



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.meritain.com](http://www.meritain.com) أو الاتصال على الرقم 874-8300-(207). 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 [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) أو الاتصال بـ Meritain Health, Inc. على الرقم 925-2272 (800) لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	إجابات	الأسباب التي تجعل هذا الأمر مهمًا:
ما هو <u>المبلغ المخصص الإجمالي</u> ؟	لمقدمي الرعاية من المستوى 1: \$400 للشخص / \$800 للأسرة لمقدمي الرعاية من المستوى 2 والمستوى 3: \$1,000 للشخص / \$2,000 للأسرة	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 الخطة، فيجب أن يفي كل فرد من العائلة <u>بالمبلغ المخصص</u> الفردي خاصته حتى يصل إجمالي <u>مبلغ النفقات 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. لمقدمي الرعاية من المستوى 1 والمستوى 2: الرعاية الوقائية، رعاية غرفة الطوارئ - الخدمات الطارئة فقط (مقدمي الرعاية كافة)، الرعاية العاجلة - رسوم زيارة العيادة، خدمات مأوى رعاية المحتضرين، الرعاية ما قبل الولادة، الصحة العقلية للمرضى الخارجيين وخدمات تعاطي المخدرات، خدمات إعادة التأهيل، خدمات التأهيل، فحوصات العين الروتينية، مقدم الرعاية الأولية، (مقدمي الخدمات من المستوى 1 فقط) وخدمات <u>الأخصائيين</u> المشمولة بالتغطية 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</u> في الدفع والتأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة 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 <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
هل يوجد <u>مبالغ مخصصة</u> أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك الوصول إلى <u>المبالغ المخصصة</u> لخدمات محددة.
ما هو حد <u>التكاليف</u> <u>النثرية</u> لهذه <u>الخطة</u> ؟	لمقدمي الرعاية من المستوى 1: \$1,500 للشخص / \$3,000 للأسرة لمقدمي الرعاية من المستوى 2 والمستوى 3: \$2,500 للشخص / \$5,000 للأسرة	إن حد <u>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 حد <u>التكاليف</u> <u>النثرية</u> الإجمالي للعائلة.
ما الذي لا يتضمنه <u>حد التكاليف</u> <u>النثرية</u> ؟	الأقساط، مبالغ جزاء الإذن المسبق، رسوم فترة الرصيد والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه <u>الخطة</u> .	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. <a href="https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&amp;site_id=directlinknologin&amp;planValue=STMMC">https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&amp;site_id=directlinknologin&amp;planValue=STMMC</a> أو <u>Value Based Health Plan</u> أو اتصل على الرقم 343-3140 (800) للحصول على قائمة بمقدمي خدمات 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> (فترة الرصيد). يُرجى العلم أن من الممكن أن يستعين مقدم الخدمة من داخل الشبكة بمقدم خدمة من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل الفحص المختبري). تحقق من الأمر مع مقدم الخدمة لديك قبل الحصول على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة <u>أخصائي</u> ؟	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** ينطبق.

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 1 مقدمو الخدمة المعيّنين		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يتضمن خدمات الطب عن بعد غير Teladoc. ما من رسوم ولا ينطبق <b>المبلغ المخصص</b> إذا حصلت على خدمات استشارية من خلال Teladoc.	30% للتأمين المشترك	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	في حالة زيارتك لمكتب أو عيادة مقدم رعاية صحية
تنطبق <b>المشاركة في الدفع</b> لكل زيارة بغض النظر عن الخدمات التي تم تقديمها (يشمل ذلك خدمات الطب عن بعد غير Teladoc). ما من رسوم ولا ينطبق <b>المبلغ المخصص</b> إذا حصلت على خدمات استشارية من خلال Teladoc.	30% للتأمين المشترك	\$20 للمشاركة في الدفع لكل زيارة (لا ينطبق <b>المبلغ المخصص</b> )	\$20 للمشاركة في الدفع لكل زيارة (لا ينطبق <b>المبلغ المخصص</b> )	زيارة الأخصائي	
قد يتعين عليك الدفع للحصول على الخدمات غير <b>الوقائية</b> . اسأل مقدم الخدمة ما إذا كانت الخدمات المطلوبة <b>وقائية</b> . وبعد ذلك تحقق مما ستدفعه <b>خطتك</b> .	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	الرعاية الوقائية /الفحص /اللقاح	
-----لا يوجد-----	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	فحص تشخيصي (الأشعة السينية، فحص الدم)	إذا كان لديك فحص
الإذن المسبق ضروري لمسح PET وتصوير CT/MRI لغير العظام. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة <b>لمقدمي</b> المستوى 3 فقط.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% 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	
	المستوى 3 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 1 مقدمو الخدمة المعيّنين			
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)			
لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> يغطي حتى إمداد لـ 90 يوماً (وصفة طبية للبيع بالتجزئة)، إمداد لـ 90 يوماً (وصفة طبية من خلال الطلب عبر البريد)، إمداد لـ 30 يوماً (أدوية متخصصة). تنطبق المشاركة في الدفع لكل وصفة طبية. ما من رسوم على الأدوية الوقائية. ينطبق شرط العلاج المرحلي. راجع وثيقة <u>الخطة لتغطية أدوية معينة للصيانة</u> التي يتم صرفها من صيدلية بيع بالتجزئة أو من خلال برنامج الطلب عبر البريد.	\$10 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$15 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$10 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$15 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$10 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$15 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	الأدوية الجنيسة	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لمعالجة مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول <u>تغطية الأدوية الموصوفة</u> على <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	
	\$30 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$45 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$30 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$45 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$30 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$45 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$30 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$45 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)		الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة
	\$60 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$90 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$60 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$90 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$60 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$90 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)	\$60 مشاركة في <u>الدفع</u> (30 يوماً للبيع بالتجزئة) // \$90 مشاركة بالدفع (90 يوماً للبيع بالتجزئة)		الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة
	تُدفع بالطريقة نفسها كالأدوية الجنيسة والأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة والأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة (تجزئة)			الأدوية المتخصصة		
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. <u>الإذن المسبق</u> مطلوب لجراحات معينة. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط. راجع وثيقة <u>الخطة لتغطية بعض الرسوم المهنية لجراحين معينين</u> .	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، مركز الجراحات السامحة بالتجول)	إذا كانت لديك جراحة خارج المستشفى	
	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح		

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 1 مقدمو الخدمة المعيّنين		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2/المستوى 3 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1 للخدمات الطارئة. يتم التنازل عن المشاركة في الدفع في حال الدخول إلى المستشفى.	\$100 المشاركة في الدفع/زيارة(الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات- غير الطارئة)	\$100 المشاركة في الدفع/زيارة(الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات- غير الطارئة)	\$100 المشاركة في الدفع/ زيارة(الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات- غير الطارئة)	رعاية غرفة الطوارئ	إذا احتجت إلى رعاية طبية فورية
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2/المستوى 3 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1.	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	النقل في الحالات الطبية الطارئة	
تنطبق المشاركة في الدفع على زيارة عيادة الطبيب فقط.	30% للتأمين المشترك	\$20 المشاركة في الدفع/زيارة (زيارة العيادة)/10% التأمين المشترك (الخدمات الأخرى كلها)	\$20 المشاركة في الدفع/ زيارة (زيارة العيادة)/10% التأمين المشترك (الخدمات الأخرى كلها)	الرعاية العاجلة	
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط. راجع وثيقة الخطة لتغطية بعض الرسوم المهنية لجراحين معينين.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، غرفة بالمستشفى)	إذا كانت لديك إقامة في المستشفى
	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح	
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2/المستوى 3 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. يتضمن خدمات الطب عن بعد غير Teladoc. يشمل استشارات Teladoc للصحة السلوكية.	لا توجد رسوم (الصحة العقلية)/ 30% التأمين المشترك (تعاطي المخدرات)	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	خدمات المرضى الخارجيين	إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	خدمات المرضى الداخليين	

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 1 مقدمو الخدمة المعيّنين		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
<p>يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1 لخدمات المرفق والخدمات المهنية. الإذن المسبق مطلوب للإقامة في المستشفى للمرضى المقيمين إذا تعدت 48 ساعة. (ولادة طبيعية) أو 96 ساعة (ولادة قيصرية). إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط. لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية من مقدم خدمة من مستوى 1/مستوى 2. قد تتضمن رعاية الأمومة اختبارات وخدمات موضحة في مكان آخر في SBC (مثل، الموجات فوق الصوتية). يتم احتساب الطفل تجاه نفقات الأم.</p>	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم (زيارات ما قبل الولادة) // 10% للتأمين المشترك (زيارات ما بعد الولادة)	لا توجد رسوم (زيارات ما قبل الولادة) // 10% للتأمين المشترك (زيارات ما بعد الولادة)	زيارات العيادة	إذا كنتِ حاملًا
	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	الخدمات المهنية عند الولادة	
	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	خدمات المرافق عند الولادة	
<p>يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. بحدود 90 زيارة في السنة. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط.</p>	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	الرعاية الصحية المنزلية	إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في التعافي أو كانت لديك احتياجات صحية خاصة أخرى
<p>يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. ينبغي إكمال مراجعة بخصوص الضرورة الطبية بعد الزيارة الخامسة والعشرين في السنة للعلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج الوظيفي. تدفع \$10 مشاركة في الدفع (التنازل عن المبلغ المخصص) لعلاج التدليك بحدود 12 زيارة في السنة ويصل هذا المبلغ إلى \$70 كحد أقصى.</p>	30% للتأمين المشترك	\$10 للمشاركة في الدفع/زيارة	\$10 للمشاركة في الدفع/زيارة	خدمات إعادة التأهيل	
-----لا يوجد-----	30% للتأمين المشترك	\$10 للمشاركة في الدفع/زيارة	\$10 للمشاركة في الدفع/زيارة	خدمات التأهيل	
<p>يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط.</p>	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	الرعاية التمريضية المتخصصة	

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات الواجبة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	الحدث الطبي الشائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمة غير المشاركين	المستوى 1 مقدمو الخدمة المعيّنين		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يتم الدفع لمقدمي الخدمة من المستوى 2 على ذات مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمة من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب للدراجات الصغيرة الكهربائية/ذات محرك أو الكراسي المتحركة وأجهزة الانضغاط الهوائي. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحصل ذلك من الكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي المستوى 3 فقط. المشورة الخاصة بالعزاء مشمولة بالتغطية.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	المعدات الطبية المُعمّرة	إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العين
بحدود فحص واحد (1) كل سنتين.	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	خدمات مأوى رعاية المحتضرين	
غير مشمول بالتغطية	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	فحص العينين للأطفال	
غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	نظارات الأطفال	
غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	فحص الأسنان للأطفال	

#### الخدمات المستثناة والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بصفة عامة (يمكنك الرجوع إلى وثيقة الخطة أو السياسة لمزيد من المعلومات وللحصول على قائمة الخدمات المستثناة الأخرى).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>جراحة التجميل</li> <li>رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)</li> <li>خدمات غرفة الطوارئ للخدمات غير الطارئة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نظارات (للبالغين والأطفال)</li> <li>الرعاية الطويلة الأجل</li> <li>الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ممرضة خاصة (ما عدا للرعاية الصحية المنزلية ومأوى رعاية المحتضرين)</li> <li>رعاية الأقدام الروتينية (ما عدا للأمراض الأيضية وأمراض الأوعية الدموية الطرفية)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>معيّنات سمعية (\$6,000 كل 36 شهراً)</li> <li>علاج العقم (\$20,000 مرة واحدة في الحياة - إجراءات تكنولوجية إنجابية شاملة ومتقدمة مجتمعة)</li> </ul>

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات، فهذه ليست قائمة كاملة. يُرجى الاطلاع على مستند الخطة لديك).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج بالوخز بالإبر (\$70 لكل زيارة، 12 زيارة في السنة)</li> <li>جراحة لعلاج البدانة (للسمنة المرضية فقط - جراحة واحدة مدى الحياة)</li> <li>الرعاية لتقويم العمود الفقري (25 زيارة في السنة)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج بالتدليك (\$70 لكل زيارة، 12 زيارة في السنة)</li> <li>رعاية العين الروتينية (للبالغين والأطفال - فحص واحد كل سنتين)</li> <li>برامج خسارة الوزن (للسمنة المرضية فقط)</li> </ul>

**حقوقك لمواصلة التغطية:** توجد وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة التغطية بعد انتهائها. أما معلومات الاتصال بهذه الوكالات فهي: وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم (877)-267-2323 أو 61565 x أو [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) أو مدينة بورتلاند في ماين على الرقم 874-8300 (207). 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](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

حقوق التظلمات والالتماسات الخاصة بك: هناك وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كان لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. تسمى تلك الشكوى بالنظّم أو الالتماس. لمزيد من المعلومات عن حقوقك، راجع شرح المزايا التي ستلتقها لتلك المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضًا المعلومات الكاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو التماس أو تظلم لأي سبب لخطتك. للمزيد من المعلومات حول حقوقك، أو هذا الإشعار أو للحصول على مساعدة، اتصل بمدينة بورتلاند، ماين على الرقم 874-8300 (207) أو بـ Meritain Health, Inc. على الرقم 925-2272 (800).

إضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك في تقديم التماسك. اتصل مكتب التأمين في قسم خدمات المستهلكين في ولاية ماين على الرقم 965-7476 (800).

**هل توفر هذه الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم.**

الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً 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.

**خدمات الوصول إلى اللغة:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwüjigo holne' 1-800-378-1179.

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



هذا ليس مُحتمًا 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 من المستوى 1 ورعاية المتابعة)

\$400	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$20	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
\$100	مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (للمرفق)
10%	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 المعمرة (العكازات) خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

التكلفة الإجمالية للمثال \$2,800

في هذا المثال، ستدفع Mia:

تقاسم التكاليف	
\$400	المبالغ المخصصة
\$200	مبالغ المشاركة في الدفع
\$90	التأمين المشترك
ما الخدمات غير المشمولة بالتغطية	
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$690	إجمالي ما ستدفعه Mia هو

### إدارة داء السكري من نوع 2 عند Joe

(عام من الرعاية من المستوى 1 لحالة مُتحكم فيها جيدًا)

\$400	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$20	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
10%	التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
10%	تأمين مشترك آخر

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل: زيارات عيادات الأطباء الأخصائيين (بما في ذلك التنقيح حول المرض) الفحوصات التشخيصية (فحص الدم) الأدوية الموصوفة المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس نسبة السكر بالدم)

التكلفة الإجمالية للمثال \$5,600

في هذا المثال، سيدفع Joe:

تقاسم التكاليف	
\$400	المبالغ المخصصة
\$600	مبالغ المشاركة في الدفع
\$50	التأمين المشترك
ما الخدمات غير المشمولة بالتغطية	
\$20	القيود أو الاستثناءات
\$1,070	إجمالي ما سيدفعه Joe هو

### Peg ستلد طفلًا

(9 أشهر من الرعاية السابقة للولادة من المستوى 1 والولادة في المستشفى)

\$400	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
0%	التأمين المشترك الخاص بطبيب الرعاية الأولية
10%	التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
10%	تأمين مشترك آخر

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل: زيارات طبيب الرعاية الأولية (الرعاية 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 التكاليف	
\$400	المبالغ المخصصة
\$10	مبالغ المشاركة في الدفع
\$1,000	التأمين المشترك
ما الخدمات غير المشمولة بالتغطية	
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$1,470	إجمالي ما ستدفعه Peg هو