



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (SBC) في اختيار خطة صحية. يوضح لك SBC كيف ستشارك أنت والخطة تكلفة خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية. ملاحظة: ستقدم معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تُعرف باسم القسط) بشكل منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك، أو للحصول على نسخة من مصطلحات التغطية الكاملة، يمكنك زيارة www.HealthReformPlanSBC.com أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526. للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به أو فترة الرصيد أو التأمين المشترك أو مبلغ المشاركة في الدفع أو المبلغ المخصص أو مقدم الخدمة أو مسطرة أخرى، راجع مسرد المصطلحات. يمكنك عرض المسرد من <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526 لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	إجابات	الأسباب التي تجعل هذا الأمر مهماً:
ما هو <u>المبلغ المخصص الإجمالي</u> ؟	\$0. خارج الشبكة: الفرد \$500 / العائلة \$1,000.	بشكل عام، يجب أن تدفع جميع تكاليف مقدمي الخدمات حتى تصل إلى <u>المبلغ المخصص</u> قبل بدء <u>الخطة</u> في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في <u>الخطة</u> ، فيجب أن يفي كل فرد من العائلة <u>بالمبلغ المخصص</u> الفردي خاصته حتى يصل إجمالي مبلغ النفقات <u>المخصص</u> الذي يدفعه جميع أفراد العائلة إلى إجمالي <u>المبلغ المخصص</u> العائلي.
هل يوجد خدمات مشمولة بالتغطية قبل الوصول إلى <u>المبلغ المخصص</u> لديك؟	نعم. تُغطي رعاية الطوارئ والأدوية الموصوفة قبل أن تصل إلى <u>المبلغ المخصص</u> .	تغطي هذه <u>الخطة</u> بعض العناصر والخدمات حتى في حالة عدم استيفاء <u>المبلغ المخصص</u> بعد. لكن قد ينطبق <u>مبلغ المشاركة في الدفع</u> و <u>التأمين المشترك</u> . فعلى سبيل المثال، تغطي هذه <u>الخطة</u> خدمات وقائية محددة من دون تقاسم التكلفة وقبل الوصول إلى <u>المبلغ المخصص</u> الخاص بك. يمكنك الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits
هل يوجد <u>مبالغ مخصصة</u> أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك الوصول إلى <u>المبالغ المخصصة</u> لخدمات محددة.
ما هو <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> لهذه <u>الخطة</u> ؟	داخل الشبكة: الفرد \$800 / العائلة \$1,600. خارج الشبكة: الفرد \$800 / العائلة \$1,600. الأدوية الموصوفة: الفرد \$400 / العائلة \$800.	إن <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> هو الحد الأقصى الذي يمكنك دفعه في السنة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون في هذه <u>الخطة</u> ، فيجب عليهم الوصول إلى <u>حدود</u> <u>التكاليف</u> <u>النثرية</u> حتى تصل إلى <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> الإجمالي للعائلة.
ما الذي لا يتضمنه <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> ؟	الأقساط ورسوم فترة الرصيد والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه <u>الخطة</u> والغرامات المفروضة على الإخفاق في الحصول على تصريح مسبق للخدمات.	على الرغم من دفعك لهذه النفقات فقد لا تُحتسب ضمن <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> .
هل ستدفع مبلغاً أقل إذا استعنت بمقدم خدمات داخل الشبكة؟	نعم. انظر www.aetna.com/docfind أو اتصل على 1-800-370-4526 للحصول على قائمة بمقدمي الخدمات داخل الشبكة.	تستعين هذه <u>الخطة</u> بشبكة مقدمي الخدمات. ستدفع مبلغاً أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من داخل شبكة <u>الخطة</u> . إذا استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، ستدفع مبلغاً أكبر وقد تستلم فاتورة من مقدم الخدمة تتضمن الفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه <u>خطتك</u> (فترة الرصيد). يُرجى العلم أنه من الممكن أن يستعين مقدم الخدمة من داخل الشبكة بمقدم خدمة من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل العمل المختبري). تحقق من الأمر مع مقدم الخدمة لديك قبل الحصول على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة أخصائي؟	لا.	يمكنك زيارة <u>الأخصائي</u> الذي تختاره من دون إحالة.



تنطبق جميع تكاليف مبالغ المشاركة في الدفع و التأمين المشترك الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك، إذا كان المبلغ المخصص منطبقاً.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك	
		مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)
في حالة زيارتك لمكتب أو عيادة <u>مقدم رعاية صحية</u>	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، ولا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ، باستثناء عدم وجود رسوم مقابل زيارة مقدم الرعاية الأولية (pcp) المحدد
	زيارة <u>الأخصائي</u>	20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>
	الرعاية الوقائية /الفحص /اللقاح	غير مشمولة بالتغطية، باستثناء 20% للتأمين المشترك لصور الثدي الشعاعية	لا توجد رسوم
	<u>فحص تشخيصي</u> (الأشعة السينية، فحص الدم) التصوير (تصوير مقطعي محوسب (CT)) تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).	20% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم
إذا كان لديك فحص		20% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك	
		مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لمعالجة مرضك أو حالتك تتولى Sav-Rx إدارة <u>تغطية الأدوية الموصوفة</u> يتوفر المزيد من المعلومات حول <u>تغطية الأدوية الموصوفة</u> على www.savrx.com	الأدوية الجنيصة	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$4 على أساس القيمة للإمداد لمدة 30 يومًا، \$8 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$12 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، \$8 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)؛ الأدوية الجنيصة المفضلة \$8 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$16 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$24 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، \$16 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، بالنسبة للأنسولين: لا توجد رسوم	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$13 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$26 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$36 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، الأنسولين: \$13 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية
	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$25 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$50 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$75 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ \$50 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، بالنسبة للأنسولين: لا توجد رسوم	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$30 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$60 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$90 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، الأنسولين: \$30 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية
	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$50 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$100 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$150 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ \$100 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، الأنسولين: \$25 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$55 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$110 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$165 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، الأنسولين: \$35 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية
الأدوية المتخصصة	التكلفة المنطقية كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنيصة أو ذات العلامات التجارية	التكلفة المنطقية كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنيصة أو ذات العلامات التجارية	صرف الوصفة الطبية الأولى عند صيدلية بيع بالتجزئة أو خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx. ويتعين أن تكون عمليات الصرف اللاحقة من خلال خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx.

الحدث الطبي الشائع	الدفعات الواجبة عليك		الخدمات التي قد تحتاج إليها
	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	
إذا كانت لديك جراحة خارج المستشفى	لا يوجد	20% للتأمين المشترك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، مركز الجراحات السامحة بالتجول)
	لا يوجد	20% للتأمين المشترك بعد \$50 للمشاركة في الدفع/زيارة للمشاركة في الدفع/زيارة	رسوم الطبيب/الجراح
إذا احتجت إلى رعاية طبية فورية	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة.	\$200 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	رعاية غرفة الطوارئ
	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة. النقل للحالات غير الطارئة: غير مشمول بالتغطية، باستثناء عند الحصول على تصريح مسبق.	20% للتأمين المشترك، لا ينطبق المبلغ المخصص	النقل في الحالات الطبية الطارئة
إذا كانت لديك إقامة في المستشفى	لا توجد تغطية للاستخدام غير العاجل.	20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	الرعاية العاجلة
	غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	20% للتأمين المشترك بعد \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ لا ينطبق المبلغ المخصص، لا توجد رسوم بعد ذلك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، غرفة بالمستشفى)
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	لا يوجد	20% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح
	لا يوجد	خدمات المرضى الخارجيين الأخرى والعيادة: 20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	خدمات المرضى الخارجيين
إذا كنت حاملاً	غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	20% للتأمين المشترك بعد \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ لا ينطبق المبلغ المخصص، لا توجد رسوم بعد ذلك	خدمات المرضى الداخليين
	لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية. قد تتضمن رعاية الأمومة اختبارات وخدمات موصية في مكان آخر في SBC (مثل، الموجات فوق الصوتية). غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	20% للتأمين المشترك 20% للتأمين المشترك 20% للتأمين المشترك بعد \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ لا ينطبق المبلغ المخصص، لا توجد رسوم بعد ذلك	زيارات العيادة الخدمات المهنية عند الولادة خدمات المرافق عند الولادة

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك		القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
		مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	
إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في التعافي أو كانت لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	الرعاية الصحية المنزلية	لا توجد رسوم	20% للتأمين المشترك	130 زيارة/سنة تقويمية. غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	خدمات إعادة التأهيل	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	60 زيارة في السنة تقويمية للعلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق مجتمعين.
	خدمات التأهيل	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	20% للتأمين المشترك بعد \$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	لا يوجد
	الرعاية التمريضية المتخصصة	لا توجد رسوم	20% للتأمين المشترك	60 يومًا/سنة تقويمية. غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	المعدات الطبية المُعمرة	50% للتأمين المشترك، لا ينطبق المبلغ المخصص	20% للتأمين المشترك	تقتصر على جهاز واحد من المعدات الطبية المُعمرة لنفس الغرض أو لغرض مشابه. تُستبعد الإصلاحات بسبب سوء الاستخدام.
	خدمات مأوى رعاية المحتضرين	لا توجد رسوم	20% للتأمين المشترك	غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العين	فحص العينين للأطفال	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$15 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	فحص روتيني واحد للعين/12 شهرًا.
	نظارات الأطفال	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	\$300 بحد أقصى/12 شهرًا.
	فحص الأسنان للأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية.

الخدمات المستثناة والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية:

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بصفة عامة (يمكنك الرجوع إلى مستند الخطّة أو السياسة لمزيد من المعلومات وللحصول على قائمة الخدمات المستثناة الأخرى.)
- رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال) - المعينات السمعية - الرعاية الطويلة الأجل - الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة - التمريض الخصوصي - رعاية الأقدام الروتينية - برامج فقدان الوزن - باستثناء الخدمات الوقائية المطلوبة.

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات، فهذه ليست قائمة كاملة. يُرجى الاطلاع على مستند الخطّة لديك.)
- العلاج بالخز بالإبر - 20 زيارة/سنة تقويمية لعلاج المرض والإصابة والألم المزمن. - جراحة علاج السمينة - تقتصر على مقدمي الخدمات داخل الشبكة. - الرعاية لتقويم العمود الفقري - 20 زيارة/سنة تقويمية. - الجراحة التجميلية - تغطية محدودة، انظر مستند السياسة أو رقم الاتصال على بطاقة تعريفك (ID). - علاج العقم - لمزيد من المعلومات والاستثناءات، راجع مستند السياسة المقدم من صاحب العمل أو اتصل بالرقم الموجود على بطاقة تعريفك (ID). - العلاج بالتدليك - 20 زيارة/سنة تقويمية. - الرعاية الروتينية بالعين (للبالغين) - فحص روتيني واحد للعين/12 شهرًا.

حقوقك في استمرار التغطية: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في استمرار تغطيتك بعد انتهائها. معلومات الاتصال لتلك الوكالات هي:

- لمزيد من المعلومات حول حقوقك لمواصلة التغطية، تواصل مع الخطة على الرقم 1-800-370-4526.
 - إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لقانون ضمان دخل تقاعد الموظف (ERISA)، يمكنك أيضاً التواصل مع إدارة ضمان مزاي الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA 1-866-444 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
 - للخط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم 1-877-267-2323 أو www.cciio.cms.gov
 - إذا كانت تغطيتك هي خطة تابعة للكنيسة، فلا تُغطى خط الكنيسة بواسطة قواعد مواصلة تغطية كوبرا COBRA الفيدرالية. إذا كانت التغطية خاضعة للتأمين، يجب على الأفراد الاتصال بمنظم التأمين الحكومي فيما يتعلق بحقوقهم المحتملة في استمرار التغطية بموجب قانون الولاية.
- قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، بما في ذلك شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال سوق التأمين الصحي. لمزيد من المعلومات عن السوق، يمكنك زيارة www.HealthCare.gov أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

حقوقك في التظلمات والالتماسات: هناك وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كان لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. تسمى تلك الشكوى بالتظلم أو الالتماس. لمزيد من المعلومات عن حقوقك، راجع شرح المزاي التي ستتلقاها لتلك المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضاً المعلومات الكاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو التماس أو تظلم لأي سبب لخطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإخطار أو المساعدة، تواصل مع:

- إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لـ ERISA، يمكنك الاتصال بـ Aetna مباشرة عن طريق الاتصال برقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة تعريفك الطبية (ID) أو عن طريق الاتصال برقمنا العام على 1-800-370-4526. يمكنك أيضاً التواصل مع إدارة ضمان مزاي الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA 1-866-444 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- للخط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم 1-877-267-2323 أو www.cciio.cms.gov
- إضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك في تقديم التماسك. وتتوفر معلومات الاتصال على: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

هل توفر هذه الخطّة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم.

الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً ما يشتمل على الخط أو التأمين الصحي المتاح من خلال السوق أو سياسات الأسواق الفردية الأخرى، Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وتغطية أخرى معينة. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للاتئمان الضريبي للأقساط.

هل تفي هذه الخطّة بمعايير الحد الأدنى للقيمة؟ نعم.

إذا لم تستوفِ خطتك معايير الحد الأدنى للقيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الائتمان الضريبي للأقساط لمساعدتك على الدفع مقابل خطّة من خلال السوق.

للاطلاع على أمثلة توضح كيف تغطي هذه الخطّة التكاليف لنموذج للحالات الطبية، انظر القسم التالي



هذا ليس مُحتملاً للتكاليف. العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتماداً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يقرها مقدمو الخدمات لديك والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ تقاسم التكلفة (المبالغ المخصصة ومبالغ المشاركة في الدفع والتأمين المشترك) والخدمات المستثناة بموجب الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطط صحية مختلفة. يُرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

كسر بسيط عند Mia

(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ورعاية المتابعة)

\$0	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$15	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
\$100	مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (للمرفق)
\$0	مبلغ آخر للمشاركة في الدفع

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)
فحص تشخيصي (الأشعة السينية)
المعدات الطبية المُعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$2,800	
في هذا المثال، ستدفع Mia:	
تقاسم التكلفة	
\$0	المبالغ المخصصة
\$300	مبالغ المشاركة في الدفع
\$200	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$500	إجمالي ما ستدفعه Mia هو

إدارة داء السكري من نوع 2 عند Joe

(عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة مُتحكم فيها جيداً)

\$0	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$15	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
\$100	مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (للمرفق)
\$0	مبلغ آخر للمشاركة في الدفع

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:
زيارات عيادات أطباء الرعاية الأولية (بما في ذلك خدمات التعليم الخاصة بالمرض)
الفحوصات التشخيصية (فحص الدم)
الأدوية الموصوفة
لوازم مرضى السكري (جهاز قياس نسبة السكر في الدم)

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$5,600	
في هذا المثال، سيدفع Joe:	
تقاسم التكلفة	
\$0	المبالغ المخصصة
\$600	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$20	القيود أو الاستثناءات
\$620	إجمالي ما سيدفعه Joe هو

Peg ستلد طفلاً

(9 أشهر من الرعاية السابقة للولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

\$0	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$15	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
\$100	مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (للمرفق)
\$0	مبلغ آخر للمشاركة في الدفع

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:
زيارات عيادات الأخصائيين (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات المهنية عند الولادة
خدمات المرافق عند الولادة
الفحوص التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحص الدم)
زيارة الأخصائي (التخدير)

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$12,700	
في هذا المثال، ستدفع Peg:	
تقاسم التكلفة	
\$0	المبالغ المخصصة
\$200	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$260	إجمالي ما ستدفعه Peg هو

ستكون الخطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى للخدمات المشمولة بالتغطية الواردة في هذه الأمثلة.

التقنية المساعدة

قد لا يتمكن الأشخاص الذين يستخدمون التقنية المساعدة من الوصول الكامل للمعلومات التالية. للمساعدة، يُرجى الاتصال على الرقم 866-393-0002.

الهاتف الذكي أو الجهاز اللوحي

لعرض المستندات من هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي، يلزم توفر تطبيق WinZip المجاني. وقد يكون متاحًا من App Store.

عدم التمييز

تمتثل Aetna لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز بصورة غير قانونية أو تستبعد الناس أو تعاملهم بطريقة مختلفة بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

نوفر الخدمات/وسائل المساعدة المجانية للأشخاص من ذوي الإعاقات وللأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة اللغوية.

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة تعريفك (ID).

إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قمنا بالتمييز على أساس فئة محمية مذكورة أعلاه، يمكنك أيضًا تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية عن طريق التواصل مع:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711 ,

الفاكس: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705, CRCoordinator@aetna.com).

يمكنك أيضًا تقديم شكوى الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، مكتب بوابة شكاوى الحقوق المدنية، متاح على

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, أو على: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, أو على:

HHH Building, Washington, DC 20201، أو على الرقم 1-800-368-1019، أو (TDD) 800-537-7697.

Aetna هي العلامة التجارية المستخدمة للمنتجات والخدمات المقدمة من قبل واحدة أو أكثر من مجموعة الشركات الخاصة بـ Aetna، بما في ذلك شركة Aetna للتأمين على الحياة (Aetna Life Insurance Company) وشركاتها التابعة (Aetna).

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরন: 1-888-982-3861
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သတိပြုရန် အခမဲ့ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုသူများ 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguahi ni dibåtde para hãgu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ Ⴀႃႉႃႉ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wudu-dù kà kò dò b̈ě dyi m̈oú n̈ nì Pídyi ní, nií, d̈á nòbà n̈ià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەستگیراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໂປ1-888-982-3862
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian -	
Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo báqáh ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të kɔɔr yīn wɛɛɹ de thokic ke cīn wëu kɔr keek tənɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.

[illegible]