



سيساعدك مستند ملخص الإعانات والتغطية (SBC) على اختيار **خطة** صحية. يوضح لك ملخص الإعانات والتغطية كيف ستقاسم 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 ؟	0 دولار	راجع جدول الأحداث الطبية الشائعة أدناه لمعرفة تكاليف الخدمات التي تغطيها هذه الخطة .
هل هناك خدمات مشمولة بالتغطية قبل أن تستوفي الاقتطاع الخاص بك؟	لا	ستلبي الاقتطاع قبل أن تدفع الخطة لأي خدمات.
هل يوجد أي اقتطاعات أخرى لخدمات محددة؟	لا	لا يلزمك أن تستوفي اقتطاعات لخدمات محددة.
ما هو حد الدفع من الجيب لهذه الخطة ؟	3,000 دولار إعانة طبية من داخل الشبكة 3,600 دولار إعانة للأدوية الموصوفة من داخل الشبكة	إن حد 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 حد 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 حد الدفع من الجيب .
هل ستدفع أقل إذا استخدمت مزود في الشبكة ؟	نعم. هذه الشبكة هي Union Health Service على الرقم 1-312-423-4200	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 بالفرق 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 ؟	نعم	ستدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف لزيارة الأخصائي مقابل خدمات مشمولة بالتغطية ولكن فقط إذا كان لديك إحالة قبل أن تقوم بزيارة إلى الأخصائي .

إن جميع تكاليف **الدفع المشترك** و**التأمين المشترك** الموضحة في هذا الجدول هي بعد استيفاء **الإقتطاع** ، إذا كان **الإقتطاع** 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)		
10 دولار دفع مشترك إذا استخدمت UHS أو Polk St	غير مشمول بالتغطية	0 دولار	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	إذا قمت بزيارة إلى مكتب أو عيادة مزود
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0 دولار	زيارة إلى الأخصائي	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	بدون رسوم	الرعاية الوقائية/الفحص/التطعيم	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	فحص تشخيصي (تصوير بأشعة إكس، فحص دم)	إذا كان لديك فحص
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	التصوير (التصوير المقطعي بالإشعاع البوزيتروني/ التصوير المقطعي CT/PET، التصوير بالرنين المغناطيسي MRI)	
اتصل بـUHS على الرقم 312-423-4200. المدفوعات المشتركة قابلة للتغيير حسب العلامة التجارية أو الجرعة أو الكمية.	غير مشمول بالتغطية	1 دولار دفع مشترك	الأدوية التي لا تحمل علامة تجارية – تكلفة الدواء في نقطة البيع من 0 دولار إلى 15 دولارات أكثر من 15 دولار	إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة لدى شركة UHS 312-423-4200/OptumRx 866-207-5623 أو بالاتصال على الرقم (866)207-5623
اتصل بـUHS على الرقم 312-423-4200. المدفوعات المشتركة قابلة للتغيير حسب العلامة التجارية أو الجرعة أو الكمية.	غير مشمول بالتغطية	8 دولار دفع مشترك	أدوية مفضلة تحمل علامة تجارية – تكلفة الدواء في نقطة البيع من 0 دولار إلى 30 دولار أكثر من 30 دولار	
اتصل بـUHS على الرقم 312-423-4200.	غير مشمول بالتغطية	100% من التأمين المشترك	أدوية غير مفضلة تحمل علامة تجارية –	
	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	الأدوية الخاصة	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	رسوم المرفق (مثال: مركز جراحة متنقل)	إذا كان لديك جراحة في عيادة خارجية
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	أجور /الطبيب/أخصائي الجراحة	
يتم التنازل عن 200 دولار دفع مشترك إذا تم إدخالك إلى مستشفى. يجب عليك الاتصال بـUHS في موعد لا يتجاوز 48 ساعة بعد العلاج.	200 دولار دفع مشترك	200 دولار دفع مشترك	رعاية في غرفة الطوارئ	إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية
يلزم الإحالة إلى UHS.	0%	0%	النقل الطبي في حالات الطوارئ	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	الرعاية العاجلة	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	رسوم المرفق (مثال: غرفة في المستشفى)	إذا كان لديك مبيت في المستشفى
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	أجور /الطبيب/أخصائي الجراحة	

الحدود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى	ما ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاجها	مركز باركلي الطبي	
	مزود خارج الشبكة (ستدفع الأكثر)	مزود من الشبكة (ستدفع الأقل)			
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	10 دولار دفع مشترك لكل زيارة	الخدمات للمرضى الخارجيين	إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	الخدمات للمرضى الداخليين		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	زيارات المكاتب	إذا كنت حاملاً	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	الخدمات المتخصصة للميلاد/الولادة		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	خدمات المرفق للميلاد/الولادة		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	الرعاية الصحية المنزلية	إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	خدمات إعادة التأهيل		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	خدمات التأهيل		
تخضع لحد أقصى قدره 90 يومًا في السنة التقويمية كحد أقصى.	غير مشمول بالتغطية	0%	الرعاية التمريرية الماهرة		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	المعدات الطبية المعمرة		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	خدمات رعاية المسنين		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	فحص العيون للأطفال		إذا كان طفلك يحتاج إلى رعاية الأسنان أو العيون
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	نظارات للأطفال		
يلزم الإحالة إلى UHS.	غير مشمول بالتغطية	0%	فحص الأسنان للأطفال		

الخدمات المستثناة وخدمات أخرى غير مشمولة بالتغطية:

الخدمات التي لا تغطيها الخطة الخاصة بك بوجه عام (راجع وثيقة التأمين الخاصة بك أو الخطة لمزيد من المعلومات وقائمة بأي خدمات مستثناة أخرى.)	العلاج بالإبر
<ul style="list-style-type: none"> التمرير بمهمات خاصة العلاج العقم الرعاية الطبية للعيون (للبالغين) الرعاية طويلة الأجل الرعاية الروتينية للقدمين الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة برامج فقدان الوزن 	<ul style="list-style-type: none"> العلاج بالإبر الجراحة التجميلية الرعاية الطبية للأسنان (للبالغين) المعينات السمعية
<p>الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد يتم تطبيق قيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يرجى الاطلاع على وثيقة الخطة.)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 .قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضًا، بما في ذلك شراء تغطية تأمينية فردية من خلال سوق التأمين الصحي. لمزيد من المعلومات حول [السوق](http://www.HealthCare.gov)، 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 الشكوى 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](#) و [التأمين الصحي](#) المتوفر من خلال [السوق](#) أو سياسات السوق الفردية الأخرى، و Medicare، و Medicaid، و CHIP، و TRICARE، وبعض التغطيات الأخرى. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من [الحد الأدنى للتغطية الأساسية](#)، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على [إعفاء ضريبي متميز](#).

هل تلبى هذه الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ [نعم]

إذا لم تلبى [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' 773-385-9300.]

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) وفقًا 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: PRA Reports Clearance Officer, CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: 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 اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يفرضها المزودون وعوامل أخرى كثيرة. التركيز على مبالغ تقاسم التكاليف (الاقتطاعات، والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك)، والخدمات 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 من الخطة 0 دولار
- الأخصائي [تقاسم التكاليف] 0 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 0%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 0%

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	مثال على التكلفة الإجمالية
12,700 دولار	12,700 دولار
في هذا المثال، سيدفع بيج:	
تقاسم التكاليف	
0 دولار	<u>الاقتطاعات</u>
2 دولار	<u>المدفوعات المشتركة</u>
0 دولار	<u>التأمين المشترك</u>
ما لا تشمل التغطية	
60 دولار	الحدود أو الاستثناءات
60 دولار	إجمالي ما سيدفعه بيج

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

- مبلغ الاقتطاع الإجمالي من الخطة 0 دولار
- الأخصائي [تقاسم التكاليف] 0 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 0%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 0%

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

مثال على التكلفة الإجمالية	مثال على التكلفة الإجمالية
5,600 دولار	5,600 دولار
في هذا المثال، سيدفع بيج:	
تقاسم التكاليف	
0 دولار	<u>الاقتطاعات</u>
200 دولار	<u>المدفوعات المشتركة</u>
0 دولار	<u>التأمين المشترك</u>
ما لا تشمل التغطية	
20 دولار	الحدود أو الاستثناءات
200 دولار	إجمالي ما سيدفعه بيج

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

- مبلغ الاقتطاع الإجمالي من الخطة 0 دولار
- الأخصائي [تقاسم التكاليف] 0 دولار
- مستشفى (مرفق) [تقاسم التكاليف] 0%
- تكاليف أخرى [تقاسم التكاليف] 0%

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	مثال على التكلفة الإجمالية
2,800 دولار	2,800 دولار
في هذا المثال، ستدفع مايا:	
تقاسم التكاليف	
0 دولار	<u>الاقتطاعات</u>
200 دولار	<u>المدفوعات المشتركة</u>
0 دولار	<u>التأمين المشترك</u>
ما لا تشمل التغطية	
0 دولار	الحدود أو الاستثناءات
200 دولار	إجمالي ما سيدفعه مايا

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