



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (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. هذه 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 ؟	1,500 دولار أمريكي للفرد/ 3,000 دولار أمريكي للأسرة	بصفة عامة، يجب عليك دفع جميع التكاليف من مقدمي الخدمة حتى المبلغ القابل للخصم قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من الأسرة مشمولين بالخطة ، فيجب على كل فرد منهم استيفاء خصم الأفراد خاص به لتلبية المبلغ الإجمالي للتنفقات القابلة للخصم التي يدفعها جميع أفراد الأسرة المبلغ الإجمالي للخصم الخاص بالأسرة .
هل هناك خدمات مغطاة قبل الوصول إلى مبالغك المقتطعة ؟	نعم. لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).	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 ؟	6,250 دولار أمريكي للفرد/ 12,500 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 آخرون 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 **بمبالغك 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، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	لا يوجد
	زيارة الأخصائي	25 دولار أمريكي لكل زيارة، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	لا يوجد
	الرعاية الوقائية /الفحص/ التطعيم	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	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- اختبار تحليل الدم)	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد
	التصوير الإشعاعي (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	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 p.org/formulary	العقاقير المستندة إلى القيمة	4 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة)	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير الجنيصة المفضلة (المستوى 1)	8 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولار أمريكي من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني)/ وصفة طبية لا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير الجنيصة المفضلة (المستوى 2)	25 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولار أمريكي من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني)/ وصفة طبية لا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير غير المفضلة (المستوى 3)	غير مشمولة	غير مشمولة	لا يوجد
	العقاقير المستندة إلى التخصص	تنطبق حصص تكلفة العلامات التجارية المفضلة أو العامة المفضلة المنطبقة.	غير مشمولة	إمداد حتى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). بحسب تعليمات قائمة الأدوية ، عند اعتمادها من خلال عملية الاستثناءات.
إن كان لديك جراحة بالعيادات الخارجية	رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المتنقل)	50 دولار أمريكي للزيارة، تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد
	رسوم الطبيب/الجراح	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد

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 كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	يجب عليك 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 كمرضى داخلي.
	التنقلات الطبية الطارئة	تأمين مشترك بنسبة 20% المبالغ المخصصة غير مطبقة.	تأمين مشترك بنسبة 20% المبالغ المخصصة غير مطبقة.	لا يوجد
	الرعاية الطارئة	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	المزودون من خارج الشبكة الذين يتم تغطيتهم عندما تكون خارج منطقة الخدمة بشكل مؤقت.
إن كان لديك إقامة بالمستشفى	رسوم المرافق (على سبيل المثال غرفة المستشفى)	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	رسوم الطبيب/الجراح	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو السلوكية أو خدمات إسعاف استخدام العقاقير	خدمات مرضى العيادات الخارجية	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	لا يوجد
	خدمات مرضى العيادات الداخلية	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مشاركة التكلفة لا ينطبق على الخدمات الوقائية. قد تشمل رعاية الأمومة التحاليل والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية)
	خدمات الولادة التخصصية	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	يجب أن تخطري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف خدمات المولود</u> منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	خدمات مرافق الولادة	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	يجب أن تخطري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف خدمات المولود</u> منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	الرعاية الصحية المنزلية	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للشفاء أو لديك احتياجات صحية أخرى	خدمات إعادة التأهيل	مرضى العيادات الخارجية: 25 دولار أمريكي في الزيارة ولا تنطبق المبالغ المخصصة. مرضى العيادات الداخلية: 100	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات التأهيل: مرضى العيادات الخارجية: 60 زيارة كحد أقصى في السنة مرضى العيادات الداخلية: 60 يوماً في السنة/ ومطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ما القيمة التي ستدفعها	
		مزود خدمات داخل الشبكة (ستدفع قيمة أقل)	مزود خدمات خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)
		دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	
	خدمات التأهيل	مرضى العيادات الخارجية: 25 دولار أمريكي في الزيارة ولا تنطبق المبالغ المخصصة. مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة
	الرعاية التمريضية التخصصية	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة
	المعدات الطبية المعمرة	تأمين مشترك بنسبة 50% المبالغ المخصصة غير مطبقة.	غير مشمولة
	خدمات دار المسنين	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة
إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية بالأسنان أو العين	فحص عيني الأطفال	بدون رسوم لاختبار فحص الانكسار المبالغ المخصصة غير مطبقة.	غير مشمولة
	نظارات الأطفال	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة
	فحص أسنان الأطفال	غير مشمولة	غير مشمولة
			لا يوجد

الخدمات المستثناة وغيرها من الخدمات المغطاة:

الخدمات التي لا تغطيها [خطتك](#) بشكل عام (راجع مستند بوليصتك أو [خطتك](#) لمزيد من المعلومات ولقائمة أي [خدمات أخرى مستثناة](#).)

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

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

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

حقوقك لاستمرار الحصول على التغطية التأمينية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا أردت الاستمرار في الحصول على 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 **متجر التأمين 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 تظلم أو استئناف. 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 (خدمة الهاتف النصي: 711) 1-888-901-4636	خدمات الأعضاء (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	دائرة الصحة والخدمات البشرية، مركز معلومات المستهلك والرقابة على التأمين
www.insurance.wa.gov أو 1-800-562-6900	Washington Department of Insurance

هل توفر هذه الخطة حد أدنى من التغطية الأساسية؟ نعم
يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية 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 الحد الأدنى من التغطية الأساسية، 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 تقييمًا للتكلفة. إن العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة حول كيفية إمكانية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليف الفعالية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحتسبها مزود خدماتك والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ مشاركة التكلفة (المبالغ المخصصة والدفعات المشتركة والدفعات المشتركة و التأمين المشترك) و الخدمات المستثناة ضمن الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها ضمن خطط صحية مختلفة. يرجى العلم أن هذه الأمثلة على التغطية تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

كسر بسيط وقع للمريضة "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 وخدمات ما قبل الولادة والولادة
في مستشفى وذلك داخل الشبكة)

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك (أشعة سينية) الآخر 20 دولار أمريكي

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 20%

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 20%

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 التوعية
بشأن المرض)
اختبارات تشخيصية (اختبار تحليل الدم)
العقاقير المستندة إلى وصفة طبية
المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)

يشمل هذا المثال خدمات مثل:

زيارات عيادة الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة)
خدمات الولادة التخصصية
خدمات مرافق الولادة
اختبارات تشخيص (موجات صوتية اختبار تحليل الدم)
زيارة الأخصائي (تخدير)

إجمالي التكلفة في المثال	
2,800 دولار أمريكي	
في هذا المثال، ستدفع "ميا":	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	900 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	100 دولار أمريكي
التأمين المشترك	300 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "ميا":	1,300 دولار أمريكي

إجمالي التكلفة في المثال	
5,600 دولار أمريكي	
في هذا المثال، سيدفع "جو":	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	40 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	600 دولار أمريكي
التأمين المشترك	0 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي سيدفعه "جو":	640 دولار أمريكي

إجمالي التكلفة في المثال	
12,700 دولار أمريكي	
في هذا المثال، ستدفع "بيج":	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	1,500 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	100 دولار أمريكي
التأمين المشترك	2,000 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	20 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "بيج":	3,620 دولار أمريكي

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