



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 <u>المبالغ المقتطعة</u> ؟	0 دولار أمريكي	انظر مخطط الأحداث الطبية الشائعة أدناه للحصول على تكلفة الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك خدمات مغطاة قبل الوصول إلى <u>مبالغك المقتطعة</u> ؟	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 <u>المبالغ المقتطعة</u> للحصول على خدمات محددة.
ما هو <u>حد الدفع من رصيد أموالك الخاص</u> لهذه الخطة؟	1,200 دولار أمريكي للفرد/ 2,400 دولار أمريكي للأسرة	إن <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> هو أقصى ما يمكنك دفعه في عام واحد للحصول على الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد أسرة آخرين في هذه الخطة، فيجب أن يفوا <u>بحدود الدفع من الجيب</u> الخاصة بهم إلى أن يتم الإيفاء <u>بحد الدفع من النفقات الخاصة</u> الإجمالي للأسرة.
ما البنود غير المدرجة في <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> ؟	لا تغطي هذه الخطة <u>الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).</u>	على الرغم من أنك تسدد هذه المصروفات، فلا يمكن احتسابها كجزء من <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> .
هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم <u>الخدمات داخل الشبكة</u> ؟	نعم. برجاء تفقد الموقع الإلكتروني: www.kp.org أو الاتصال على الرقم 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) للحصول على قائمة <u>مزودي الخدمات داخل الشبكة</u> .	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 <u>المزود</u> وما تدفعه <u>خطتك</u> (فاتورة المبلغ المتبقي). يرجى الانتباه، قد يستخدم مزودك داخل الشبكة <u>مزودًا من خارج الشبكة</u> لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). راجع مزود الخدمات الخاص بك قبل الحصول على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة <u>أخصائي</u> ؟	نعم، ولكن قد تحيل نفسك إلى <u>أخصائيين</u> محددين.	سوف تدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف لزيارة <u>أخصائي</u> للخدمات المغطاة وذلك فقط في حالة إن كان لديك <u>إحالة</u> قبل أن تزور <u>الأخصائي</u> .



جميع تكاليف **الدفع المشترك** و **التأمين المشترك** موضحة في هذا الجدول بعد أن يتم الأيفاء **بمبالغك المقطوعة**، إذا كانت **المبالغ المقطوعة** 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	لا يوجد
	زيارة الإخصائي	15 دولار أمريكي لكل زيارة	غير مشمولة	لا يوجد
	الرعاية الوقائية /الفحص/ التطعيم	بدون رسوم	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- فحوصات الدم)	بدون رسوم	غير مشمولة	لا يوجد
	التصوير الإشعاعي (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	50 دولار أمريكي لكل زيارة	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	العقاقير المستندة إلى القيمة	4 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة)	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات قائمة الأدوية. عقاقير وأجهزة منع الحمل غير مشمولة بالتغطية.
	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	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات قائمة الأدوية. عقاقير وأجهزة منع الحمل غير مشمولة بالتغطية.
	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	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات قائمة الأدوية. عقاقير وأجهزة منع الحمل غير مشمولة بالتغطية.
	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 لكل زيارة	غير مشمولة	لا يوجد

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ما القيمة التي ستدفعها		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزدود خدمات داخل الشبكة (ستدفع قيمة أقل)	مزدود خدمات خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
	رسوم الطبيب/الجراح	بدون رسوم	غير مشمولة	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 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 كمريض داخلي.
	الانتقالات الطبية الطارئة	تأمين مشترك بنسبة 20%	تأمين مشترك بنسبة 20%	لا يوجد
	الرعاية الطارئة	بدون رسوم	200 دولار أمريكي في الزيارة	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، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	رسوم الطبيب/الجراح	بدون رسوم	غير مشمولة	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 إسعاف استخدام العقاقير	خدمات العيادات الخارجية	بدون رسوم	غير مشمولة	لا يوجد
	خدمات العيادات الداخلية	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت حاملاً	زيارات المكتب	بدون رسوم	غير مشمولة	بناءً على نوع الخدمة، قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو المبالغ المخصصة قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية)
	الخدمات التخصصية لعمليات الولادة	بدون رسوم	غير مشمولة	الرسوم المهنية 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 حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	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</u> خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	الرعاية الصحية المنزلية	بدون رسوم	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: بدون رسوم	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات التأهيل: مرضى العيادات الخارجية: 60 زيارة في السنة مرضى العيادات

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)	
		مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك		الداخلية: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات التأهيل	مرضى العيادات الخارجية: بدون رسوم مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، وبدون رسوم بعد ذلك	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات إعادة التأهيل: مرضى العيادات الخارجية: 60 زيارة في السنة مرضى العيادات الداخلية: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	الرعاية التمريضية التخصصية	بدون رسوم	غير مشمولة	60 يومًا في السنة مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	المعدات الطبية المعمرة	تأمين مشترك بنسبة 50%	غير مشمولة	بحسب تعليمات قائمة الأدوية. مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات دار المسنين	بدون رسوم	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية بالأسنان أو العين	فحص عيون الأطفال	بدون رسوم لاختبار فحص الانكسار	غير مشمولة	يقتصر على فحص واحد لكل 12 شهر
	نظارات الأطفال	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة	غير مشمولة	يقتصر الأعضاء ممن يبلغون 19 عامًا وأكثر على مبلغ 300 دولار أمريكي لكل 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	غير مشمولة	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 - 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 السمنة	- تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة) - علاج العقم (الحقن الطبي 50,000 دولار أمريكي، وحد الأدوية 35,000 دولار أمريكي / مدى الحياة)	العناية الروتينية بالعينين (للكبار)
---	---	---

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 أيضًا خيارات تغطية أخرى، بما فيها شراء تغطية تأمينية فردية عبر **المتجر 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 استئناف أو تظلم. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، انظر تفسير المزايا التي ستلقاها 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:

خدمات الأعضاء (Kaiser Permanente Member Services)	(TTY: 711) 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) أو www.kp.org
إدارة أمن منافع الموظفين في وزارة العمل	(3272) EBSA 1-866-444-1 أو www.dol.gov/ebsa/healthreform
دائرة الصحة والخدمات البشرية، مركز معلومات المستهلك والرقابة على التأمين	X61565 1-877-267-2323 أو www.cciio.cms.gov
دائرة التأمين في واشنطن	1-800-562-6900 أو www.insurance.wa.gov

هل توفر هذه الخطة حد أدنى من التغطية الأساسية؟ نعم
يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً **الخط والأمين 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 **للاتنمات الضريبي على القسط**.

هل تفي هذه الخطة بالحد الأدنى لمعايير القيمة؟ نعم
إذا كانت خطتك لا تفي بالحد الأدنى لمعايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً لانتظام 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 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 0 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي
- التأمين المشترك الآخر (أشعة سينية) 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)

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 0 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 0 دولار أمريكي

يشمل هذا المثال خدمات مثل:
زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التوعية
بشأن المرض)
اختبارات تشخيصية (فحص تحليل دم)
العقاقير المستندة إلى وصفة طبية
المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 0 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 15 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 0 دولار أمريكي

يشمل هذا المثال خدمات مثل:
زيارات عيادة الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات التخصصية لعمليات الولادة
خدمات مرافق الولادة
اختبارات تشخيص (موجات صوتية وتحاليل دم)
زيارة الأخصائي (تخدير)

إجمالي التكلفة في المثال	2800 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع "ميا":	
مشاركة التكلفة	
<u>المبالغ المخصصة</u>	0 دولار أمريكي
<u>الدفعات المشتركة</u>	400 دولار أمريكي
<u>التأمين المشترك</u>	300 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "ميا":	700 دولار أمريكي

إجمالي التكلفة في المثال	5600 دولار أمريكي
في هذا المثال، سيدفع "جو":	
مشاركة التكلفة	
<u>المبالغ المخصصة</u>	0 دولار أمريكي
<u>الدفعات المشتركة</u>	600 دولار أمريكي
<u>التأمين المشترك</u>	0 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي سيدفعه "جو":	600 دولار أمريكي

إجمالي التكلفة في المثال	12700 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع "بيج":	
مشاركة التكلفة	
<u>المبالغ المخصصة</u>	0 دولار أمريكي
<u>الدفعات المشتركة</u>	200 دولار أمريكي
<u>التأمين المشترك</u>	0 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	20 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه "بيج":	220 دولار أمريكي

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