|  |
| --- |
| **این مدرک خلاصه مزایا و پوشش (SBC - Summary of Benefits and Coverage) به شما در انتخاب یک [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) مراقبت های بهداشتی و درمانی کمک خواهد کرد.  SBC به شما نشان خواهد داد که شما و [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) چگونه هزینه خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی را بین هم تقسیم می کنید. تذکر: اطلاعات مربوط به مخارج این** [**برنامه**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) **(که [حق بیمه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مبلغ مجاز)، [صدور صورتحساب بر اساس تراز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#صدور صورتحساب بر اساس تراز)، [کارمزد متغیر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کارمزد متغیر)، [فرانشیز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#فرانشیز)، [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات)، [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#ارائه کننده) یا سایر لغت های زیرخط دار به لغت نامه رجوع کنید. لغت نامه در www.[insert].com  قابل مشاهده است، یا اینکه می توانید با 1-800-[insert] تماس گرفته و یک نسخه از آنرا درخواست کنید. [اختیاری**:** سؤالات: با شماره 1-800-[insert] تماس گرفته یا از www.[insert].com بازدید نمایید تا اطلاعات بیشتر کسب کنید، شامل یک نسخه از [plan’s summary plan description / policy documents] خود] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سؤالات مهم** | **پاسخ ها** | **اهمیت این موضوع چیست:** |
| [**کسورات**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات) **کلی چیست؟** | **$** | [:YES] بطور کلی شما باید تمام هزینه های [ارائه کنندگان](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) را تا سقف مبلغ [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) بپردازید تا سپس این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) شروع به پرداخت نماید. **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]**  اگر سایر اعضای خانواده شما در[برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) هستند، تک تک اعضای خانواده باید به سقف [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) فردی خود برسند تا اینکه کل مبلغ [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) پرداخت شده توسط تمام اعضای خانواده به مبلغ کلی [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) خانواده برسد.  **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]** اگر دیگر اعضای خانواده در بیمه نامه شما هستند، باید به مبلغ کلی [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) خانواده برسید تا بعد از آن [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) شروع به پرداخت نماید.  [NO:] برای آگاهی از مخارج خود برای خدماتی که این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) پوشش می دهد به جدول رویدادهای پزشکی عادی در زیر رجوع کنید. |
| **آیا هیچکدام از خدمات قبل از رسیدن به حد [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات)** **پوشش داده می شوند؟** | **$** | [ESY:] این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) برخی از اقلام و خدمات را حتی اگر به حد مبلغ [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) خود نرسیده باشید پوشش می دهد. اما احتمالاً یک [فرانشیز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "فرانشیز) یا [کارمزد متغیر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کارمزد متغیر) در نظر گرفته خواهد شد. **[For non-grandfathered plans insert:]** "بعنوان مثال، این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) هزینه برخی [خدمات پیشگیرانه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مراقبت های پیشگیرانه) را بدون [سهم هزینه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#سهم هزینه) و قبل از اینکه به حد [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) برسید پوشش می دهد. فهرست موارد [خدمات پیشگیرانه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مراقبت های پیشگیرانه) تحت پوشش را در <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/> ملاحظه کنید.  [ON:] شما باید به حد [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) خود برسید تا [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) بعد از آن هزینه خدمات را پرداخت نماید. |
| **آیا** [**کسورات**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات) **دیگری برای خدمات خاص وجود دارد؟** |  | [YES:] قبل از آنکه این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) پرداخت هزینه این خدمات را آغاز کند، باید کل هزینه این خدمات را تا سقف مبلغ [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) بپردازید.  [NO:] برای برخی خدمات لازم نیست به حد [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات) برسید. |
| [**حد نقدی**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#حد نقدی) **برای این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) چقدر است؟** | **$** | [ESY:] [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#حد نقدی) به بیشترین مبلغی گفته می شود که در یک سال برای خدمات تحت پوشش پرداخت می کنید.  **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded MOOP:]** اگر سایر اعضای خانواده شما در [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) باشند، آنها باید به [حدهای نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حد نقدی) شخصی خود برسند تا بعد کل خانواده بتواند [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حد نقدی) خود را محقق کند. **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]** اگر سایر اعضای خانواده شما در این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) باشند، باید به [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#حد نقدی) کل خانواده رسیده باشید.  [ON:] این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) فاقد [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حد نقدی) برای مخارج شماست. |
| **چه چیزی مشمول** [**حد نقدی**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#حد نقدی) **نمی شود؟** |  | [YES:] این مخارج حتی در صورت پرداخت جزو سقف [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حد نقدی) منظور نمی شوند.  [NO:] این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) فاقد [حد نقدی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حد نقدی) برای مخارج شماست. |
| **در صورت استفاده از [ارائه کنندگان عضو شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده عضو شبکه) هزینه کمتری خواهید پرداخت؟** |  | [YES:] **[If simple network:]** این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) از یک [شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) [ارائه کنندگان](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#شبکه) استفاده می کند. در صورتی هزینه کمتر پرداخت می کنید که از یک [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) عضو [شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#شبکه) برنامه استفاده کنید. زمانی بیشترین هزینه را خواهید داشت که از [ارائه کنندگان خارج از شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#ارائه دهنده خارج از شبکه) استفاده کنید، و ممکن است از [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) بابت اختلاف مبلغ مطالبه شده ارائه کننده و آنچه که [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) پرداخت می کند یک صورتحساب دریافت کنید ([صدور صورتحساب بر اساس تراز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "صدور صورتحساب بر اساس تراز)). لطفاً توجه داشته باشید، [ارائه کنندگان عضو شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده عضو شبکه) ممکن است برای برخی خدمات (مانند کارهای آزمایشگاهی) از [ارائه کنندگان خارج از شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه دهنده خارج از شبکه) استفاده کنند. قبل از دریافت خدمات با [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#ارائه کننده) خود چک کنید.  **[If tiered network:]** زمانی کمترین پرداخت را خواهید داشت که از یک [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) در [insert tier name] استفاده کنید. زمانی بیشترین پرداخت را خواهید داشت که از یک [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) در[insert tier name] استفاده کنید. زمانی بیشترین هزینه را خواهید داشت که از [ارائه کنندگان خارج از شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه دهنده خارج از شبکه) استفاده کنید، و ممکن است از [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) بابت اختلاف مبلغ مطالبه شده [ارائه کننده و](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider) آنچه که [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) پرداخت می کند یک صورتحساب دریافت کنید ([صدور صورتحساب بر اساس تراز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه)). لطفاً توجه داشته باشید، [ارائه کنندگان عضو شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده عضو شبکه) ممکن است برای برخی خدمات (مانند کارهای آزمایشگاهی) از [ارائه کنندگان خارج از شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه دهنده خارج از شبکه) استفاده کنند. قبل از دریافت خدمات با [ارائه کننده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) خود چک کنید.  [NO:] این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) از یک [شبکه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) [ارائه کنندگان](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#شبکه) استفاده نمی کند. شما می توانید خدمات تحت پوشش را از هر [ارائه کننده ای](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) دریافت کنید. |
| **آیا برای مراجعه به یک [متخصص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارجاع)، به [ارجاع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "متخصص) نیاز دارم؟** |  | [YES:] این [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) تمام یا بخشی از هزینه مراجعه به [متخصص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "متخصص) برای خدمات تحت پوشش را پرداخت می کند اما فقط بشرطی که [ارجاع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارجاع) را قبل از مراجعه به [متخصص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "متخصص) گرفته باشید.  [NO:] شما می توانید [متخصص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "متخصص) مورد نظر خود را بدون نیاز به گرفتن [ارجاع](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارجاع) ببینید. |

| **Exclamation** | تمام مخارج **[فرانشیز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "فرانشیز)** و **[کارمزد متغیر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کارمزد متغیر)** نشان داده شده در این جدول بعد از رسیدن به حد مبلغ **[کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات)** است، در صورتی که **[کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "کسورات)** اعمال گردد. [include only if plan has deductible |
| --- | --- |

| **رویداد پزشکی عادی** | **خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید** | **آنچه که شما پرداخت می کنید** | | **محدودیت ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارائه کننده [عضو شبکه]**  **(کمترین مبلغ  را پرداخت می کنید)** | **ارائه کننده [خارج از شبکه]**  **(بیشترین مبلغ  را پرداخت می کنید)** |
| در صورت مراجعه به مطب یا کلینیک [ارائه دهنده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "ارائه کننده) مراقبت های بهداشتی | ویزیت مراقبت های اولیه به منظور درمان یک جراحت یا بیماری |  |  |  |
| ویزیت متخصص |  |  |  |
| [مراقبت های پیشگیرانه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#مراقبت های پیشگیرانه) /[غربالگری](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#غربالگری)/واکسیناسیون |  |  |  |
| اگر آزمایشی داشته باشید | [آزمایش تشخیص طبی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#آزمایش تشخیص طبی)  (عکس رادیولوژی، آزمایش خون) |  |  |  |
| تصویربرداری  (اسکن های PET/CT، MRI) |  |  |  |
| اگر برای درمان بیماری خود به دارو نیاز داشته باشید  **اطلاعات بیشتر درباره** [پوشش داروهای نسخه ای](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "پوشش داروهای نسخه ای) **در** www.[insert].com **موجود است** | داروهای ژنریک |  |  |  |
| داروی مارک دار ترجیحی |  |  |  |
| داروی مارک دار غیرترجیحی |  |  |  |
| [داروهای تخصصی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#داروی تخصصی) |  |  |  |
| اگر جراحی سرپایی داشته باشید | هزینه مرکز (مثلاً، مرکز جراحی سرپایی) |  |  |  |
| هزینه های پزشک/جراح |  |  |  |
| اگر نیاز به خدمات پزشکی فوری داشته باشید | [مراقبت های بخش اورژانس](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#مراقبت های بخش اورژانس خدمات اورژانس) |  |  |  |
| [انتقال اورژانسی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#انتقال پزشکی اورژانسی) |  |  |  |
| [مراقبت فوری](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#مراقبت های فوری) |  |  |  |
| اگر در بیمارستان بستری شوید | هزینه مرکز (مثلاً، اتاق بیمارستان) |  |  |  |
| هزینه های پزشک/جراح |  |  |  |
| اگربه خدمات بهداشت روانی، بهداشت رفتاری یا سوء مصرف مواد نیاز داشته باشید | خدمات بیماران سرپایی |  |  |  |
| خدمات بیماران بستری |  |  |  |
| اگر باردار هستید | ويزيت ها در مطب |  |  |  |
| خدمات تخصصی زایمان/نوزادان |  |  |  |
| خدمات مراکز زایمان/نوزادان |  |  |  |
| اگر برای بهبود نیاز به کمک دارید یا نیازهای بهداشتی خاصی دارید | [مراقبت های بهداشتی خانگی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#مراقبت های بهداشتی خانگی) |  |  |  |
| [خدمات توانبخشی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#خدمات توانبخشی) |  |  |  |
| [خدمات تجهیز](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#خدمات تجهیز) |  |  |  |
| [مراقبت پرستاری تخصصی](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#مراقبت های تخصصی پرستاری) |  |  |  |
| [وسیله پزشکی بادوام](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#وسایل با دوام پزشکی) |  |  |  |
| [خدمات مراقبت از بیماران لاعلاج](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) برنامه شما معمولاً این موارد را پوشش نمی دهد (برای کسب اطلاعات بیشتر و فهرست سایر [خدمات مستثنی شده](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "خدمات مستثنی) به بیمه نامه یا مدرک برنامه خود رجوع کنید.)** | | |
| * مراقبت کایروپراکتیک * جراحی زیبایی * مراقبت های دندانپزشکی (بزرگسالان) * سمعک | * درمان ناباروری * مراقبت هاى بلندمدت * مراقبت های غیراضطراری وقتی خارج از آمریکا هستید | * پرستار خصوصی * مراقبت های عادی چشم (بزرگسالان) * مراقبت های عادی پا |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سایر خدمات تحت پوشش (ممکن است محدودیت هایی برای این خدمات وجود داشته باشد. این یک فهرست کامل نیست. لطفاً به مدرک [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) بیمه بهداشتی و درمانی. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره [Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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 برعلیه [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) خود بخاطر رد شدن یک [مطالبه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مطالبه) شکایت داشته باشید، سازمان هایی برای کمک وجود دارند. به این اعلام نارضایتی [شکایت](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "شکایت) یا درخواست [تجدیدنظر](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "تجدیدنظر) گفته می شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود، به شرح مزایا که همراه آن [مطالبه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مطالبه) پزشکی دریافت می کنید رجوع نمایید. مدارک [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) شما هم حاوی اطلاعات کامل جهت ارسال یک درخواست [مطالبه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "مطالبه)،** [**تجدیدنظر**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#تجدیدنظر)**، یا یک [شکایت](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "شکایت) به هر دلیل به [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "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 می کند؟ [بلی/خیر]

اگر فاقد [حداقل پوشش ضروری](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "حداقل پوشش ضروری) برای یک ماه هستید، باید هروقت اظهارنامه مالیاتی خود را تسلیم می کنید 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) شما با [استاندارد حداقل ارزش](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "استاندارد حداقل ارزش) همخوانی نداشته باشد، شاید واجد شرایط یک [اعتبار مالیاتی حق بیمه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "اعتبارهای مالیاتی حق بیمه) باشید تا برای پرداخت هزینه یک [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "برنامه) از طریق** [Marketplace](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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, kwiijigo holne’ [insert telephone number].]

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

Exclamation

**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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#ارائه کننده) **شما و عوامل متعدد دیگر متفاوت باشد. به مبالغ** [**سهم هزینه**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#سهم هزینه) **(**[**کسورات**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات)**،** [**فرانشیز**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#فرانشیز) **و** [**کارمزد متغیر**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کارمزد متغیر)**) و** [**خدمات مستثنی شده**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#خدمات مستثنی) **در** [**برنامه**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) **توجه داشته باشید. از این اطلاعات برای مقایسه بخش هایی از هزینه در** [**برنامه های**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) **بهداشتی و درمانی مختلف استفاده کنید. لطفاً توجه داشته باشید که این مثال های پوشش صرفاً بر اساس پوشش شخصی هستند.**

**درباره این مثال های پوشش:**

**Peg** بچه دار می شود  
 (9 ماه مراقبت های پیش از زایمان توسط ارائه کنندگان عضو شبکه و زایمان در بیمارستان)

◼ مبلغ کلی [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات) $

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

کنترل دیابت نوع **2** برای **oeJ**  
(یک سال مراقبت های معمول توسط ارائه کنندگان عضو شبکه برای یک عارضه بخوبی کنترل شده)

◼ **مبلغ کلی** [**کسورات**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه)[**برنامه**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات) **$**

◼[**متخصص**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | $ |

شکستگی ساده **Mia**  
(مراجعه به بخش اورژانس عضو شبکه   
و مراقبت های پیگیری)

◼ مبلغ کلی [کسورات](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#برنامه) [برنامه](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#کسورات) $

◼ [متخصص](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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)

وسیله پزشکی بادوام (چوب زیر بغل)

خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | $ |