



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (SBC) في اختيار خطة صحية. يوضح لك مستند 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 أو الاتصال على الرقم 874-8300 (207). للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به أو فوترة الرصيد أو التأمين المشترك أو مبلغ المشاركة في الدفع أو المبلغ المخصوم أو مقدم الخدمة أو المصطلحات المُسطرة الأخرى، راجع مسرد المصطلحات. يمكنك عرض مسرد المصطلحات من www.healthcare.gov/sbc-glossary أو الاتصال بـ Meritain Health, Inc. على الرقم 925-2272 (800) لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	الإجابات	سبب الأهمية:
ما هو المبلغ المخصوم الإجمالي؟	لمقدمي الخدمات من المستوى 1: \$400 للفرد / \$800 للعائلة لمقدمي الخدمات من المستويين 2 و3: \$1,000 للفرد / \$2,000 للعائلة	بشكل عام، يجب أن تدفع جميع تكاليف مقدمي الخدمات حتى تصل إلى المبلغ المخصوم قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في الخطة، فيجب أن يفي كل فرد من العائلة بالمبلغ المخصوم الفردي خاصته حتى يصل إجمالي مبالغ النفقات المخصوم الذي يدفعه جميع أفراد العائلة إلى إجمالي المبلغ المخصوم العائلي.
هل توجد خدمات مشمولة بالتغطية قبل الوصول إلى المبلغ المخصوم لديك؟	نعم. لمقدمي الخدمات من المستويين 1 و2: الرعاية الوقائية، ورعاية غرفة الطوارئ - الخدمات الطارئة فقط (جميع مقدمي الخدمات)، والرعاية العاجلة - ورسوم زيارة العيادة، وخدمات ماوى رعاية المحتضرين، والرعاية ما قبل الولادة، والصحة العقلية للمرضى الخارجيين وخدمات تعاطي المخدرات، وخدمات إعادة التأهيل، وخدمات التأهيل، وفحوصات العين الروتينية، ومقدم الرعاية الأولية، (مقدمي الخدمات من المستوى 1 فقط) وخدمات الأخصائيين المشمولة بالتغطية قبل أن تفي بالمبلغ المخصوم لديك.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى في حالة عدم استيفاء المبلغ المخصوم بعد. لكن قد ينطبق مبلغ المشاركة في الدفع والتأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة خدمات وقائية محددة من دون تقاسم التكلفة وقبل الوصول إلى المبلغ المخصوم الخاص بك. يمكنك الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
هل توجد مبالغ مخصومة أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك الوصول إلى المبالغ المخصومة لخدمات محددة.
ما هو حد التكاليف النثرية لهذه الخطة؟	لمقدمي الخدمات من المستوى 1: \$1,500 للفرد / \$3,000 للعائلة لمقدمي الخدمات من المستويين 2 و3: \$2,500 للفرد / \$5,000 للعائلة	إن حد التكاليف النثرية هو الحد الأقصى الذي يمكنك دفعه في السنة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد عائلة آخرون في هذه الخطة، فيجب عليهم الوصول إلى حدود التكاليف النثرية حتى تصل إلى حد التكاليف النثرية الإجمالي للعائلة.
ما الذي لا يتضمنه حد التكاليف النثرية؟	الأقساط، مبالغ جزء الإذن المسبق، رسوم فوترة الرصيد، والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة.	على الرغم من دفعك لهذه النفقات، فقد لا تُحتسب ضمن حد التكاليف النثرية.
هل ستدفع مبلغاً أقل إذا استعنت بمقدم خدمة داخل الشبكة؟	نعم. يمكنك زيارة https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknolgin&planValue=STMMC%7CValueBased_Health_Plan أو الاتصال على الرقم 3140-343 (800) للحصول على قائمة بمقدمي الخدمات داخل الشبكة.	تستعين هذه الخطة بشبكة مقدمي خدمات. ستدفع مبلغاً أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من داخل شبكة الخطة. إذا استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، فستدفع مبلغاً أكبر وقد تسلم فاتورة من مقدم الخدمة تتضمن الفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فوترة 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 أخصائي؟	لا.	يمكنك زيارة الأخصائي 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 المستحقة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	حدث طبي شائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمات غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمات المشاركون غير المعيّنين	المستوى 1 مقدمو الخدمات المعيّنون		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يتضمن خدمات الطب عن بعد غير Teladoc. ما من رسوم ولا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> 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 <u>مقدم</u> رعاية صحية
تنطبق مبالغ <u>المشاركة في الدفع</u> لكل زيارة بغض النظر عن الخدمات التي تم تقديمها (يشمل ذلك خدمات الطب عن بعد غير Teladoc). ما من رسوم ولا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> إذا حصلت على خدمات استشارية من خلال Teladoc.	30% للتأمين المشترك	\$20 للمشاركة في <u>الدفع</u> لكل زيارة (لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>)	\$20 للمشاركة في <u>الدفع</u> لكل زيارة (لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>)	زيارة <u>الأخصائي</u>	
قد يتعين عليك الدفع للحصول على الخدمات غير <u>الوقائية</u> . اسأل <u>مقدم الخدمة</u> ما إذا كانت الخدمات <u>المطلوبة وقائية</u> . وبعد ذلك تحقق مما ستدفعه <u>خطتك</u> .	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	<u>الرعاية الوقائية</u> / <u>الفحص</u> / <u>اللقاح</u>	
-----لا يوجد-----	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	<u>فحص تشخيصي</u> (الأشعة السينية، فحص الدم)	إذا كان لديك <u>فحص</u>
<u>الإذن المسبق</u> ضروري لمسح PET وتصوير CT/MRI لغير العظام. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة <u>لمقدمي الخدمات</u> من 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 المستحقة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	حدث طبي شائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمات غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمات المشاركون غير المعيّنين	المستوى 1 مقدمو الخدمات المعيّنون		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> . ما تشمله التغطية: إمداد لمدة تصل إلى 90 يومًا (وصفة طبية للبيع بالتجزئة)، إمداد لمدة 90 يومًا (وصفة طبية من خلال الطلب عبر البريد)، إمداد لمدة 30 يومًا (أدوية متخصصة) تنطبق <u>المشاركة في الدفع</u> لكل وصفة طبية. ما من رسوم على الأدوية الوقائية. ينطبق شرط العلاج المرحلي. راجع مستند <u>الخطة</u> بشأن تغطية الأدوية المحددة التي تؤخذ بانتظام والتي يتم صرفها من صيدلية بيع بالتجزئة أو من خلال برنامج الطلب عبر البريد.	\$10 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) // \$15 مشاركة في الدفع (90 يومًا للبيع بالتجزئة)	\$10 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	\$10 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	الأدوية الجنيسة	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لمعالجة مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة على www.caremark.com
	\$30 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) // \$45 مشاركة في الدفع (90 يومًا للبيع بالتجزئة)	\$30 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	\$30 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	
	\$60 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) // \$90 مشاركة في الدفع (90 يومًا للبيع بالتجزئة)	\$60 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	\$60 مشاركة في الدفع (30 يومًا للبيع بالتجزئة) والطلب عبر البريد	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	
	تُدفع بالطريقة نفسها كالأدوية الجنيسة والأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة والأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة (البيع بالتجزئة)			<u>الأدوية المتخصصة</u>	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. <u>الإذن المسبق</u> مطلوب لجراحات معينة. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط. راجع مستند <u>الخطة</u> بشأن تغطية بعض الرسوم المهنية لجراحين معينين.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، مركز الجراحات السامحة بالتجول)	إذا كانت لديك جراحة بصفتك مريضًا خارجيًا
	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح	

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات المستحقة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	حدث طبي شائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمات غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمات المشاركون غير المعيّنين	المستوى 1 مقدمو الخدمات المعيّنون		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستويين 2 و 3 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1 للخدمات الطارئة. يتم التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع في حال الدخول إلى المستشفى.	\$100 المشاركة في الدفع لكل زيارة (الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات غير الطارئة)	\$100 المشاركة في الدفع لكل زيارة (الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات غير الطارئة)	\$100 المشاركة في الدفع لكل زيارة (الخدمات الطارئة/غير مشمولة بالتغطية (الخدمات غير الطارئة)	رعاية غرفة الطوارئ	إذا احتجت إلى رعاية طبية فورية
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستويين 2 و 3 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1.	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	النقل في الحالات الطبية الطارئة	
تتطبق المشاركة في الدفع على زيارة عيادة الطبيب فقط.	30% للتأمين المشترك	\$20 المشاركة في الدفع لكل زيارة (زيارة العيادة) // 10% للتأمين المشترك (كل الخدمات الأخرى)	\$20 المشاركة في الدفع لكل زيارة (زيارة العيادة) // 10% للتأمين المشترك (كل الخدمات الأخرى)	الرعاية العاجلة	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط. راجع مستند الخطة بشأن تغطية بعض الرسوم المهنية لجراحين معيّنين.	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	

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات المستحقة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	حدث طبي شائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمات غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمات المشاركون غير المعيّنين	المستوى 1 مقدمو الخدمات المعيّنون		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستويين 2 و 3 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. يتضمن خدمات الطب عن بعد غير Teladoc. يشمل استشارات Teladoc للصحة السلوكية.	لا توجد رسوم (الصحة العقلية) // 30% للتأمين 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
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	خدمات المرضى الداخليين	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1 لخدمات المرفق والخدمات المهنية. الإذن المسبق مطلوب لإقامة المرضى الداخليين في المستشفى إذا تعدت 48 ساعة (ولادة طبيعية) أو 96 ساعة (ولادة قيصرية). إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط. لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية من مقدمي الخدمة من المستويين 1 و 2. قد تتضمن رعاية الأمومة اختبارات وخدمات موضحة في مكان آخر في SBC (مثل، الموجات فوق الصوتية). يتم احتساب الطفل ضمن نفقات الأم.	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 كنت حاملاً
	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	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. بحدود 90 زيارة في السنة. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط.	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

القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى	الدفعات المستحقة عليك			الخدمات التي قد تحتاج إليها	حدث طبي شائع
	المستوى 3 مقدمو الخدمات غير المشاركين	المستوى 2 مقدمو الخدمات المشاركون غير المعيّنين	المستوى 1 مقدمو الخدمات المعيّنون		
	(ستدفع المبلغ الأكبر)		(ستدفع المبلغ الأقل)		
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. ينبغي إكمال مراجعة بخصوص الضرورة الطبية بعد الزيارة الخامسة والعشرين في السنة للعلاج الطبيعي وعلاج النطق/السمع والعلاج المهني. تدفع \$10 مشاركة في الدفع (يتم التنازل عن المبلغ المخصص) للعلاج بالتدليك بحدود 12 زيارة في السنة ويصل هذا المبلغ إلى \$70 كحد أقصى.	30% للتأمين المشترك	\$10 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	\$10 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	خدمات إعادة التأهيل	
-----لا يوجد-----	30% للتأمين المشترك	\$10 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	\$10 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	خدمات التأهيل	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	الرعاية التمريضية المتخصصة	
يُدفع لمقدمي الخدمات من المستوى 2 على مستوى المزايا الخاص بمقدمي الخدمات من المستوى 1. الإذن المسبق مطلوب للدراجات الصغيرة الكهربائية/ذات محرك أو الكراسي المتحركة وأجهزة الضغط الهوائي. إذا لم تحصل على الإذن المسبق، يمكن تخفيض المزايا بقيمة \$500 لكل مرة يحدث ذلك من التكلفة الإجمالية للخدمة لمقدمي الخدمات من المستوى 3 فقط.	30% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	10% للتأمين المشترك	المعدات الطبية المُعمرة	
المشورة الخاصة بالعزاء مشمولة بالتغطية.	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	خدمات مأوى رعاية المحتضرين	
بحدود فحص واحد كل سنتين.	30% للتأمين المشترك	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	فحص العينين للأطفال	إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العين
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 التي لا تغطيها خطتك بصفة عامة (يمكنك الرجوع إلى مستند الخطة أو السياسة لمزيد من المعلومات وللحصول على قائمة الخدمات المستثناة الأخرى).

- جراحة التجميل
- نظارات (للبالغين والأطفال)
- رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)
- الرعاية الطويلة الأجل
- رعاية خاصة (ما عدا للرعاية الصحية المنزلية ومأوى رعاية المحتضرين)
- الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة
- رعاية الأقدام الروتينية (ما عدا للأمراض الأيضية وأمراض الأوعية الدموية الطرفية)

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات، فهذه ليست قائمة كاملة. يُرجى الاطلاع على مستند الخطة لديك).

- العلاج بالوخز بالإبر (\$70 لكل زيارة، 12 زيارة في السنة)
- معينات سمعية (\$6,000 كل 36 شهرًا)
- جراحة لعلاج البدانة (للسمنة المرضية فقط - جراحة واحدة مدى الحياة)
- علاج العقم
- الرعاية لتقويم العمود الفقري (25 زيارة في السنة)
- العلاج بالتدليك (\$70 لكل زيارة، 12 زيارة في السنة)
- رعاية العين الروتينية (البالغون والأطفال - فحص واحد كل سنتين)
- برامج فقدان الوزن (للسمنة المرضية فقط)

حقوقك في مواصلة 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 1-800-318-2596. يمكنك زيارة www.cciio.cms.gov أو www.HealthCare.gov أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

حقوقك في التنظيم وتقديم الالتماسات: هناك وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. تسمى تلك الشكوى بالتنظيم أو الالتماس. لمزيد من المعلومات عن حقوقك، راجع شرح المزايا التي سنتلقاها لتلك المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضًا المعلومات الكاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو التماس أو تنظيم 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 ب. Meritain Health, Inc. على الرقم 925-2272 (800).

إضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك في تقديم التماسك. تواصل مع برنامج المساعدة في التأمين الصحي الخاص بولاية ماين (MHICAP) 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 و 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, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

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



هذا ليس تقديرًا 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 الخطط الصحية المختلفة. يرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

كسر بسيط عند Mia

(زيارة غرفة الطوارئ من المستوى 1 ورعاية المتابعة)

- المبلغ المخصص الإجمالي للخطة \$400
- مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي \$20
- مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (للمرفق) \$100
- تأمين مشترك آخر 10%

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

\$400	المبالغ المخصصة
\$200	مبالغ المشاركة في الدفع
\$90	التأمين المشترك

الخدمات غير المشمولة بالتغطية

\$0	القيود أو الاستثناءات
-----	-----------------------

إجمالي ما ستدفعه Mia هو \$690

إدارة داء السكري من نوع 2 عند Joe

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

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

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

التكلفة الإجمالية للمثال \$5,600

في هذا المثال، سيدفع Joe:

تقاسم التكلفة

\$400	المبالغ المخصصة
\$600	مبالغ المشاركة في الدفع
\$50	التأمين المشترك

الخدمات غير المشمولة بالتغطية

\$20	القيود أو الاستثناءات
------	-----------------------

إجمالي ما سيدفعه Joe هو \$1,070

Peg ستلد طفلًا

(9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة من المستوى 1 والولادة في المستشفى)

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

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 (لتخدير)

التكلفة الإجمالية للمثال \$12,700

في هذا المثال، ستدفع Peg:

تقاسم التكلفة

\$400	المبالغ المخصصة
\$10	مبالغ المشاركة في الدفع
\$1,000	التأمين المشترك

الخدمات غير المشمولة بالتغطية

\$60	القيود أو الاستثناءات
------	-----------------------

إجمالي ما ستدفعه Peg هو \$1,470

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