بسیار بیشتر است. امکان دارد محدودیت های دیگری هم برای حق شما جهت ادامه پوشش اعمال گردد.

یا

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود برای ادامه پوشش با برنامه در [contact number] تماس بگیرید. همچنین می توانید با سازمان بیمه ایالت خود، سازمان کار آمریکا (U.S. Department of Labor)، اداره تامین مزایای کارکنان (Employee Benefits Security Administration) در 1-866-444-3272 یا www.dol.gov/ebsa، یا سازمان بهداشت و خدمات انسانی آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services) در 1-877-267-2323 x61565 یا www.cciio.cms.gov تماس بگیرید.

سوالات: با ما تماس گرفته [www.\[insert\]](http://www.[insert]) یا به ما در اینجا مراجعه فرمائید [www.\[insert\]](http://www.[insert]). اگر مفهوم عبارت های زیرخط دار را متوجه نمی شوید، به قسمت لغت نامه مراجعه کنید. لغت نامه در [www.\[insert\]](http://www.[insert]) قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 1-800- تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید.

حقوق شما برای شکایت و تجدیدنظر:

[FOR GROUP PLANS]: اگر شکایتی داشته باشید یا به دلیل رد شدن پوشش های برنامه خود ناراضی باشید، شاید بتوانید درخواست **تجدیدنظر** کنید یا **شکایتی** را تسلیم نمایید. چنانچه درباره حقوق خود یا این اطلاعیه پرسش و یا نیاز به کمک داشته باشید، می توانید از طریق نشانی زیر تماس بگیرید: [insert applicable plan contact information]؛ اداره تامین مزایای کارکنان در سازمان کار (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) در (3272) 1-866-444-EBSA یا www.dol.gov/ebsa/healthreform؛
California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 یا (4357) 1-800-927-HELP یا 1-800-482-4833 TDD یا www.insurance.ca.gov. علاوه بر این یک برنامه کمک رسانی مصرف کنندگان هم می تواند در تسلیم درخواست تجدیدنظر به شما کمک کند. با سازمان بیمه کالیفرنیا (California Department of Insurance) که مشخصات آن در بالا ذکر شده است تماس بگیرید.

[FOR INDIVIDUAL PLANS]: اگر شکایتی داشته باشید یا به دلیل رد شدن پوشش های برنامه خود ناراضی باشید، شاید بتوانید درخواست **تجدیدنظر** کنید یا **شکایتی** را تسلیم نمایید. چنانچه درباره حقوق خود یا این اطلاعیه پرسش و یا نیاز به کمک داشته باشید، می توانید از طریق نشانی زیر تماس بگیرید: California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 یا (4357) 1-800-927-HELP یا 1-800-482-4833 TDD یا www.insurance.ca.gov. علاوه بر این یک برنامه کمک رسانی مصرف کنندگان هم می تواند در تسلیم درخواست تجدیدنظر به شما کمک کند. با سازمان بیمه کالیفرنیا (California Department of Insurance) که مشخصات آن در بالا ذکر شده است تماس بگیرید.

آیا حداقل پوشش ضروری توسط این پوشش ارائه می گردد؟

بر اساس قانون مراقبت های مقرون به صرفه (Affordable Care Act) اکثر افراد باید یک پوشش مراقبت های بهداشتی و درمانی داشته باشند که واجد شرایط "حداقل پوشش ضروری" باشد. این برنامه یا بیمه نامه حداقل پوشش ضروری را ارائه **می کند/نمی کند**.

آیا این پوشش با شرایط استاندارد حداقل ارزش همخوانی دارد؟

قانون مراقبت های مقرون به صرفه (Affordable Care Act) یک استاندارد حداقل ارزش برای مزایای یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی تعیین می کند. استاندارد حداقل ارزش 60% (مقدار آماری) می باشد. این پوشش خدمات بهداشتی و درمانی با شرایط استاندارد حداقل ارزش برای مزایایی که ارائه می کند **همانگی دارد/ندارد**.

خدمات دسترسی زبان:

[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): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijiggo holne' [insert telephone number].]

برای مشاهده مثال هایی از نحوه پوشش هزینه های یک وضعیت پزشکی توسط این برنامه، صفحه بعد را ملاحظه کنید.

سوالات: با ما تماس گرفته [www.\[insert\]](http://www.[insert]) یا به ما در اینجا مراجعه فرمائید [www.\[insert\]](http://www.[insert]). اگر مفهوم عبارت های زیرخط دار را متوجه نمی شوید، به قسمت لغت نامه مراجعه کنید. لغت نامه در [www.\[insert\]](http://www.[insert]) قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با [www.\[insert\]](http://www.[insert]) 1-800- تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید.

درباره این مثال های پوشش:

این مثال ها چگونگی پوشش احتمالی مراقبت های پزشکی در موقعیت های خاص توسط این برنامه را نشان می دهند. از این مثال ها برای آگاهی کلی از میزان کمک های مالی که یک بیمار می تواند در صورت برخورداری از پوشش برنامه های مختلف دریافت نماید، استفاده کنید.

این مثال ها برای
برآورد هزینه ها
ارائه نشده است.



از این مثال ها برای برآورد هزینه های واقعی خود بر اساس این برنامه استفاده نکنید. مراقبت های واقعی که دریافت می کنید با این مثال ها تفاوت خواهد داشت، و هزینه آنها نیز متفاوت خواهد بود.

برای کسب اطلاعات مهم درباره این مثال ها، به صفحه بعد مراجعه کنید.

بچه دار شدن (زایمان طبیعی)

- مبلغ بدهی به ارائه دهندگان: \$7,540
- مبلغ قابل پرداخت برنامه \$
- مبلغ قابل پرداخت بیمار \$

نمونه هزینه های مراقبت:

\$2,700	هزینه های بیمارستان (مادر)
\$2,100	مراقبت های زایمان عادی
\$900	هزینه های بیمارستان (نوزاد)
\$900	بیهوشی
\$500	آزمایش های تشخیص طبی
\$200	نسخه ها
\$200	رادیولوژی
\$40	واکسن ها، سایر مراقبت های پیشگیرانه
\$7,540	مجموع

مبلغ قابل پرداخت توسط بیمار:

\$	کسورات
\$	فرانشیزها
\$	کارمزدهای متغیر
\$	محدودیت ها یا استثنایها
\$	مجموع

کنترل دیابت نوع 2 (نگهداری معمول یک عارضه بخوبی کنترل شده)

- مبلغ بدهی به ارائه دهندگان: \$5,400
- مبلغ قابل پرداخت برنامه \$
- مبلغ قابل پرداخت بیمار \$

نمونه هزینه های مراقبت:

\$2,900	نسخه ها
\$1,300	تجهیزات و لوازم پزشکی
\$700	ویزیت ها و روال های مطب
\$300	آموزشی
\$100	آزمایش های تشخیص طبی
\$100	واکسن ها، سایر مراقبت های پیشگیرانه
\$5,400	مجموع

مبلغ قابل پرداخت توسط بیمار:

\$	کسورات
\$	فرانشیزها
\$	کارمزدهای متغیر
\$	محدودیت ها یا استثنایها
\$	مجموع

پرسش و پاسخ درباره مثال های پوشش:

آیا می توانم از مثال های پوشش برای مقایسه برنامه ها استفاده کنم؟

✓ **بله.** هنگامی که خلاصه مزایا و پوشش سایر برنامه ها را بررسی می کنید، همان مثال های پوشش را خواهید یافت. هنگام مقایسه برنامه ها، کادر "مبلغ قابل پرداخت توسط بیمار" را در هر مثال بررسی کنید. هرچه مبلغ آن کمتر باشد، پوششی که آن برنامه ارائه می دهد بیشتر است.

آیا هزینه های دیگری هست که من باید هنگام مقایسه برنامه ها مد نظر قرار دهم؟

✓ **بله.** یک هزینه مهم **حق بیمه ای** است که شما می پردازید. معمولاً، هرچه **حق بیمه** کمتر باشد، مبلغ بیشتری را باید برای هزینه های نقدی، اعم از **فرانشیزها، کسورات، و کارمزد متغیر** بپردازید. همچنین باید وجوه پرداختی به حساب هایی مانند حساب های پس انداز بهداشتی (HSAها)، برنامه های هزینه های انعطاف پذیر (FSAها)، یا حساب های بازپرداخت بهداشتی (HRAها) که در پرداخت مخارج نقدی به شما کمک می کنند را نیز مد نظر قرار دهید.

یک مثال پوشش چه چیزی را نشان می دهد؟

برای هر وضعیت درمانی، مثال پوشش به شما کمک می کند از نحوه محاسبه مبلغ کلی **کسورات، فرانشیزها، و کارمزد متغیر** آگاه شوید. همچنین، به شما کمک می کند از هزینه هایی که ممکن است به دلیل تحت پوشش نبودن یا محدودیت پرداخت، بر عهده خود شما باشد آگاه شوید.

آیا مثال پوشش نیازهای مراقبتی خود من را پیش بینی می کند؟

✗ **خیر.** درمان های ارائه شده در اینجا صرفاً جنبه مثال دارند. مراقبت هایی که شما دریافت خواهید کرد ممکن است بسته به نظر پزشک، سن، میزان وخامت بیماری و بسیاری عوامل دیگر متفاوت باشد.

آیا مثال پوشش مخارج آتی من را پیش بینی می کند؟

✗ **خیر.** مثال های پوشش هزینه ها را برآورد نمی کنند. نمی توانید از مثال ها برای برآورد هزینه های یک بیماری واقعی استفاده کنید. این مثال ها فقط با هدف مقایسه هزینه ها ارائه شده اند. هزینه های خود شما بر حسب مراقبت هایی که دریافت می کنید، قیمت هایی که **ارائه دهندگان** مطالبه می کنند، و بازپرداختی که برنامه شما متقبل می شود متفاوت خواهد بود.

برخی از پیش فرض هایی که مثال ها بر اساس آنها بیان شده اند چیست؟

- هزینه ها شامل **حق بیمه** نیست.
- نمونه هزینه مراقبت ها بر اساس میانگین های کشوری ارائه شده توسط سازمان بهداشت و خدمات انسانی آمریکا تهیه شده اند و مختص یک ناحیه جغرافیایی یا یک برنامه بهداشتی خاص نیستند.
- وضعیت بیمار یک وضعیت مستثنی یا از قبل موجود نبوده است.
- همه خدمات و درمان ها طی همان مدت پوشش آغاز شده و پایان یافته است.
- هیچ گونه مخارج پزشکی دیگری برای هیچ یک از اعضای تحت پوشش این برنامه وجود ندارد.
- مخارج نقدی فقط بر اساس درمان بیماری مذکور در مثال محاسبه شده است.
- بیمار کلیه مراقبت ها را از **ارائه دهندگان عضو شبکه** دریافت کرده است. اگر بیمار مراقبت هایی را از **ارائه دهندگان** خارج شبکه دریافت کرده بود، هزینه های آن بیشتر بود.