

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 مصطلحات مُسطرة أخرى، راجع مسرد المصطلحات. يمكنك عرض مسرد المصطلحات 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 مهمًا:
ما هو <u>المبلغ المخصص الإجمالي</u> ؟	داخل الشبكة: الفرد \$1,500 / العائلة \$3,000. خارج الشبكة: الفرد \$3,000 / العائلة \$6,000.	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 <u>الأدوية الموصوفة</u> وزيارات العيادة، بالإضافة إلى <u>الرعاية الوقائية</u> داخل الشبكة قبل أن تفي <u>بالمبلغ 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 دون تقاسم التكلفة وقبل الوصول إلى <u>المبلغ المخصص</u> الخاص بك. يمكنك الاطلاع على قائمة <u>الخدمات الوقائية</u> 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 \$5,250 / العائلة \$10,500. خارج الشبكة: الفرد لا يوجد / العائلة لا يوجد. <u>الأدوية الموصوفة</u> : داخل الشبكة: الفرد \$1,000 / العائلة \$2,000. خارج الشبكة: الفرد لا يوجد / العائلة لا يوجد.	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 آخرين في هذه <u>الخطة</u> ، فيجب عليهم الوصول إلى <u>حدود 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> ؟	<u>الأقساط</u> ورسوم <u>فترة الرصيد</u> و <u>الرعاية الصحية</u> التي لا تغطيها هذه <u>الخطة</u> و <u>الغرامات المفروضة</u> على الإخفاق في الحصول على <u>تصريح مسبق</u> للخدمات.	على الرغم من دفعك لهذه النفقات فقد لا تُحتسب ضمن <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> .
هل ستدفع مبلغًا 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 مبلغًا أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من داخل شبكة <u>الخطة</u> . إذا استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، ستدفع مبلغًا أكبر وقد تستلم فاتورة من مقدم الخدمة تتضمن الفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه <u>خطتك</u> (<u>فترة الرصيد</u>). 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 <u>إحالة</u> لزيارة <u>أخصائي</u> ؟	لا.	يمكنك زيارة <u>الأخصائي</u> الذي تختاره دون <u>إحالة</u> .



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

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك		الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)		
لا يوجد	50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص، باستثناء عدم وجود رسوم مقابل زيارة مقدم الرعاية الأولية (pcp) المحدد	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	في حالة زيارتك لمكتب أو عيادة مقدم رعاية صحية
لا يوجد	50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	زيارة الأخصائي	
قد يتعين عليك الدفع للحصول على الخدمات غير الوقائية. اسأل مقدم الخدمة ما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية. وبعد ذلك تحقق مما ستدفعه <u>خطتك</u> .	50% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	الرعاية الوقائية / الفحص / اللقاح	
لا يوجد	50% للتأمين المشترك	20% للتأمين المشترك	فحص تشخيصي (الأشعة السينية، فحص الدم)	إذا كان لديك فحص
لا يوجد	50% للتأمين المشترك	20% للتأمين المشترك	التصوير (تصوير مقطعي محوسب (CT)/تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).	

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك		الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)		
يغطي الإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة والطلب عبر البريد) تتضمن وسائل وحبوب منع الحمل التي يمكنك الحصول عليها من الصيدلية. أدوية الخصوبة التي تؤخذ بالحقن وعن طريق الفم، 20% للتأمين المشترك حتى ما يصل إلى \$35,000 كحد أقصى مدى الحياة. لا توجد رسوم على وسائل منع الحمل النسائية الجنييسة والمفضلة والمعتمدة من إدارة الغذاء والدواء داخل الشبكة. راجع <u>كتيب الوصفات</u> بحثًا عن الوصفات الطبية التي تتطلب المصادقة المسبقة أو العلاج المرحلي للتغطية. ستصبح تكلفتك أعلى عند اختيارك الأدوية ذات العلامة التجارية مقارنةً بالأدوية الجنييسة.	بالنسبة للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية، لا ينطبق المبلغ المخصص: \$13 للإمداد لمدة 30 يومًا، \$26 للإمداد لمدة 60 يومًا، \$39 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، الأنسولين: \$13 للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية	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 الجنييسة 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	الأدوية الجنييسة	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
	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	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	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	
	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	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	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	
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.	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنييسة أو ذات العلامات التجارية	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنييسة أو ذات العلامات التجارية	الأدوية المتخصصة	

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	رسوم الطبيب/الجراح
إذا احتجت إلى رعاية طبية فورية	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة.	20% للتأمين المشترك بعد \$200 للمشاركة في الدفع/زيارة	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
	لا توجد تغطية للاستخدام غير العاجل.	\$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	الرعاية العاجلة
إذا كانت لديك إقامة في المستشفى	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؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، غرفة بالمستشفى)
	لا يوجد	20% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	لا يوجد	العيادة: 50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع/زيارة، خدمات المرضى الخارجيين الأخرى: 50% للتأمين المشترك	خدمات المرضى الخارجيين والعيادة: لا توجد رسوم
	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؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	خدمات المرضى الداخليين
إذا كنت حاملاً	لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية. قد تتضمن رعاية الأمومة اختبارات وخدمات موصحة في مكان آخر في SBC (مثل، الموجات فوق الصوتية). غرامة تصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على تصريح مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	50% للتأمين المشترك	زيارات العيادة
		50% للتأمين المشترك	الخدمات المهنية عند الولادة
		20% للتأمين المشترك بعد \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	خدمات المرافق عند الولادة

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 مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA-444-866-1 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
 - للخطط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم x61565-2323-267-877-1 أو www.cciio.cms.gov.
 - إذا كانت تغطيتك هي خطة تابعة للكنيسة، فلا تُغطى خطط 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 المزايا التي ستتلقاها تلك 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 مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA-444-866-1 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- للخطط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضاً الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم x61565-2323-267-877-1 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 الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم.

الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادة ما يشتمل على الخطط 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 للانتمان الضريبي للأقساط.

هل تفي هذه الخطة بمعايير الحد الأدنى للقيمة؟ نعم.

إذا لم تستوف خطتك معايير الحد الأدنى للقيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الانتمان الضريبي للأقساط لمساعدتك على الدفع مقابل خطة من خلال السوق.

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



هذا ليس مُخمَّنًا للتكاليف. العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يفرضها 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)

\$1,500	■ المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	■ مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	■ التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	■ تأمين مشترك آخر

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)

\$2,800	التكلفة الإجمالية للمثال
	في هذا المثال، ستدفع Mia:
	تقاسم التكلفة
\$1,000	المبالغ المخصصة
\$100	مبالغ المشاركة في الدفع
\$200	التأمين المشترك
	ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$1,300	إجمالي ما ستدفعه Mia هو

إدارة داء السكري من نوع 2 عند Joe

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

\$1,500	■ المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	■ مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	■ التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	■ تأمين مشترك آخر

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)

\$5,600	التكلفة الإجمالية للمثال
	في هذا المثال، سيدفع Joe:
	تقاسم التكلفة
\$100	المبالغ المخصصة
\$600	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
	ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$20	القيود أو الاستثناءات
\$720	إجمالي ما سيدفعه Joe هو

Peg ستلد طفلًا

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

\$1,500	■ المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	■ مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	■ التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	■ تأمين مشترك آخر

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)

\$12,700	التكلفة الإجمالية للمثال
	في هذا المثال، ستدفع Peg:
	تقاسم التكلفة
\$1,500	المبالغ المخصصة
\$10	مبالغ المشاركة في الدفع
\$2,000	التأمين المشترك
	ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$3,570	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

عرض 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, <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).

- 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 - လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၢ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M̄ dyi wudu-dù kà kò dò bě dyi m̄wú n̄ nì Pídyi ní, nií, d̄á nòbà nià ke: 1-800-370-4526
- Kurdish - 1-800-370-4526 بۆ دەسپێرێت گه‌یشتن به‌ خزمه‌تگوزاری زمان به‌بێ تێچوون بۆ تۆ، په‌یوهندی بکه‌ به‌ ژماره‌ی
- Laotian - ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-888-982-3862
- 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 - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
- Pohnpeyan - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដៃលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
- Mon-Khmer, Cambodian - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo báqáh ílínígóó kojł' hólne' 1-800-370-4526.
- Navajo - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nepali - Tè kɔɔr yin wɛɛr de thokic ke cìn wëu kɔr keek tənɔŋ yin. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny ne nɔmba 1-800-370-4526.
- Nilotic-Dinka - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
- Norwegian - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
- Persian - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
- Polish - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
- Portuguese -

