



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، تفضل بزيارة [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526. 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526 لطلب نسخة.

الأسئلة المهمة	الإجابات	الأسباب التي تجعل هذا الأمر مهمًا:
ما هو إجمالي المبلغ المخصص؟	داخل الشبكة: الفرد \$1,500 / العائلة \$3,000. خارج الشبكة: الفرد \$3,000 / العائلة \$6,000.	بشكل عام، يجب أن تدفع جميع تكاليف مقدمي الخدمات حتى تصل إلى المبلغ المخصص قبل بدء الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في الخطة، فيجب أن يفي كل فرد من العائلة بالمبلغ المخصص الفردي خاصته حتى يصل إجمالي مبلغ النفقات المخصص الذي يدفعه جميع أفراد العائلة إلى إجمالي المبلغ المخصص العائلي.
هل يوجد خدمات مشمولة بالتغطية قبل الوصول إلى المبلغ المخصص لديك؟	نعم. تُغطي الأدوية الموصوفة وزيارات العيادة، بالإضافة إلى الرعاية الوقائية داخل الشبكة قبل أن تفي بالمبلغ المخصص.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى في حالة عدم استيفاء المبلغ المخصص بعد. لكن قد ينطبق مبلغ المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة خدمات وقائية محددة من دون تقاسم التكلفة وقبل الوصول إلى المبلغ المخصص الخاص بك. يمكنك الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
هل يوجد مبالغ مخصصة أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك الوصول إلى المبالغ المخصصة لخدمات محددة.
ما هو حد التكاليف النثرية لهذه الخطة؟	داخل الشبكة: الفرد \$5,250 / العائلة \$10,500. خارج الشبكة: الفرد لا يوجد / العائلة لا يوجد. الأدوية الموصوفة: داخل الشبكة: الفرد \$1,000 / العائلة \$2,000. خارج الشبكة: الفرد لا يوجد / العائلة لا يوجد.	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 ورسوم فترة الرصيد والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة والغرامات المفروضة على الإخفاق في الحصول على إذن مسبق للخدمات.	على الرغم من دفعك لهذه النفقات فقد لا تُحتسب ضمن حد التكاليف النثرية.
هل ستدفع مبلغًا أقل إذا استعنت بمقدم خدمات في الشبكة؟	نعم. يمكنك الاطلاع على <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> أو الاتصال على الرقم 1-800-370-4526 للحصول على قائمة بمقدمي الخدمات داخل الشبكة.	تستعين هذه الخطة بشبكة مقدمي الخدمات. ستدفع مبلغًا أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من داخل شبكة الخطة. إذا استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، ستدفع مبلغًا أكبر وقد تستلم فاتورة من مقدم الخدمة تتضمن الفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فترة الرصيد). يُرجى العلم أن من الممكن أن يستعين مقدم الخدمة من داخل الشبكة بمقدم خدمة من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل القحص 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 المشاركة في الدفع و التأمين المشترك الموضحة في هذا المخطط بعد استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك، إذا كان المبلغ المخصص ينطبق.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك		القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
		مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	
في حالة زيارتك لمكتب أو عيادة مقدم رعاية صحية	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	\$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، ولا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ، باستثناء عدم وجود رسوم مقابل زيارة مقدم الرعاية الأولية (PCP) المحدد	50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	لا يوجد
	زيارة الأخصائي	\$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	لا يوجد
	الرعاية الوقائية / الفحص / اللقاح	لا توجد رسوم	50% للتأمين المشترك	قد يتعين عليك الدفع للحصول على الخدمات غير الوقائية. اسأل مقدم الخدمة لديك ما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية. وبعد ذلك تحقق مما ستدفعه <u>خطتك</u> .
إذا كان لديك فحص	فحص تشخيصي (الأشعة السينية، فحص الدم)	20% للتأمين المشترك	50% للتأمين المشترك	لا يوجد
	التصوير (تصوير مقطعي محوسب (CT)/تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).	20% للتأمين المشترك	50% للتأمين المشترك	لا يوجد

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك	
		مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)
<p>إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك</p> <p>تتولى Sav-RX إدارة <u>تغطية الأدوية الموصوفة</u></p> <p>يتوفر المزيد من المعلومات حول <u>تغطية الأدوية الموصوفة</u> على <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p>	الأدوية الجنيسة	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$4 على أساس القيمة للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$8 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$12 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، ومبلغ \$8 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)؛ الأدوية الجنيسة المفضلة بمبلغ \$8 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$16 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$24 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، ومبلغ \$16 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، وبالنسبة إلى الأنسولين: لا توجد رسوم</p>	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$13 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$26 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$39 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، والأنسولين: بمبلغ \$13 <u>للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u></p>
	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$30 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$60 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$90 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، والأنسولين: بمبلغ \$30 <u>للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u></p>	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$25 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$50 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$75 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، ومبلغ \$50 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، وبالنسبة إلى الأنسولين: لا توجد رسوم</p>
	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$55 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$110 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$165 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، والأنسولين: بمبلغ \$35 <u>للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u></p>	<p>بالنسبة إلى <u>المشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u>، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>: مبلغ \$50 للإمداد لمدة 30 يومًا، ومبلغ \$100 للإمداد لمدة 60 يومًا، ومبلغ \$150 للإمداد لمدة 90 يومًا (البيع بالتجزئة)، ومبلغ \$100 للإمداد لمدة 31 إلى 90 يومًا (الطلب عبر البريد)، والأنسولين: بمبلغ \$25 <u>للمشاركة في الدفع/الوصفة الطبية</u></p>
<p>سوف توفر الوصفة الطبية الأولى عند صيدلية بيع بالتجزئة أو خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx. ويتعين أن تكون عمليات الصرف اللاحقة من خلال خدمات الوصفات الطبية من Sav-Rx.</p>	الأدوية المتخصصة	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنيسة أو ذات العلامات التجارية	التكلفة المنطبقة كما هو موضح أعلاه للأدوية الجنيسة أو ذات العلامات التجارية

الحدث الطبي الشائع	الدفعات الواجبة عليك		الخدمات التي قد تحتاج إليها
	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	
إذا كانت لديك جراحة خارج المستشفى	لا يوجد	20% للتأمين المشترك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، مركز الجراحات السامحة بالتجول)
	لا يوجد	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$50 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	رسوم الطبيب/الجراح
إذا احتجت إلى رعاية طبية فورية	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة.	20% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$200 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	رعاية غرفة الطوارئ
	تكون قيمة استخدام الرعاية الطارئة من خارج الشبكة مماثلة للقيمة المدفوعة داخل الشبكة. النقل للحالات غير الطارئة؛ غير مشمول بالتغطية، باستثناء عند الحصول على إذن مسبق.	20% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$200 للمشاركة في الدفع لكل رحلة	النقل في الحالات الطبية الطارئة
	لا توجد تغطية للاستخدام غير العاجل.	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	الرعاية العاجلة
	مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	رسوم المرفق (على سبيل المثال، غرفة بالمستشفى)
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	لا يوجد	20% للتأمين المشترك	رسوم الطبيب/الجراح
	لا يوجد	العيادة: 50% للتأمين المشترك بعد \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، وخدمات المرضى الخارجيين الأخرى: 50% للتأمين المشترك	خدمات المرضى الخارجيين
	مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	خدمات المرضى الداخليين

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	الدفعات الواجبة عليك		القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
		مقدم خدمة داخل الشبكة (ستدفع المبلغ الأقل)	مقدم خدمة خارج الشبكة (ستدفع المبلغ الأكبر)	
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	لا توجد رسوم	50% للتأمين المشترك	لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية. قد تتضمن رعاية الأمومة اختبارات وخدمات موصية في مكان آخر في SBC (مثل، الموجات فوق الصوتية). مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	الخدمات المهنية عند الولادة	20% للتأمين المشترك	50% للتأمين المشترك	
	خدمات المرافق عند الولادة	20% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ 20% للتأمين المشترك بعد ذلك	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$100 للمشاركة في الدفع/اليوم في أول 5 أيام لكل إقامة؛ 50% للتأمين المشترك بعد ذلك	
إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في التعافي أو كانت لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	الرعاية الصحية المنزلية	لا توجد رسوم	50% للتأمين المشترك	130 زيارة/سنة تقويمية. مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	خدمات إعادة التأهيل	\$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	60 زيارة في السنة التقويمية للعلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق مجتمعين.
	خدمات التأهيل	\$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	لا يوجد
	الرعاية التمريضية المتخصصة	20% للتأمين المشترك	50% للتأمين المشترك	60 يوماً/سنة تقويمية. مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	المعدات الطبية المجهزة	لا توجد رسوم	50% للتأمين المشترك	تقتصر على جهاز واحد من المعدات الطبية المجهزة لنفس الغرض أو لغرض مشابه. تُستبعد الإصلاحات بسبب سوء الاستخدام.
	خدمات مأوى رعاية المحتضرين	لا توجد رسوم	50% للتأمين المشترك	مبلغ جزاء يصل إلى \$400 بسبب عدم الحصول على إذن مسبق للرعاية من خارج الشبكة.
	فحص العينين للأطفال	\$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	50% للتأمين المشترك بعد دفع مبلغ \$25 للمشاركة في الدفع لكل زيارة	فحص روتيني واحد للعين/12 شهراً.
إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العين	نظارات الأطفال	لا توجد رسوم	لا توجد رسوم	\$300 بحد أقصى/12 شهراً.
	فحص الأسنان للأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية.

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بصفة عامة (يمكنك الرجوع إلى وثيقة الخطة أو السياسة لمزيد من المعلومات وللحصول على قائمة الخدمات المستثناة الأخرى).

- رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)
- المعينات السمعية
- الرعاية الطويلة الأجل
- الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة
- التمريض الخصوصي
- رعاية الأقدام الروتينية
- برامج فقدان الوزن

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

- العلاج بالخز بالإبر - 20 زيارة/سنة تقويمية لعلاج المرض والإصابة والألم المزمن.
- جراحة علاج السمينة - تقتصر على مقدمي الخدمات داخل الشبكة.
- الرعاية لتقويم العمود الفقري - 20 زيارة/سنة تقويمية.
- الجراحة التجميلية - تغطية محدودة، انظر مستند السياسة أو رقم الاتصال على بطاقة تعريفك (ID).
- علاج العقم - يقتصر على تشخيص الحالات الطبية الباطنية وعلاجها.
- الرعاية الروتينية للعين (للبالغين) - فحص عين روتيني واحد/12 شهرًا.

**حقوقك في استمرار التغطية:** توجد وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة التغطية بعد انتهائها. معلومات الاتصال لتلك الوكالات هي:

- لمزيد من المعلومات حول حقوقك لمواصلة التغطية، تواصل مع الخطة على الرقم 1-800-370-4526.
- إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لقانون ضمان دخل تقاعد الموظف (ERISA)، فيمكنك أيضًا التواصل مع إدارة ضمان مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA-444-866-1 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- للخطط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضًا الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم 61565 x 1-877-267-2323 أو [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- إذا كانت تغطيتك هي خطة تابعة للكنيسة، فلا تُغطي خطط الكنيسة بواسطة قواعد مواصلة تغطية كوبرا COBRA الفيدرالية. إذا كانت التغطية خاضعة للتأمين، يجب على الأفراد الاتصال بمنظم التأمين الحكومي فيما يتعلق بحقوقهم المحتملة في استمرار التغطية بموجب قانون الولاية.
- قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضًا، 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 والاستئنافات الخاصة بك:** هناك وكالات يمكنها تقديم المساعدة إذا كان لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. تسمى تلك الشكوى بالتظلم أو الاستئناف لمزيد من المعلومات عن حقوقك، راجع شرح المزايا التي ستتلقاها لتلك المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضًا المعلومات الكاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو استئناف أو تظلم لأي سبب لخطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإخطار أو المساعدة، تواصل مع:

- إذا كانت التغطية الصحية لمجموعتك تخضع لـ ERISA، فيمكنك الاتصال بـ Aetna مباشرة عن طريق الاتصال برقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة تعريفك الطبية (ID) أو عن طريق الاتصال برقمنا العام على 1-800-370-4526. يمكنك أيضًا التواصل مع إدارة ضمان مزايا الموظفين التابعة لوزارة العمل على الرقم (3272) EBSA-444-866-1 أو <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- للخطط الصحية الجماعية الحكومية غير الفيدرالية، يمكنك أيضًا الاتصال بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلك والإشراف على التأمين على الرقم 61565 x 1-877-267-2323 أو [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- إضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك في تقديم استئنافك. وتتوفر معلومات الاتصال على: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

**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 الخطة من خلال السوق.

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



هذا ليس مُقدراً للتكاليف. العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتماداً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يفرضها مقدمو الخدمات لديك والعوامل 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 داخل الشبكة ورعاية المتابعة)

\$1,500	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	تأمين مشترك آخر

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:  
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك اللوازم الطبية)  
الفحص التشخيصي (الأشعة السينية)  
المعدات الطبية المُعمرة (العكازات)  
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

### إدارة داء السكري من نوع 2 عند Joe

(عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة مُتحكم فيها جيداً)

\$1,500	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	تأمين مشترك آخر

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:  
زيارات عيادات أطباء الرعاية الأولية (بما في ذلك خدمات  
التلقيح بالمرض)  
الفحوصات التشخيصية (فحص الدم)  
الأدوية الموصوفة  
لوازم مرضى السكري (جهاز قياس نسبة السكر في الدم)

### Peg ستلد طفلاً

(9 أشهر من الرعاية السابقة للولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

\$1,500	المبلغ المخصص الإجمالي للخطة
\$25	مبلغ المشاركة في الدفع للأخصائي
20%	التأمين المشترك للمستشفى (للمرفق)
20%	تأمين مشترك آخر

يشتمل هذا الحدث المستخدم كمثال على خدمات مثل:  
زيارات عيادات الأخصائيين (رعاية ما قبل الولادة)  
الخدمات المهنية عند الولادة  
خدمات المرافق عند الولادة  
الفحوصات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحص  
الدم)  
زيارة الأخصائي (التخدير)

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$2,800	
في هذا المثال، ستدفع Mia:	
تقاسم التكلفة	
\$1,500	المبالغ المخصصة
\$100	مبالغ المشاركة في الدفع
\$90	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$1,690	إجمالي ما ستدفعه Mia هو

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$5,600	
في هذا المثال، سيدفع Joe:	
تقاسم التكلفة	
\$100	المبالغ المخصصة
\$600	مبالغ المشاركة في الدفع
\$0	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$20	القيود أو الاستثناءات
\$720	إجمالي ما سيدفعه Joe هو

التكلفة الإجمالية للمثال	
\$12,700	
في هذا المثال، ستدفع Peg:	
تقاسم التكلفة	
\$1,500	المبالغ المخصصة
\$10	مبالغ المشاركة في الدفع
\$2,000	التأمين المشترك
ما الخدمات غير الخاضعة للتغطية	
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$3,570	إجمالي ما ستدفعه Peg هو

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

## التقنية المساعدة

قد لا يتمكن الأشخاص الذين يستخدمون التقنية المساعدة من الوصول الكامل للمعلومات التالية. للمساعدة، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-370-4526.

## الهاتف الذكي أو الجهاز اللوحي

لعرض المستندات من هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي، يلزم توفر تطبيق WinZip المجاني. وقد يكون متاحًا من App Store.

## عدم التمييز

تمتثل Aetna لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز بصورة غير قانونية أو تستبعد الناس أو تعاملهم بطريقة مختلفة بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

نوفر الخدمات/وسائل المساعدة المجانية للأشخاص من ذوي الإعاقات وللأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة اللغوية.

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة تعريفك (ID).

إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قمنا بالتمييز على أساس فئة محمية مذكورة أعلاه، يمكنك أيضًا تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية عن طريق التواصل مع:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

الفاكس: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

ويمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، مكتب بواية شكاوى الحقوق المدنية، متاح على

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, أو على: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

HHH Building, Washington, DC 20201، أو على الرقم 1-800-368-1019، أو (TDD) 800-537-7697.

Aetna هي العلامة التجارية المستخدمة للمنتجات والخدمات المقدمة من قبل واحدة أو أكثر من مجموعة الشركات الخاصة بـ Aetna، بما في ذلك شركة Aetna للتأمين على الحياة (Aetna Life Insurance Company) وشركاتها التابعة (Aetna).

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকষ এই নম্বকি পেবষক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့စကားပြော မေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိပုံကို 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခံခံဆုတ်ပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Cherokee -	Ⴄႃ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf, bilibili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bel 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઈ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢ်အတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wudu-dù kà kò dò b̈é dyi mowú n̈ ni Pídyi ní, níí, d̈á nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەستگیراکەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शक्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian-	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Pohnpeyan -	
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo b́ááq́h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cīn wëu kor keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoaan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se tologi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djei wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܡܝܪܘ ܕܗܥܠܐ ܨܝܠܥܐ ܕܡܕܝܢܬܐ ܕܡܕܢܚܐ ܕܡܕܢܚܐ ܕܡܕܢܚܐ ܕܡܕܢܚܐ ܕܡܕܢܚܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.