



این مدرک خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage - SBC) به شما در انتخاب یک **برنامه** مراقبت های بهداشتی و درمانی کمک خواهد کرد. SBC به شما نشان خواهد داد که شما و **برنامه** چگونه هزینه خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی را بین هم تقسیم می کنید. تذکر: اطلاعات مربوط به مخارج این **برنامه** (که **حق بیمه** نام دارد) جداگانه ارائه خواهد شد.

این صرفاً یک خلاصه است. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش های خود یا دریافت یک نسخه از متن کامل شرایط پوشش، **[insert contact information]**. برای آگاهی از معانی کلی عبارت های رایج مانند **مبلغ مجاز**، **صدور صورتحساب بر اساس تراز**، **کارمزد متغیر**، **فرانشیز**، **کسورات**، **ارائه کننده** یا سایر لغت های زیرخط دار به لغت نامه رجوع کنید. لغت نامه در [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com)

قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با **1-800-[insert]** تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید. **[اختیاری: سوالات: با شماره 1-800-[insert]** تماس گرفته یا از [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) بازدید نمایید تا اطلاعات بیشتر کسب کنید، شامل یک نسخه از **[plan's summary plan description / policy documents خود]**

سوالات مهم	پاسخ ها	اهمیت این موضوع چیست:
<b>کسورات</b> کلی چیست؟	\$	<b>[YES]:</b> بطور کلی شما باید تمام هزینه های <b>ارائه کنندگان</b> را تا سقف <b>مبلغ کسورات</b> بپردازید تا سپس این <b>برنامه</b> شروع به پرداخت نماید. <b>[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2: 1. Family coverage with embedded deductible:]</b> اگر سایر اعضای خانواده شما در <b>برنامه</b> هستند، تک تک اعضای خانواده باید به سقف <b>کسورات</b> فردی خود برسند تا اینکه کل مبلغ <b>کسورات</b> پرداخت شده توسط تمام اعضای خانواده به مبلغ کلی <b>کسورات</b> خانواده برسد. <b>[2. Family coverage with non-embedded deductible:]</b> اگر دیگر اعضای خانواده در بیمه نامه شما هستند، باید به مبلغ کلی <b>کسورات</b> خانواده برسید تا بعد از آن <b>برنامه</b> شروع به پرداخت نماید.
آیا هیچکدام از خدمات قبل از رسیدن به حد <b>کسورات</b> پوشش داده می شوند؟	\$	<b>[NO]:</b> برای آگاهی از مخارج خود برای خدماتی که این <b>برنامه</b> پوشش می دهد به جدول رویدادهای پزشکی عادی در زیر رجوع کنید. <b>[YES]:</b> این <b>برنامه</b> برخی از اقلام و خدمات را حتی اگر به حد مبلغ <b>کسورات</b> خود نرسیده باشید پوشش می دهد. اما احتمالاً یک <b>فرانشیز</b> یا <b>کارمزد متغیر</b> در نظر گرفته خواهد شد. <b>[For non-grandfathered plans insert:]</b> "بعنوان مثال، این <b>برنامه</b> هزینه برخی خدمات <b>پیشگیرانه</b> را بدون <b>سهم هزینه</b> و قبل از اینکه به حد <b>کسورات</b> برسید پوشش می دهد. فهرست موارد <b>خدمات پیشگیرانه</b> تحت پوشش را در <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> ملاحظه کنید. <b>[NO]:</b> شما باید به حد <b>کسورات</b> خود برسید تا <b>برنامه</b> بعد از آن هزینه خدمات را پرداخت نماید.
آیا <b>کسورات</b> دیگری برای خدمات خاص وجود دارد؟		<b>[YES]:</b> قبل از آنکه این <b>برنامه</b> پرداخت هزینه این خدمات را آغاز کند، باید کل هزینه این خدمات را تا سقف مبلغ <b>کسورات</b> بپردازید. <b>[NO]:</b> برای برخی خدمات لازم نیست به حد <b>کسورات</b> برسید.
حد <b>نقدی</b> برای این <b>برنامه</b> چقدر است؟	\$	<b>[YES]:</b> حد <b>نقدی</b> به بیشترین مبلغی گفته می شود که در یک سال برای خدمات تحت پوشش پرداخت می کنید. <b>[1. Family coverage with embedded MOOP:]</b> <b>[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:]</b> اگر سایر اعضای خانواده شما در <b>برنامه</b> باشند، آنها باید به <b>حدهای نقدی</b> شخصی خود برسند تا بعد از آن کل خانواده بتواند <b>حد نقدی</b> خود را محقق کند. <b>[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]</b> اگر سایر اعضای خانواده شما در این <b>برنامه</b> باشند، باید به <b>حد نقدی</b> کل خانواده برسید. <b>[NO]:</b> این <b>برنامه</b> فاقد <b>حد نقدی</b> برای مخارج شماست.

<p>[YES]: این مخارج حتی در صورت پرداخت جزو سقف <u>حد نقدی</u> منظور نمی شوند.</p> <p>[NO]: این برنامه فاقد <u>حد نقدی</u> برای مخارج شماست.</p>	<p>چه چیزی مشمول <u>حد نقدی</u> نمی شود؟</p>
<p>[YES]: [If simple network:] این برنامه از یک <u>شبکه ارائه کنندگان</u> استفاده می کند. در صورتی هزینه کمتر پرداخت می کنید که از یک <u>ارائه کننده</u> عضو <u>شبکه</u> برنامه استفاده کنید. زمانی بیشترین هزینه را خواهید داشت که از <u>ارائه کنندگان خارج از شبکه</u> استفاده کنید، و ممکن است از <u>ارائه کننده</u> بابت اختلاف مبلغ مطالبه شده ارائه کننده و آنچه که <u>برنامه</u> پرداخت می کند یک صورت حساب دریافت کنید (<u>صدور صورتحساب بر اساس تراز</u>). لطفاً توجه داشته باشید، <u>ارائه کنندگان عضو شبکه</u> ممکن است برای برخی خدمات (مانند کارهای آزمایشگاهی) از <u>ارائه کنندگان خارج از شبکه</u> استفاده کنند. قبل از دریافت خدمات با <u>ارائه کننده</u> خود چک کنید.</p> <p>[If tiered network:] زمانی کمترین پرداخت را خواهید داشت که از یک <u>ارائه کننده</u> در [insert tier name] استفاده کنید. زمانی بیشترین پرداخت را خواهید داشت که از یک <u>ارائه کننده</u> در [insert tier name] استفاده کنید. زمانی بیشترین هزینه را خواهید داشت که از <u>ارائه کنندگان خارج از شبکه</u> استفاده کنید، و ممکن است از <u>ارائه کننده</u> بابت اختلاف مبلغ مطالبه شده <u>ارائه کننده</u> و آنچه که <u>برنامه</u> پرداخت می کند یک صورت حساب دریافت کنید (<u>صدور صورتحساب بر اساس تراز</u>). لطفاً توجه داشته باشید، <u>ارائه کنندگان عضو شبکه</u> ممکن است برای برخی خدمات (مانند کارهای آزمایشگاهی) از <u>ارائه کنندگان خارج از شبکه</u> استفاده کنند. قبل از دریافت خدمات با <u>ارائه کننده</u> خود چک کنید.</p> <p>[NO]: این برنامه از یک <u>شبکه ارائه کنندگان</u> استفاده نمی کند. شما می توانید خدمات تحت پوشش را از هر <u>ارائه کننده ای</u> دریافت کنید.</p>	<p>در صورت استفاده از <u>ارائه کنندگان عضو شبکه</u> هزینه کمتری خواهید پرداخت؟</p>
<p>[YES]: این <u>برنامه</u> تمام یا بخشی از هزینه مراجعه به <u>متخصص</u> برای خدمات تحت پوشش را پرداخت می کند اما فقط بشرطی که <u>ارجاع</u> را قبل از مراجعه به <u>متخصص</u> گرفته باشید.</p> <p>[NO]: شما می توانید <u>متخصص</u> مورد نظر خود را بدون نیاز به گرفتن <u>ارجاع</u> ببینید.</p>	<p>آیا برای مراجعه به یک <u>متخصص</u>، به <u>ارجاع</u> نیاز دارم؟</p>



تمام مخارج **فرانشیز** و **کارمزد متغیر** نشان داده شده در این جدول بعد از رسیدن به حد مبلغ **کسورات** است، در صورتی که **کسورات** اعمال گردد. [include only if plan has deductible]

محدودیت ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم	آنچه که شما پرداخت می کنید		خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	رویداد پزشکی عادی
	ارائه کننده [خارج از شبکه] (بیشترین مبلغ را پرداخت می کنید)	ارائه کننده [عضو شبکه] (کمترین مبلغ را پرداخت می کنید)		
			ویزیت مراقبت های اولیه به منظور درمان یک جراحت یا بیماری	در صورت مراجعه به مطب یا کلینیک <b>ارائه دهنده</b> مراقبت های بهداشتی
			ویزیت <b>متخصص</b> <b>مراقبت های پیشگیرانه</b> <b>/غربالگری/واکسیناسیون</b>	
			<b>آزمایش تشخیص طبی</b> (عکس رادیولوژی، آزمایش خون) تصویربرداری (اسکن های CT/PET، MRI)	اگر آزمایشی داشته باشید
			داروهای ژنریک داروی مارک دار ترجیحی داروی مارک دار غیرترجیحی	اگر برای درمان بیماری خود به دارو نیاز داشته باشید اطلاعات بیشتر درباره <b>پوشش داروهای نسخه ای</b> در <a href="http://www.insert.com">www.insert.com</a> موجود است
			<b>داروهای تخصصی</b>	
			هزینه مرکز (مثلاً، مرکز جراحی سرپایی) هزینه های پزشک/جراح	اگر جراحی سرپایی داشته باشید
			<b>مراقبت های بخش اورژانس</b> <b>انتقال اورژانسی</b> <b>مراقبت فوری</b>	اگر نیاز به خدمات پزشکی فوری داشته باشید
			هزینه مرکز (مثلاً، اتاق بیمارستان) هزینه های پزشک/جراح	اگر در بیمارستان بستری شوید
			خدمات بیماران سرپایی خدمات بیماران بستری	اگر به خدمات بهداشت روانی، بهداشت رفتاری یا سوء مصرف مواد نیاز داشته باشید
			ویزیت ها در مطب خدمات تخصصی زایمان/نوزادان خدمات مراکز زایمان/نوزادان	اگر باردار هستید

\* جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره محدودیت ها و استثناها به مدرک برنامه یا بیمه نامه در [www.insert.com](http://www.insert.com) مراجعه کنید.

محدودیت ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم	آنچه که شما پرداخت می کنید		خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	رویداد پزشکی عادی
	ارانه کننده [خارج از شبکه] (بیشترین مبلغ را پرداخت می کنید)	ارانه کننده [عضو شبکه] (کمترین مبلغ را پرداخت می کنید)		
			مراقبت های بهداشتی خانگی	اگر برای بهبود نیاز به کمک دارید یا نیازهای بهداشتی خاصی دارید
			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 کودکان	
			عینک کودکان	
			چکاپ دندانپزشکی کودکان	

#### خدمات مستثنی شده و سایر خدمات تحت پوشش:

خدمات برنامه شما معمولاً این موارد را پوشش نمی دهد (برای کسب اطلاعات بیشتر و فهرست سایر خدمات مستثنی شده به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود رجوع کنید.)		
• مراقبت کایروپراکتیک	• درمان ناباروری	• پرستار خصوصی
• جراحی زیبایی	• مراقبت های بلندمدت	• مراقبت های عادی چشم (بزرگسالان)
• مراقبت های دندانپزشکی (بزرگسالان)	• مراقبت های غیراضطراری وقتی خارج از آمریکا هستید	• مراقبت های عادی پا
• سمعک		

سایر خدمات تحت پوشش (ممکن است محدودیت هایی برای این خدمات وجود داشته باشد. این یک فهرست کامل نیست. لطفاً به مدرک برنامه خود رجوع کنید.)		
• طب سوزنی	• جراحی باریاتریک	• برنامه های کاهش وزن

**حقوق شما برای ادامه پوشش:** اگر بخواهید بعد از پایان پوشش خود به آن ادامه دهید، سازمان هایی برای کمک وجود دارند. مشخصات تماس این سازمان ها به شرح زیر می باشد: [\[insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information\]](#) سایر گزینه های پوشش هم ممکن است برای شما وجود داشته باشد، مانند خرید پوشش بیمه شخصی از طریق [Marketplace](#) بیمه بهداشتی و درمانی. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره [Marketplace](#) به [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) مراجعه کرده یا با 1-800-318-2596 تماس بگیرید.

**حقوق شما برای شکایت و تجدیدنظر:** اگر بر علیه برنامه خود بخاطر رد شدن یک **مطالبه** شکایت داشته باشید، سازمان هایی برای کمک وجود دارند. به این اعلام نارضایتی **شکایت** یا درخواست **تجدیدنظر** گفته می شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود، به شرح مزایا که همراه آن **مطالبه** پزشکی دریافت می کنید رجوع نمایید. مدارک **برنامه** شما هم حاوی اطلاعات کامل جهت ارسال یک درخواست **مطالبه**، **تجدیدنظر**، یا یک **شکایت** به هر دلیل به **برنامه** شما می باشد. چنانچه درباره حقوق خود یا این اطلاعیه نیاز به اطلاعات داشته باشید، با اینجا تماس بگیرید: [\[insert applicable contact information from instructions\]](#).

آیا این برنامه حداقل پوشش ضروری ارائه می‌کند؟ **[بلی/خیر]**

اگر فاقد **حداقل پوشش ضروری** برای یک ماه هستید، باید هر وقت اظهارنامه مالیاتی خود را تسلیم می‌کنید آنرا پرداخت کنید مگر آنکه واجد شرایط معافیت از الزام داشتن پوشش بیمه بهداشتی و درمانی برای آن ماه باشید.

آیا این برنامه با شرایط استاندارد حداقل ارزش همخوانی دارد؟ **[بلی/خیر]**

اگر **برنامه** شما با **استاندارد حداقل ارزش** همخوانی نداشته باشد، شاید واجد شرایط یک **اعتبار مالیاتی حق بیمه** باشید تا برای پرداخت هزینه یک **برنامه** از طریق **Marketplace** به شما کمک کند.

**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): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insert telephone number].]

---

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



این مثال ها برای برآورد هزینه ها ارائه نشده است. درمان های نشان داده شده صرفاً مثال هایی از نحوه پوشش مراقبت های پزشکی تحت این برنامه هستند. هزینه های واقعی شما ممکن است بسته به مراقبت هایی که در واقعیت دریافت می کنید، قیمت های مطالبه شده توسط ارائه کنندگان شما و عوامل متعدد دیگر متفاوت باشد. به مبلغ سهم هزینه (کسورات، فرانشیز و کارمزد متغیر) و خدمات مستثنی شده در برنامه توجه داشته باشید. از این اطلاعات برای مقایسه بخش هایی از هزینه در برنامه های بهداشتی و درمانی مختلف استفاده کنید. لطفاً توجه داشته باشید که این مثال های پوشش صرفاً بر اساس پوشش شخصی هستند.

### شکستگی ساده Mia

(مراجعه به بخش اورژانس عضو شبکه و مراقبت های پیگیری)

- مبلغ کلی کسورات برنامه \$
- متخصص [سهم هزینه] \$
- بیمارستان (مرکز) [سهم هزینه] %
- سایر [سهم هزینه] %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند اینهاست:  
مراقبت های بخش اورژانس (شامل لوازم پزشکی)  
آزمایش تشخیص طبی (عکس رادیولوژی)  
وسيله پزشکی بادوام (چوب زیر بغل)  
خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)

### کنترل دیابت نوع 2 برای Joe

(یک سال مراقبت های معمول توسط ارائه کنندگان عضو شبکه برای یک عارضه بخوبی کنترل شده)

- مبلغ کلی کسورات برنامه \$
- متخصص [سهم هزینه] \$
- بیمارستان (مرکز) [سهم هزینه] %
- سایر [سهم هزینه] %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند اینهاست:  
ویزیت ها در مطب پزشک مراقبت های اصلی  
(شامل آموزش درباره بیماری)  
آزمایش تشخیص طبی (آزمایش خون)  
داروهای نسخه دار  
وسایل پزشکی بادوام (دستگاه سنجش قند خون)

### Peg بچه دار می شود

(9 ماه مراقبت های پیش از زایمان توسط ارائه کنندگان عضو شبکه و زایمان در بیمارستان)

- مبلغ کلی کسورات برنامه \$
- متخصص [سهم هزینه] \$
- بیمارستان (مرکز) [سهم هزینه] %
- سایر [سهم هزینه] %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند اینهاست:  
ویزیت در مطب متخصصان (مراقبت های پیش از زایمان)  
خدمات تخصصی زایمان/نوزادان  
خدمات مرکز زایمان/نوزادان  
آزمایش تشخیص طبی (سونوگرافی و آزمایش خون)  
ویزیت متخصص (بیهوشی)

#### کل هزینه این مثال \$

در این مثال، مبلغی که Mia باید بپردازد عبارتست از:

سهم هزینه	
\$	کسورات
\$	فرانشیزها
\$	کارمزدهای متغیر
آنچه تحت پوشش نیست	
\$	محدودیت ها یا استثناها
\$	کل مبلغی که Mia باید بپردازد

#### کل هزینه این مثال \$

در این مثال، مبلغی که Joe باید بپردازد عبارتست از:

سهم هزینه	
\$	کسورات
\$	فرانشیزها
\$	کارمزدهای متغیر
آنچه تحت پوشش نیست	
\$	محدودیت ها یا استثناها
\$	کل مبلغی که Joe باید بپردازد

#### کل هزینه این مثال \$

در این مثال، مبلغی که Peg باید بپردازد عبارتست از:

سهم هزینه	
\$	کسورات
\$	فرانشیزها
\$	کارمزدهای متغیر
آنچه تحت پوشش نیست	
\$	محدودیت ها یا استثناها
\$	کل مبلغی که Peg باید بپردازد