|  |
| --- |
| **ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) على اختيار [خطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) صحية. يوضح SBC كيف ستتقاسم أنت و[الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) تكلفة خدمات الرعاية الصحية التي يتم تغطيتها. ملاحظة: سيتم توفير المعلومات بشأن تكلفة هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) (التي تسمى [قسط التأمين](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "premium)) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "allowed-amount)، أو [موازنة الفواتير](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "balance-billing)، أو [التأمين المشترك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "coinsurance)، أو [مبلغ المشاركة في الدفع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "copayment)، أو [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)، أو [موفر الخدمة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider)، أو المصطلحات المؤكدة الأخرى، انظر القاموس. يمكنك الاطلاع على القاموس على 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 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)؟** | **$** | [YES:] بوجه عام، يجب عليك تسديد جميع التكاليف بدءًا من  [موفري الخدمات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) وصولاً إلى [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) قبل أن تبدأ هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) في التسديد. **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]** إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون مندرجون في [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)، يجب أن يستوفي كل فرد من أفراد العائلة [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) الخاص به حتى يستوفي المبلغ الإجمالي [للنفقات التي تم خصمها](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)، والذي تم سداده من قِبل كل أفراد العائلة، إجمالي مبلغ [الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) لكل أفراد العائلة.  **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]** إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون مندرجون بالسياسة، يجب أن يُستوفى مبلغ الخصم [الإجمالي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) للعائلة قبل أن تبدأ [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) في السداد.  [NO:] اطلع على جدول الأحداث الطبية الشائعة أدناه لتكاليف الخدمات التي [تغطيها](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) هذه الخطة. |
| **هل هناك خدمات تم تغطيتها قبل استيفاء [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)  الخاص بك؟** | **$** | [YES:] تغطي هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) بعض الخدمات والعناصر حتى إذا لم تستوف بعد [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible). ولكن قد يتم تطبيق [المشاركة في الدفع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "copayment) أو [التأمين المشترك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance). **[For non-grandfathered plans insert:]** “على سبيل المثال، تغطي هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) بعض [الخدمات الوقائية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "preventive-care) بدون [مشاركة التكاليف](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) وقبل استيفاء [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible). اطلع على قائمة [الخدمات الوقائية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "preventive-care) التي يتم تغطيتها على الموقع الإلكتروني <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.  [NO:] سيتوجب عليك استيفاء [مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) قبل أن تسدد [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) تكاليف أي خدمات. |
| **هل هناك [مبالغ خصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) أخرى مقابل خدمات معينة؟** |  | [YES:] يجب عليك تسديد جميع التكاليف لهذه الخدمات حتى مبلغ [الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) المُحدد قبل أن تبدأ [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) في سداد تكاليف هذه الخدمات.  [NO:] ليس عليك استيفاء [مبالغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) مقابل خدمات محددة. |
| **ما [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) بالنسبة لهذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)؟** | **$** | [YES:] إن [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)، يجب عليهم استيفاء [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) الخاصة بكل فرد منهم حتى يتم استيفاء [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) للعائلة بأكملها. **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]** إذا كان لديك أي أفراد عائلة آخرين مندرجين في هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)، يجب استيفاء [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) للعائلة بأكملها.  [NO:] لا تشمل هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) أي [تكاليف نثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) ضمن نفقاتك. |
| **ما لم يتم إدراجه في** [**التكاليف النثرية**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**؟** |  | [YES:] على الرغم من سدادك هذه النفقات، فإنها لا تُحسب ضمن [التكاليف النثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit).  [NO:] لا تشمل هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) أي [تكاليف نثرية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit) ضمن نفقاتك. |
| **هل ستدفع مبلغًا أقل في حالة استخدام [موفر الخدمة التابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "network-provider)؟** |  | [YES:] **[If simple network:]** تستخدم [هذه الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) [شبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)  [موفري الخدمات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network). ستدفع مبلغًا أقل إذا استخدمت [موفر خدمة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) يعمل في [شبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "network) الخطة. ستدفع أقصى مبلغ في حالة استخدام [موفر خدمة غير تابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider)، وستستلم فاتورة من [الموفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) لتوضيح الفرق بين رسوم الموفر وما تدفعه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) من ([موازنة الفواتير](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "balance-billing)). عليك إدراك أن [الموفر التابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "network-provider) قد يستخدم [موفرًا غير تابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider) من أجل بعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). تحقق مع [الموفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) قبل تلقي الخدمات.  **[If tiered network:]** إنك تدفع أقل مبلغ في حالة استخدام [موفر الخدمة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) تابع للشبكة[insert tier name]. إنك تدفع أقصى مبلغ في حالة استخدام [موفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) تابع للشبكة [insert tier name]. ستدفع أقصى مبلغ في حالة استخدام [موفر غير تابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider)، وستستلم فاتورة من [الموفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) لتوضح الفرق بين رسوم [الموفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) وما تدفعه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) من ([موازنة الفواتير](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "balance-billing)). عليك إدراك أن [الموفرالتابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "network-provider) قد يستخدم [موفرًا غير تابع للشبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider) لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). تحقق مع [الموفر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) قبل تلقي الخدمات.  [NO:] لا تستخدم [هذه الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) [شبكة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) [موفري الخدمات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network). يمكنك تلقي الخدمات التي يتم تغطيتها من أي [موفر خدمة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider). |
| **هل أحتاج إلى [إحالة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "referral) لرؤية [أخصائي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "specialist)؟** |  | [YES:] ستدفع هذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) بعض التكاليف أو كلها لرؤية [أخصائي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "specialist) من أجل الخدمات التي يتم تغطيتها ولكن فقط في حالة الحصول على [إحالة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "referral) قبل رؤية [الأخصائي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "specialist).  [NO:] يمكنك رؤية [أخصائي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "specialist) من اختيارك بدون [إحالة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "referral). |

| **Exclamation** | كل تكاليف **[المشاركة في الدفع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "copayment)** و[**التأمين المشترك**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء **[مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)** إذا تم تطبيق **[مبلغ الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)**. [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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) للرعاية الصحية** | زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض |  |  |  |
| زيارة [أخصائي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) |  |  |  |
| [الرعاية الوقائية](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[الفحص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/التطعيم |  |  |  |
| **في حالة الخضوع لفحص** | [فحص تشخيصي](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "prescription-drug-coverage)** على الموقع الإلكتروني www.[insert].com | الأدوية المكافئة |  |  |  |
| أدوية العلامات التجارية المفضلة |  |  |  |
| أدوية العلامات التجارية غير المفضلة |  |  |  |
| [أدوية مخصصة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [وسائل النقل الطبية للحالات الطارئة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [رعاية عاجلة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **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 |  |  |  |
| **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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [خدمات إعادة التأهيل](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [خدمات التأهيل](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [رعاية التمريض المتخصصة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [الأجهزة الطبية المُعمِّرة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [رعاية المسنين](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) بوجه عام (تحقق من تعليمات الخطة أو السياسة للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بأي [خدمات مستثناة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "excluded-services) أخرى.)** | | |
| * الرعاية التقويمية للعمود الفقري * الجراحة التجميلية * رعاية الأسنان (للبالغين) * وسائل المساعدة السمعية | * علاج العقم * الرعاية طويلة المدى * الرعاية للحالات غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة. | * خدمات التمريض الخصوصية * الرعاية الروتينية للعين (للبالغين) * الرعاية الروتينية للقدم |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **خدمات أخرى يتم تغطيتها (قد تُطبق الحدود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. الرجاء الإطلاع على تعليمات [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan).)** | | |
| * الوخز الإبري | * جراحة لعلاج السمنة | * برامج إنقاص الوزن |

**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](http://Marketplace). للحصول على المزيد من المعلومات حول [Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "marketplace)، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني [www.HealthCare.gov](http://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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) لرفض [مطالبة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "claim). تسمى هذه الشكوى [تظلمًا](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "grievance) أو [طعنًا](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "appeal). للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك، اطلع على شرح المزايا الذي ستتسلمه لتلك [المطالبة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "claim) الطبية. توفر لك تعليمات [خطتك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) المعلومات الكاملة لتقديم [مطالبة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "claim)، أو [طعن](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "appeal)، أو [تظلم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "grievance) لأي سبب إلى [خطتك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan). 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "minimum-essential-coverage) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) باستيفاء [الحد الأدنى من معايير القيمة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "minimum-value-standard)، فقد تكون مؤهلاً للحصول على [إعفاء ضريبي من القسط التأميني](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "premium-tax-credits) لمساعدتك على الدفع [لخطتك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) من خلال [Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "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.–––––––––––*–––––––––––

Exclamation

**هذا ليس مُقدِر للتكاليف.** المعالجات الموضحة ما هي إلا أمثلة للكيفية التي من خلالها يمكن لهذه [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) تغطية تكاليف الرعاية الطبية. ستختلف التكاليف الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحددها [الموفرون](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) والعديد من العوامل الأخرى. التركيز على مبالغ [المشاركة في التكاليف](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) ومبالغ ([الخصم](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)، [ومبالغ المشاركة في الدفع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) و[التأمين المشترك](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)) و[الخدمات المستثناة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services) بموجب [الخطة](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan). استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء من التكاليف التي قد تقوم بسدادها ضمن [الخطط](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)الصحية المختلفة. الرجاء ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

**معلومات عن أمثلة التغطية هذه:**

**سترزق Peg بطفل**(9 أشهر من رعاية مرحلة ما قبل الولادة بداخل الشبكة والولادة بالمستشفى)

◼ **إجمالي** [**مبلغ الخصم**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)[**للخطة**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**أخصائي**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)[**للخطة**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**أخصائي**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[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** | **$**  **ستتولى الخطة مسؤولية التكاليف الأخرى للخدمات التي يتم تغطيتها هذه المذكورة كمثال.** |

**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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)[**للخطة**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**أخصائي**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[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** | **$** |