



سيساعدك مستند ملخص الإعانات والتغطية (SBC) على اختيار **خطة صحية**. يوضح لك ملخص الإعانات والتغطية كيف ستتقاسم أنت و**الخطة** تكاليف خدمات الصحة والرعاية المشمولة بالتغطية. ملاحظة: سيتم توفير معلومات حول تكلفة هذه **الخطة** (وتسمى **خطة بريميوم**) بشكل منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول التغطية الخاصة بك، أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، اتصل بالرقم 773-385-9300. للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل **المبلغ المسموح**، أو **الفوترة المتوازنة**، أو **التأمين المشترك**، أو **الدفع المشترك**، أو **الاقتطاع**، أو **المزود**، أو مصطلحات أخرى **تحتها خط**، راجع مسرد المصطلحات. يمكنك الاطلاع على مسرد المصطلحات على الرابط <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> أو الاتصال بالرقم 773-385-9300، أو طلب نسخة.

أسئلة مهمة	إجابات	لماذا يهم ذلك:
ما هو الاقتطاع العام ؟	100 دولار	بشكل عام، يجب عليك دفع كافة التكاليف من المزودين حتى مبلغ الاقتطاع قبل أن تبدأ هذه الخطة بالدفع.
هل هناك خدمات مشمولة بالتغطية قبل أن تستوفي الاقتطاع الخاص بك؟	نعم، يتم تغطية الرعاية الوقائية وخدمات الرعاية الأولية قبل أن تستوفي مبلغ الاقتطاع الخاص بك.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى لو لم تستوف مبلغ الاقتطاع الخاص بك بعد. لكن قد يتم تطبيق الدفع المشترك أو التأمين المشترك . على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة بعض الخدمات الوقائية دون تقاسم التكاليف وقبل أن تستوفي الاقتطاع . انظر قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على الرابط https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
هل يوجد أي اقتطاعات أخرى لخدمات محددة؟	لا	لا يلزمك أن تستوفي اقتطاعات لخدمات محددة.
ما هو حدّ الدفع من الجيب لهذه الخطة ؟	3,000 دولار إعانة طبية من داخل الشبكة 3,600 دولار إعانة للأدوية الموصوفة من داخل الشبكة	إن حدّ الدفع من الجيب هو أقصى ما يمكن أن تدفعه خلال عام مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة ، فيجب أن يستوفوا حدود الدفع من الجيب حتى يتم استيفاء حدّ الدفع من الجيب للعائلة بأكملها.
ما هو غير المشمول في الدفع من الجيب ؟	أي مبالغ لم تدفعها الخطة مقابل الرسوم خارج الشبكة أو الرسوم غير المشمولة بالتغطية أو الغرامات	على الرغم من أنك تدفع هذه النفقات، إلا أنها لا تحتسب ضمن حدّ الدفع من الجيب .
هل ستدفع أقل إذا استخدمت مزود في الشبكة ؟	نعم. راجع الرابط www.advocatehealth.com أو اتصل بالرقم 1-800-ADVOCATE للحصول على قائمة المزودين من داخل الشبكة .	تستخدم هذه الخطة مزود في الشبكة . ستدفع أقل إذا استخدمت مزود في شبكة الخطة. ستدفع الأكثر إذا استخدمت مزود خارج الشبكة ، وقد تتلقى فاتورة من مزود بالفارق بين سعر المزود وما تدفعها الخطة الخاصة بك (الفوترة المتوازنة). يجب أن تكون على بأن المزود في الشبكة قد يستخدم مزود من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). تحقق من ذلك مع المزود قبل أن تحصل على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة أخصائي ؟	لا	يمكنك زيارة الأخصائي الذي تختاره دون إحالة .

⚠ إن جميع تكاليف **الدفع المشترك** و**التأمين المشترك** الموضحة في هذا الجدول هي بعد استيفاء **الاقتطاع**، إذا كان **الاقتطاع** مطبقاً.

الحدود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى	ما ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاجها	مركز باركلي الطبي
	مزود خارج الشبكة (ستدفع الأكثر)	مزود من الشبكة (ستدفع الأقل)		
	غير مشمول بالتغطية	10 دولار دفع مشترك	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	إذا قمت بزيارة إلى مكتب أو عيادة مزود
	غير مشمول بالتغطية	10 دولار دفع مشترك	زيارة إلى الأخصائي	
	غير مشمول بالتغطية	بدون رسوم	الرعاية الوقائية/الفحص/التطعيم	
	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك ؛ ينطبق الاقتطاع	فحص تشخيصي (تصوير بأشعة إكس، فحص دم)	إذا كان لديك فحص
	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك ؛ ينطبق الاقتطاع	التصوير (التصوير المقطعي بالإشعاع البوزيتروني/التصوير المقطعي CT/PET، التصوير بالرنين المغناطيسي MRI)	
	غير مشمول بالتغطية	1 دولار دفع مشترك 40% تأمين مشترك	الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية – تكلفة الدواء في نقطة البيع من 0 دولار إلى 15 دولار أكثر من 15 دولار	
يجب عليك استخدام الرعاية الطبية الخاصة بشركة Optum للحصول على هذه الخصومات.	غير مشمول بالتغطية	8 دولار دفع مشترك 40% تأمين مشترك	أدوية مفضلة تحمل علامة تجارية – تكلفة الدواء في نقطة البيع من 0 دولار إلى 30 دولار أكثر من 30 دولار	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول الأدوية الموصوفة والتغطية لدى شركة OptumRx أو بالاتصال على الرقم 1-888-354-0090
يجب عليك استخدام الرعاية الطبية الخاصة بشركة Optum للحصول على هذه الخصومات.	غير مشمول بالتغطية	40% تأمين مشترك	أدوية غير مفضلة تحمل علامة تجارية –	
غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	الأدوية الخاصة	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق .	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك ؛ ينطبق الاقتطاع	رسوم المرفق (مثال: مركز جراحة متنقل)	إذا كان لديك جراحة في عيادة خارجية
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق . 100 دولار غرامة لعدم وجود إذن مسبق .	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك	أجور/الطبيب/أخصائي الجراحة	
يتم التنازل عن 100 دولار دفع مشترك إذا تم إدخالك إلى مستشفى.	100 دولار دفع مشترك	100 دولار دفع مشترك	رعاية في غرفة الطوارئ	
	10% من التأمين المشترك ؛ ينطبق الاقتطاع	10% من التأمين المشترك ؛ ينطبق الاقتطاع	النقل الطبي في حالات الطوارئ	إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية

* لمزيد من المعلومات حول التقييدات والاستثناءات، راجع وثيقة **الخطة** أو التأمين أو اتصل بالرقم 773-385-9300.

الحدود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى	ما ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاجها	مركز باركلي الطبي
	مزود خارج الشبكة (ستدفع الأكثر)	مزود من الشبكة (ستدفع الأقل)		
	ينطبق <u>الاقتطاع</u> غير مشمول بالتغطية	10 دولار <u>دفع مشترك</u>	<u>الرعاية العاجلة</u>	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> . 100 دولار غرامة لعدم وجود <u>إذن مسبق</u>	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	رسوم المرفق (مثال: غرفة في المستشفى)	إذا كان لديك مبيت في المستشفى
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> .	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	أجور /الطبيب/أخصائي الجراحة	
	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	الخدمات للمرضى الخارجيين	إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> . 100 دولار غرامة لعدم وجود <u>إذن مسبق</u> .	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	الخدمات للمرضى الداخليين	
	غير مشمول بالتغطية	10 دولار <u>دفع مشترك</u>	زيارات المكاتب	إذا كنت حاملاً
	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	الخدمات المتخصصة للميلاد/الولادة	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> . 100 دولار غرامة لعدم وجود <u>إذن مسبق</u> .	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	خدمات المرفق للميلاد/الولادة	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> . 100 دولار غرامة لعدم وجود <u>إذن مسبق</u>	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	<u>الرعاية الصحية المنزلية</u>	إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل <u>الإذن المسبق</u> . 100 دولار غرامة لعدم وجود <u>إذن مسبق</u> .	غير مشمول بالتغطية	10% من <u>التأمين المشترك</u> ؛ ينطبق <u>الاقتطاع</u>	<u>خدمات إعادة التأهيل</u>	

الحدود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى	ما ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاجها	مركز باركلي الطبي
	مزود خارج الشبكة (ستدفع الأكثر)	مزود من الشبكة (ستدفع الأقل)		
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق. 100 دولار غرامة لعدم وجود إذن مسبق.	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك؛ ينطبق الاقتطاع	خدمات التأهيل	
تخضع لحد أقصى قدره 90 يوماً في السنة التقويمية كحد أقصى. اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق. 100 دولار غرامة لعدم وجود إذن مسبق.	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك؛ ينطبق الاقتطاع	الرعاية التمريرية الماهرة	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق.	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك؛ ينطبق الاقتطاع	المعدات الطبية المعمرة	
اتصل بـ Hines & Associates, Inc على الرقم 888-827-7926 أو www.precertcare.com من أجل الإذن المسبق. 100 دولار غرامة لعدم وجود إذن مسبق.	غير مشمول بالتغطية	10% من التأمين المشترك؛ ينطبق الاقتطاع	خدمات رعاية المسنين	
	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	فحص العيون للأطفال	
	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	نظارات للأطفال	إذا كان طفلك يحتاج إلى رعاية الأسنان أو العيون
	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	فحص الأسنان للأطفال	

الخدمات المستثناة وخدمات أخرى غير مشمولة بالتغطية:

الخدمات التي لا تغطيها <u>الخطة</u> الخاصة بك بوجه عام (راجع وثيقة التأمين الخاصة بك أو <u>الخطة</u> لمزيد من المعلومات وقائمة بأي <u>خدمات مستثناة</u> أخرى.)	
<ul style="list-style-type: none"> العلاج بالإبر الجراحة التجميلية الرعاية الطبية للأسنان (للبالغين) المعينات السمعية 	<ul style="list-style-type: none"> علاج العقم الرعاية طويلة الأجل الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة التمريض بمهمات خاصة الرعاية الطبية للعيون (للبالغين) الرعاية الروتينية للقدمين برامج فقدان الوزن

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد يتم تطبيق قيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يُرجى الاطلاع على وثيقة [الخطة](#).)

- جراحة السمنة (يجب أن تستوفي جميع المعايير: أوصى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك بالعلاج، ويصرح طبيب الرعاية الأولية أن وزنك يزيد عن الوزن المرغوب طبيًا بما لا يقل عن 100 رطل، وأن لديك مؤشر كتلة الجسم يبلغ 45 أو أكثر، وأن السمنة تشكل تهديدًا لحياتك بسبب أمراض مصاحبة تهدد حياتك، مثل مرض السكري وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وم إلى ذلك، لديك تاريخ موثق من المحاولات غير الناجحة لتقليل الوزن عن طريق تدابير أكثر تحفظًا، لقد أكملت تقييمًا نفسيًا بنجاح وليس لديك أي حالات طبية نفسية قد تقلل من فرص نجاح الجراحة على المدى الطويل، وأنك تشارك بنشاط في برنامج إدارة الأمراض مع Hines & Associates لمدة ستة أشهر قبل الجراحة والذي يتضمن الاستشارة الغذائية وبرنامج تقليل الوزن، ولم يكن لديك أي شكل من أشكال جراحة السمنة في الماضي. لا تغطي الخطة جراحات السمنة المراجعة.
- رعاية العلاج بتقويم العمود الفقري (يتم تغطية رعاية العلاج بتقويم العمود الفقري بنسبة 50% بحد أقصى 20 زيارة).

حقوقك لمواصلة التغطية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كنت تريد مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. معلومات الاتصال بهذه الوكالات هي: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform خلال سوق التأمين الصحي. لمزيد من المعلومات حول [السوق](#)، تفضل بزيارة www.HealthCare.gov أو اتصل بالرقم 1-800-318-2596.

حقوقك في تقديم الشكاوى والاستئنافات: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كانت لديك شكوى ضد [الخطة](#) الخاصة بك بشأن رفض [المطالبة](#). وتسمى الشكاوى كذلك [تظلم](#) أو [استئناف](#). لمزيد من المعلومات حول حقوقك، انظر إلى شرح الإعانات التي ستحصل عليها مقابل تلك [المطالبة](#) الطبية. تقدم مستندات [الخطة](#) الخاصة بك أيضًا معلومات كاملة عن كيفية إرسال [دعوى مطالبة](#)، أو [استئناف](#)، أو [شكوى](#) لأي سبب إلى [الخطة](#) الخاصة بك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، اتصل بـ: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

هل توفر هذه الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ [نعم]
الحد الأدنى للتغطية الأساسية يشمل عادة [الخطط](#)، والتأمين الصحي المتوفر من خلال [السوق](#) أو سياسات السوق الفردية الأخرى، وMedicare، وMedicaid، وCHIP، وTRICARE، وبعض التغطيات الأخرى. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من [الحد الأدنى للتغطية الأساسية](#)، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على [إعفاء ضريبي متميز](#).

هل تلبية هذه الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ [نعم]
إذا لم تلبية [الخطة](#) الخاصة بـ [الحد الأدنى لمعايير القيمة](#)، فقد تكون مؤهلاً للحصول على [إعفاء ضريبي متميز](#) لمساعدتك على الدفع [لخطة](#) من خلال [السوق](#).
الخدمات اللغوية:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 773-385-9300.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 773-385-9300.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 773-385-9300.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne']

للاطلاع على أمثلة حول كيف يمكن أن تغطي [الخطة](#) التكاليف لعينة حالة طبية، راجع القسم التالي.

بيان الإفصاح عن قانون الحد من الأعمال الورقية (PRA) وفقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم يتم إظهار رقم صالح من مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم رقابة مكتب الإدارة والميزانية (OMB) الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو **0938-1146**. يُقدر الوقت اللازم لإكمال جمع المعلومات هذا بـ **0.08** ساعة في المتوسط لكل استجابة، بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات اللازمة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كانت لديك أي تعليقات بشأن دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



هذا ليس **مقدر التكلفة**. تظهر العلاجات كأمثلة فقط على كيف يمكن أن تغطي **الخطة** الرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتماداً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يفرضها **المزودون** وعوامل أخرى كثيرة. التركيز على مبالغ **تقاسم التكاليف** (**الاقتطاعات**، و**المدفوعات المشتركة**، و**التأمين المشترك**)، و**الخدمات المستثناة** بموجب **الخطة**. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها في ظل **خطط** صحية مختلفة. يرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

سيرزق "بيج" بمولود
(9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

- مبلغ **الاقتطاع** الإجمالي **منالخطة** 100 دولار
- **الأخصائي** [تقاسم التكاليف] 10 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 10%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 10%

يتضمن هذا الحدث المثالي خدمات مثل:
الزيارات إلى مكتب **الأخصائي** (رعاية ما قبل الولادة) الخدمات المتخصصة للميلاد/الولادة
خدمات المرفق للميلاد/الولادة
الفحوص التشخيصية (التصوير بتقنية الموجات فوق الصوتية وعمل الدم)
زيارة **الأخصائي** (التخدير)

مثال على التكلفة الإجمالية	12,700 دولار
في هذا المثال، سيدفع بيج:	
تقاسم التكاليف	
الاقتطاعات	100 دولار
المدفوعات المشتركة	20 دولار
التأمين المشترك	1200 دولار
ما لا تشمله التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	60 دولار
إجمالي ما سيدفعه بيج	1400 دولار

إدارة داء السكري من النوع 2 لدى جو (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم فيها جيداً)

- مبلغ **الاقتطاع** الإجمالي **منالخطة** 100 دولار
- **الأخصائي** [تقاسم التكاليف] 10 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 10%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 10%

يتضمن هذا الحدث المثالي خدمات مثل:
الزيارات إلى مكتب **طبيب الرعاية الولية** (بما ذلك التوعية بالأعراض)
الفحوص التشخيصية (عمل الدم)
الأدوية غير الموصوفة
المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)

مثال على التكلفة الإجمالية	5,600 دولار
في هذا المثال، سيدفع بيج:	
تقاسم التكاليف	
الاقتطاعات	100 دولار
المدفوعات المشتركة	90 دولار
التأمين المشترك	1700 دولار
ما لا تشمله التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	20 دولار
إجمالي ما سيدفعه بيج	1900 دولار

كسر بسيط لدى مايا
(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ومتابعة الرعاية)

- مبلغ **الاقتطاع** الإجمالي **منالخطة** 100 دولار
- **الأخصائي** [تقاسم التكاليف] 10 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 10%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 10%

يتضمن هذا الحدث المثالي خدمات مثل:
الرعاية في غرفة الطوارئ (بما في ذلك اللوازم الطبية)
الفحص التشخيصي (أشعة إكس)
المعدات الطبية المعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

مثال على التكلفة الإجمالية	2,800 دولار
في هذا المثال، سيدفع مايا:	
تقاسم التكاليف	
الاقتطاعات	100 دولار
المدفوعات المشتركة	110 دولار
التأمين المشترك	200 دولار
ما لا تشمله التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار
إجمالي ما سيدفعه مايا	400 دولار

ستكون **الخطة** مسؤولة عن التكاليف الأخرى لهذه الخدمات المشمولة بالتغطية في المثال.