



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (Summary of Benefits and Coverage (SBC في اختيار خطة صحية. يوضح لك ملخص المزايا والتغطية (SBC كيفية اشتراكك بالخطة الصحية وتفاصيل الخطة فيما يتعلق بالتكاليف المتقسمة لخدمات الرعاية الصحية المغطاة. **ملاحظة: سنقدم لك معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى قسط التأمين) بشكل منفصل. وهذه الوثيقة مجرد ملخص موجز.** لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من الشروط الكاملة للتغطية، يرجى زيارة www.kp.org/plandocuments أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711). للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة مثل المبلغ المسموح به أو رصيد الفواتير أو التأمين المشترك أو الدفع المشترك أو **المبالغ المقتطعة** أو مزود الخدمات أو أي من المصطلحات الموضحة، برجاء تفقد مسرد المصطلحات. يمكنك استعراض مسرد المصطلحات على www.healthcare.gov/sbc-glossary أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	إجابات	لماذا يعد هذا الأمر مهمًا:
ما هو إجمالي المبالغ المقتطعة ؟	0 دولار أمريكي	انظر مخطط الأحداث الطبية الشائعة أدناه للحصول على تكلفة الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك خدمات مغطاة قبل الوصول إلى مبالغك المقتطعة ؟	لا ينطبق.	تغطي هذه الخطة بعض البنود والخدمات حتى لو لم تصل إلى المبلغ المقتطع بعد. ولكن قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة الخدمات الوقائية دون اقتسام التكلفة قبل أن تصل إلى مبلغك المقتطع. انظر قائمة الخدمات الوقائية على www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
هل هناك مبالغ مقتطعة أخرى للحصول على خدمات محددة؟	لا.	لا يتوجب عليك استيفاء بند المبالغ المقتطعة للحصول على خدمات محددة.
ما هو حد الدفع من رصيد أموالك الخاص لهذه الخطة ؟	1,200 دولار أمريكي للفرد/ 2,400 دولار أمريكي للأسرة	إن حد الدفع من أموالك الخاصة هو أقصى ما يمكنك دفعه في عام واحد للحصول على الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد أسرة آخرين في هذه الخطة، فيجب أن يفوا بحدود الدفع من الجيب الخاصة بهم إلى أن يتم الإيفاء بحد الدفع من النفقات الخاصة الإجمالي للأسرة .
ما البنود غير المدرجة في حد الدفع من أموالك الخاصة ؟	لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).	على الرغم من أنك تسدد هذه المصروفات، فلا يمكن احتسابها كجزء من حد الدفع من أموالك الخاصة .
هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم الخدمات داخل الشبكة ؟	نعم. برجاء تفقد الموقع الإلكتروني: www.kp.org أو الاتصال على الرقم 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) للحصول على قائمة مزودي الخدمات داخل الشبكة.	تستخدم هذه الخطة شبكة مزودي خدمات. ستدفع أقل إذا كنت تستخدم مزودًا داخل شبكة الخطة. سوف تدفع أكثر إذا كنت تستخدم مزودًا خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مزود خدمة عن الفارق بين رسوم المزود وما تدفعه خطتك (فاتورة المبلغ المتبقي). يرجى الانتباه، قد يستخدم مزودك داخل الشبكة مزودًا من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). راجع مزود الخدمات الخاص بك قبل الحصول على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة أخصائي ؟	نعم، ولكن قد تحيل نفسك إلى أخصائيين محددين.	سوف تدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف لزيارة أخصائي للخدمات المغطاة وذلك فقط في حالة إن كان لديك إحالة قبل أن تزور الأخصائي .

⚠ جميع تكاليف **الدفع المشترك** و **التأمين المشترك** موضحة في هذا الجدول بعد أن يتم الأيفاء **بمبالغ المقتطعة**، إذا كانت **المبالغ المقتطعة** تنطبق.

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ما القيمة التي ستدفعها		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود خدمات داخل الشبكة (ستدفع قيمة أقل)	مزود خدمات خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
إذا قمت بزيارة مكتب أو عيادة مزود رعاية صحية	زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	زيارة الأخصائي	15 دولار أمريكي لكل زيارة	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	الرعاية الوقائية /الفحص/ التطعيم	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	قد يتوجب عليك الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. اسأل مزود خدماتك ما إن كانت الخدمات وقائية. ثم راجع المبلغ مستحق الدفع بخطتك مقابله.
إذا كنت ستخضع لفحص	فحص تشخيصي (أشعة سينية- فحوصات الدم)	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	التصوير الإشعاعي (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	50 دولار أمريكي لكل زيارة	غير مشمولة بالتغطية	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى عقاقير لمعالجة مرضك أو حالتك تتوفر مزيد من المعلومات حول تغطية عقاقير الوصفات الطبية على www.kp.org/formulary	العقاقير المستندة إلى القيمة	4 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة)	غير مشمولة بالتغطية	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير الجنيسة غير المفضلة (المستوى 1)	8 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولار أمريكي من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني)/ وصفة طبية		
	عقاقير العلامات التجارية المفضلة (المستوى 2)	25 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة): خصم 5 دولار أمريكي من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني)/ وصفة طبية	غير مشمولة بالتغطية	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير غير المفضلة (المستوى 3)	غير مشمولة بالتغطية	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	العقاقير المستندة إلى التخصص	تنطبق حصص تكلفة العلامات التجارية المفضلة أو العامة	غير مشمولة بالتغطية	إمداد حتى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). بحسب تعليمات كتيب الوصفات ، عند اعتماده من خلال عملية

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ما القيمة التي ستدفعها		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود خدمات داخل الشبكة (ستدفع قيمة أقل)	مزود خدمات خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
		المفضلة المنطبقة.		الاستثناءات.
إن كان لديك جراحة بالعيادات الخارجية	رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المصاحب بسيارة الإسعاف)	50 دولار أمريكي لكل زيارة	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	رسوم الطبيب/الجراح	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	رسوم الطبيب / الجراح مشمولة في رسوم المرافق.
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	200 دولار أمريكي في الزيارة	200 دولار أمريكي في الزيارة	يجب عليم أن تخطر مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة إذا تم إدخالك لدى مزود خدمة خارج الشبكة، وهذا يقتصر على حالات الطوارئ الأولية فقط. يتم التنازل عن الدفع المشترك إذا تم دخولك إلى المستشفى كمريض داخلي.
	الانتقالات الطبية الطارئة	تأمين مشترك بنسبة 20%	تأمين مشترك بنسبة 20%	لا يوجد
	الرعاية الطارئة	بدون رسوم	200 دولار أمريكي في الزيارة	مزودي الخدمات من خارج الشبكة الذين يتم تغطيتهم عندما تكون خارج منطقة الخدمة بشكل مؤقت.
إذا كنت تتمتع بخيار البقاء في المشفى	رسوم المرافق (على سبيل المثال: غرفة المستشفى)	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة بالتغطية	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	رسوم الطبيب/الجراح	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	رسوم الطبيب / الجراح مشمولة في رسوم المرافق. مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو السلوكية أو خدمات إساء استخدام العقاقير	خدمات العيادات الخارجية	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد
	خدمات العيادات الداخلية	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة بالتغطية	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	بناءً على نوع الخدمة، قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو المبالغ المقطوعة قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوٹ الصوتية)
	الخدمات التخصصية لعمليات الولادة	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	رسوم الخدمات التخصصية مشمولة في رسوم المرافق. يجب أن تخطري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف</u> خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	خدمات مرافق الولادة	100 دولار أمريكي في اليوم	غير مشمولة بالتغطية	يجب إخطار مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ما القيمة التي ستدفعها		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود خدمات داخل الشبكة (ستدفع قيمة أقل)	مزود خدمات خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
		حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك		ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكنًا من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف</u> خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للشفاء أو لديك احتياجات صحية أخرى	الرعاية الصحية المنزلية	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات إعادة التأهيل	خدمات العيادات الخارجية بدون رسوم مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة بالتغطية	مدمجة مع خدمات التأهيل: خدمات العيادات الخارجية 60 زيارة في السنة مرضى العيادات الداخلية: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات التأهيل	خدمات العيادات الخارجية بدون رسوم مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة بالتغطية	مدمجة مع خدمات إعادة التأهيل: خدمات العيادات الخارجية 60 زيارة في السنة مرضى العيادات الداخلية: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	الرعاية التمرضية المتخصصة	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	60 يومًا في السنة مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	المعدات الطبية المعمرة	<u>تأمين مشترك</u> بنسبة 50%	غير مشمولة بالتغطية	بحسب تعليمات <u>كتيب الوصفات</u> . مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات المسنين	بدون رسوم	غير مشمولة بالتغطية	مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية بالأسنان أو العين	فحص عيني الأطفال	بدون رسوم لاختبار فحص الانكسار	غير مشمولة بالتغطية	يقتصر على فحص واحد لكل 12 شهر
	نظارات الأطفال	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المقتطعة	غير مشمولة بالتغطية	يقتصر الأعضاء ممن يبلغون 19 عامًا وأكثر على مبلغ 300 دولار أمريكي / 12 شهر، أما الأعضاء الذين هم تحت عمر 19 عامًا، فيقتصرون على زوج واحد من الإطارات والعدسات في العام الواحد أو عدسات لاصقة يتم تغطيتها بتأمين مشترك نسبته 50%.
	فحص أسنان الأطفال	غير مشمولة بالتغطية	غير مشمولة بالتغطية	لا يوجد

الخدمات المستثناة وغيرها من الخدمات المغطاة:

الخدمات التي لا تغطيها **خطتك** بشكل عام (راجع مستند بوليصةك أو **خطتك** لمزيد من المعلومات ولقائمة أي **خدمات أخرى مستثناة**).

- جراحة التجميل
- الرعاية طويلة الأجل
- العناية الروتينية بالأقدام
- العناية بالأسنان (الكبار والصغار)
- الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة
- برامج فقدان الوزن
- سماعات الأذن
- التمريض ذو المهام الخاصة

الخدمات الأخرى المغطاة (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يرجى مراجعة مستند **خطتك**).

- العلاج بالإبر (20 زيارة في السنة)
- تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة)
- العناية الروتينية بالعينين (لل كبار)
- جراحات علاج السمّة
- علاج العقم (الحد الطبي 50,000 دولار أمريكي، وحد الأدوية 35,000 دولار أمريكي / مدى الحياة)

حقوقك لاستمرار التغطية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا أردت الاستمرار في تغطيتك التأمينية بعد انتهائها. وفيما يلي معلومات الاتصال بتلك الوكالات في الجدول أدناه. قد تتوفر لديك أيضاً خيارات تغطية أخرى، بما فيها شراء تغطية تأمينية فردية عبر **المتجر للتأمين الصحي**. لمزيد من المعلومات حول المتجر، زر www.HealthCare.gov أو اتصل على 1-800-318-2596.

حقوقك في تقديمك التظلمات والاستئنافات: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كان لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. يُطلق على الشكوى اسم استئناف أو تظلم. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، انظر تفسير المزايا التي ستتلقاها عن تلك المطالبة الطبية. كما توفر مستندات خطتك معلومات كاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو استئناف أو تظلم لأي سبب على خطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو حول هذا الإشعار أو مساعدتك، اتصل بالوكالات في الجدول أدناه.

معلومات الاتصال من أجل حقوقك في استمرار التغطية وحقوقك في تقديم التظلمات والاستئنافات:

www.kp.org أو 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711)	خدمات أعضاء المؤسسة: Kaiser Permanente Member Services
www.dol.gov/ebsa/healthreform أو 1-866-444-EBSA (3272)	إدارة أمن منافع الموظفين، Department of Labor
www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 X61565	Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight
www.insurance.wa.gov أو 1-800-562-6900	Washington Department of Insurance

هل توفر هذه الخطة حد أدنى من التغطية الأساسية؟ نعم

تشمل التغطية الأساسية الدنيا عادةً **الخطط** و **التأمين الصحي** المتاح من خلال **المتجر** أو بوالص السوق الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وتغطية أخرى محددة. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من التغطية التأمينية الدنيا، فقد لا تكون مؤهلاً **للاتئمان الضريبي على القسط**.

هل تفي هذه الخطة بالحد الأدنى لمعايير القيمة؟ نعم

إذا كانت خطتك لا تفي بالحد الأدنى لمعايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً لاتئمان ضريبي على القسط لمساعدتك على الدفع مقابل الخطة من خلال المتجر.

خدمات الوصول اللغوي:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

لمشاهدة أمثلة حول كيفية تغطية هذه **الخطة** للتكاليف لأحد المواقف الطبية، انظر القسم التالي.



هذا ليس تقييم للتكلفة. إن العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة حول كيفية إمكانية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليف الرعاية الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحتسبها مزودو خدماتك والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ مشاركة التكلفة (المبالغ المقطوعة والدفعات المشتركة والدفعات المشتركة و التأمين المشترك) و الخدمات المستثناة ضمن الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها ضمن خط صحية مختلفة. يرجى العلم أن هذه الأمثلة على التغطية تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

كسر بسيط أصيبت به "ميا" (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة والمتابعة)	علاج السكري من النوع الثاني للمريض جو (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم بها جيدًا)	"بيج" على وشك أن تلد طفلًا (9 أشهر من الرعاية داخل الشبكة وقبل الولادة والولادة في مستشفى)
---	--	---

■ إجمالي المبلغ المقطوع في الخطة هو 0 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ التأمين المشترك (لفحص الدم) آخر 0 دولار أمريكي	■ إجمالي المبلغ المقطوع في الخطة هو 0 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ التأمين المشترك (لإجراء فحص الدم) آخر 0 دولار أمريكي	■ إجمالي المبلغ المقطوع في الخطة هو 0 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي ■ الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ التأمين المشترك (أشعة سينية) الآخر 0 دولار أمريكي
--	--	---

يشمل هذا المثال خدمات مثل: رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية) اختبار تشخيصي (أشعة سينية) المعدات الطبية المعمرة (العكازات) خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)	يشمل هذا المثال خدمات مثل: زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التنقيف حول المرض) اختبارات تشخيصية (فحص الدم) العقاقير المستندة إلى وصفة طبية المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)	يشمل هذا المثال خدمات مثل: زيارات عيادة الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة) الخدمات التخصصية لعمليات الولادة خدمات مرافق الولادة اختبارات تشخيص (موجات صوتية وفحص الدم) زيارة الأخصائي (تخدير)
--	---	---

إجمالي التكلفة في المثال	إجمالي التكلفة في المثال	إجمالي التكلفة في المثال
2800 دولار أمريكي	5600 دولار أمريكي	12,700 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع ميا:	في هذا المثال، سيدفع "جو":	في هذا المثال، ستدفع بيج:
التكلفة المشتركة	التكلفة المشتركة	التكلفة المشتركة
المبالغ المقطوعة	المبالغ المقطوعة	المبالغ المقطوعة
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	الدفعات المشتركة	الدفعات المشتركة
400 دولار أمريكي	600 دولار أمريكي	200 دولار أمريكي
التأمين المشترك	التأمين المشترك	التأمين المشترك
300 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	الخدمات غير المشمولة	الخدمات غير المشمولة
الحدود أو الاستثناءات	الحدود أو الاستثناءات	الحدود أو الاستثناءات
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	20 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "ميا": 700 دولار أمريكي	المبلغ الإجمالي الذي سيدفعه "جو": 600 دولار أمريكي	المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "بيج": 220 دولار أمريكي

ستكون الخطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى- لهذه الخدمات المغطاة في المثال.