



سوف يساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية "Summary of Benefits and Coverage, (SBC)" على اختيار خطة تأمين صحي. ويوضح مستند (SBC) لك كيف تتقاسم أنت والخطة تكاليف خدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملاحظة: سيتم تقديم معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى القسط) بشكل منفصل. وهذا ليس سوى ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من الشروط الكاملة للتغطية، يرجى زيارة www.kp.org/plandocuments أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711). للتعريفات العامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به أو فواتير المبلغ المتبقي أو التأمين المشترك أو السداد المشترك أو المبالغ المخصصة أو مزود الخدمة أو غيرها من المصطلحات التي تحتها خط، انظر القاموس. يمكنك مشاهدة القاموس على www.healthcare.gov/sbc-glossary أو الاتصال على 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711) لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	الإجابة	لماذا يعد هذا الأمر مهمًا:
ما هو إجمالي <u>المبالغ المخصصة</u> ؟	0 دولار أمريكي	انظر جدول الحالات الطبية الشائعة أدناه للحصول على تكلفة الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك خدمات مغطاة قبل دفع <u>مبالغك المخصصة</u> ؟	لا ينطبق.	تغطي هذه الخطة بعض البنود والخدمات حتى لو لم تقم بدفع <u>المبالغ المخصصة</u> بعد. ولكن قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك. على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة الخدمات الوقائية دون مشاركة التكلفة قبل أن تدفع <u>مبالغك المخصصة</u> . انظر قائمة الخدمات الوقائية على www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
هل هناك مبالغ مخصصة أخرى للحصول على خدمات محددة؟	لا.	لا يتوجب عليك دفع <u>المبالغ المخصصة</u> للحصول على خدمات محددة؟
ما هو <u>حد الدفع من الجيب</u> لهذه الخطة؟	1200 دولار أمريكي للفرد/ 2400 دولار أمريكي للأسرة	إن <u>حد الدفع من الجيب</u> هو أقصى ما يمكنك دفعه في عام واحد للحصول على الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد أسرة آخريين في هذه الخطة، فيجب أن يسددوا <u>حدود الدفع من الجيب</u> الخاصة بهم إلى أن يتم سداد <u>حد الدفع من الجيب</u> الإجمالي للأسرة.
ما البنود غير المدرجة في <u>حد الدفع من الجيب</u> ؟	لا تغطي هذه الخطة <u>الأقساط وفواتير المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة 2.</u>	على الرغم من أنك تسدد هذه المصروفات، فلا يمكن احتسابها كجزء من <u>حد الدفع من الجيب</u> .
هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم <u>الخدمات داخل الشبكة</u> ؟	نعم. برجاء تفقد الموقع الإلكتروني: www.kp.org أو الاتصال على الرقم 4636-1-888-901 (خدمة الهاتف النصي: 711) للحصول على قائمة <u>مزودي الخدمات داخل الشبكة</u> .	تستخدم هذه الخطة شبكة مزودي خدمات. ستدفع أقل إذا كنت تستخدم مزودًا داخل شبكة الخطة. سوف تدفع أكثر إذا كنت تستخدم مزودًا خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مزود خدمة عن الفارق بين رسوم <u>المزود</u> وما تدفعه <u>خطتك</u> (فاتورة المبلغ المتبقي). يرجى الانتباه، قد يستخدم مزودك داخل الشبكة مزودًا من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). راجع <u>مزود خدمتك</u> قبل الحصول على الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة <u>أخصائي</u> ؟	نعم، ولكن قد تحيل نفسك إلى <u>أخصائيين</u> محددين.	سوف تدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف لزيارة <u>أخصائي</u> للخدمات المغطاة وذلك فقط في حالة إن كان لديك <u>إحالة</u> قبل أن تزور <u>الأخصائي</u> .



جميع تكاليف **الدفع المشترك** و **التأمين المشترك** موضحة في هذا الجدول بعد أن يتم سداد **مبالغك المخصصة**، إذا كانت **المبالغ المخصصة** تنطبق.

الحالات الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (سوف تدفع أكثر)	
إذا قمت بزيارة مكتب أو عيادة مزود رعاية صحية	زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	لا يوجد
	زيارة الإخصائي	15 دولار أمريكي في الزيارة	غير مشمولة	لا يوجد
	الرعاية الوقائية /الفحص/ التطعيم	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	قد يتوجب عليك الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. اسأل مزود خدماتك ما إن كانت الخدمات وقائية. ثم راجع المبلغ مستحق الدفع بخطتك مقابله.
إن كان لديك اختبارًا	اختبار تشخيصي (أشعة سينية- اختبار دم)	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	لا يوجد
	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	50 دولار أمريكي في الزيارة	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى عقاقير لمعالجة مرضك أو حالتك تتوفر مزيد من المعلومات حول تغطية عقاقير الوصفات الطبية على www.kp.org/formulary	العقاقير المستندة إلى القيمة	4 دولارات أمريكية/ الوصفة الطبية	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات كتيب الوصفات .
	العقاقير العامة المفضلة	8 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولارات أمريكية من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني) وصفة طبية		
	العقاقير الجنيسة المفضلة	25 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولارات أمريكية من حصة تكلفة البيع بالتجزئة (طلب بالبريد الإلكتروني) وصفة طبية	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات قائمة الأدوية .
	العقاقير غير المفضلة	غير مشمولة	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات قائمة الأدوية .
	العقاقير المستندة إلى التخصص	تنطبق حصص التكلفة العامة المفضلة أو العلامة التجارية المفضلة أو غير المفضلة.	غير مشمولة	إمداد حتى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). بحسب تعليمات قائمة الأدوية ، عند اعتمادها من خلال عملية الاستثناءات.
	رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المتنقل) رسوم الطبيب/الجراح	50 دولار أمريكي في الزيارة	غير مشمولة	لا يوجد
إن كان لديك جراحة خارجية	رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المتنقل) رسوم الطبيب/الجراح	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	رسوم الطبيب/الجراح مشمولة في رسوم المرافق.
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	200 دولار أمريكي في الزيارة	200 دولار أمريكي في الزيارة	يجب عليك أن تخطر مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة إذا تم إدخالك لدى مزود خدمة خارج

الحالات الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (سوف تدفع أكثر)	
				الشبكة، وهذا يقتصر على حالات الطوارئ الأولية فقط. يتم التنازل عن الدفع المشترك إذا تم دخولك إلى المستشفى كمرضى داخلي.
	الانتقالات الطبية الطارئة	تأمين مشترك بنسبة 20%	تأمين مشترك بنسبة 20%	لا يوجد
	الرعاية الطارئة	لا يوجد رسوم	200 دولار أمريكي في الزيارة	المزودون من خارج الشبكة الذين يتم تغطيتهم عندما تكون خارج منطقة الخدمة بشكل مؤقت.
إن كان لديك إقامة بالمستشفى	رسوم المرافق (على سبيل المثال غرفة المستشفى)	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	رسوم الطبيب/الجراح	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	رسوم الطبيب/الجراح مشمولة في رسوم المرافق. مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو السلوكية أو خدمات إسعاف استخدام العقاقير	خدمات العيادات الخارجية	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	لا يوجد
	خدمات العيادات الداخلية	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت حاملاً	زيارات المكتب	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	بناءً على نوع الخدمة، قد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو المبالغ المخصصة قد تشمل رعاية الأمومة التحاليل والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزاي والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية)
	خدمات الولادة المهنية	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	الرسوم المهنية مشمولة في رسوم المرافق. يجب أن تخضعي مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. حصص تكاليف خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	خدمات مرافق الولادة	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول	غير مشمولة	يجب أن تخضعي مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. حصص تكاليف خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للشفاء أو لديك احتياجات صحية أخرى	الرعاية الصحية المنزلية	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات إعادة التأهيل	المرضى الخارجيون: لا يوجد رسوم المرضى الداخليون: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات التأهيل: المرضى الخارجيون: 60 زيارة في السنة المرضى الداخليون: 60 يوماً في السنة/ ومطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات التأهيل	المرضى الخارجيون: لا يوجد	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات إعادة التأهيل: المرضى

الحالات الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (سوف تدفع أكثر)	
		رسوم المرضى الداخليين: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول		الخارجيون: 60 زيارة في السنة المرضى الداخليين: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	الرعاية التمريضية الماهرة	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	60 يومًا في السنة مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	المعدات الطبية المعمرة	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	بحسب تعليمات قائمة الأدوية. مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	خدمات دار العجزة	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية بالأسنان أو العين	فحص عيني الأطفال	لا يوجد رسوم لاختبار فحص الانكسار	غير مشمولة	يقتصر على فحص واحد لكل 12 شهر
	نظارات الأطفال	لا يوجد رسوم	غير مشمولة	يقتصر الأعضاء ممن يبلغون 19 عامًا وأكثر على مبلغ 600 دولار أمريكي لكل 12 شهر، أما الأعضاء الذين هم تحت عمر 19 عامًا، فيقتصرون على زوج واحد من الإطارات والعدسات في العام الواحد أو عدسات لاصقة يتم تغطيتها بتأمين مشترك نسبته 50%.
	فحص أسنان الأطفال	غير مشمولة	غير مشمولة	لا يوجد

الخدمات المستثناة وغيرها من الخدمات المغطاة:

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بشكل عام (راجع مستند بوليصة أو خطتك لمزيد من المعلومات ولقائمة أي خدمات أخرى مستثناة).	
<ul style="list-style-type: none"> جراحة التجميل العناية بالأسنان (الكبار والصغار) سماعات الأذن 	<ul style="list-style-type: none"> علاج العقم الرعاية طويلة الأجل الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة
الخدمات الأخرى المغطاة (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يرجى مراجعة مستند خطتك).	
<ul style="list-style-type: none"> العلاج بالإبر (20 زيارة في السنة) جراحات علاج السمنة 	<ul style="list-style-type: none"> نظارات الأطفال تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة)
<ul style="list-style-type: none"> العناية الروتينية بالعينين (للكبار) 	

حقوقك لاستمرار الحصول على التغطية التأمينية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا أردت الاستمرار في الحصول على تغطيتك التأمينية بعد انتهائها. وفيما يلي معلومات الاتصال بتلك الوكالات في الجدول أدناه. قد تتوفر لديك أيضاً خيارات تغطية أخرى، بما فيها شراء تغطية تأمينية فردية عبر [سوق التأمين الصحي](#). لمزيد من المعلومات حول السوق، زر www.HealthCare.gov أو اتصل على 1-800-318-2596.

حقوقك في تقديمك التظلمات والاستئنافات: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كان لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض مطالبة. يُطلق على الشكوى اسم تظلم أو استئناف. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، انظر تفسير المزايا التي ستتلقاها عن تلك المطالبة الطبية. كما توفر مستندات خطتك معلومات كاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو استئناف أو تظلم لأي سبب على خطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك أو حول هذا الإشعار أو مساعدتك، اتصل بالوكالات في الجدول أدناه.

معلومات الاتصال من أجل حقوقك في استمرار التغطية وحقوقك في تقديم التظلمات والاستئنافات:

www.kp.org أو 1-888-901-4636 (خدمة الهاتف النصي: 711)	خدمات الأعضاء في Kaiser Permanente
www.dol.gov/ebsa/healthreform أو 1-866-444-EBSA (3272)	Department of Labor's Employee Benefits Security Administration
www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565	Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight
www.insurance.wa.gov أو 1-800-562-6900	Washington Department of Insurance

هل توفر هذه الخطة حد أدنى من التغطية الأساسية؟ نعم
يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً [الخطط](#) أو [التأمين الصحي](#) المتاح من خلال [السوق](#) أو وثائق السوق الفردية الأخرى وMedicare وMedicaid وCHIP وTRICARE وتغطية أخرى محددة. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً [للاتئمان الضريبي على القسط](#).

هل تفي هذه الخطة بالحد الأدنى لمعايير القيمة؟ نعم
إذا كانت خطتك لا تفي بالحد الأدنى لمعايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً لائتمان ضريبي على القسط لمساعدتك على الدفع مقابل الخطة من خلال السوق.

خدمات الوصول اللغوي:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

لمشاهدة أمثلة حول كيفية تغطية هذه [الخطة](#) للتكاليف لأحد المواقف الطبية، انظر القسم التالي.



هذا ليس تقييمًا للتكلفة. إن العلاجات الموضحة هي مجرد أمثلة حول كيفية إمكانية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليف الرعاية الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحتسبها مزود خدماتك والعديد من العوامل الأخرى. ركز على مبالغ مشاركة التكلفة (المبالغ المخصصة والدفعات المشتركة والدفعات المشتركة و التأمين المشترك) و الخدمات المستثناة ضمن الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها ضمن خطط صحية مختلفة. يرجى العلم أن هذه الأمثلة على التغطية تستند إلى التغطية الذاتية فقط.

<p>كسر بسيط وقع للمريضة Mia</p> <p>(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة والمتابعة)</p>	<p>علاج السكري من النوع الثاني للمريض Joe (عام جيدًا)</p> <p>من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم بها</p>	<p>Peg ستجرب طفلًا</p> <p>(9 أشهر من الرعاية وخدمات ما قبل الولادة والولادة في مستشفى وذلك داخل الشبكة)</p>																																				
<p>إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 0 دولار أمريكي</p> <p>الدفع المشترك للأخصائي 0%</p> <p>الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي + 0%</p> <p>التأمين المشترك الآخر (أشعة سينية) 0%</p> <p>يشمل هذا المثال خدمات مثل:</p> <p>رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)</p> <p>اختبار تشخيصي (أشعة سينية)</p> <p>المعدات الطبية المعمرة (العكازات)</p> <p>خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)</p>	<p>إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 0 دولار أمريكي</p> <p>الدفع المشترك للأخصائي 0%</p> <p>الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي + 0%</p> <p>التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 0%</p> <p>يشمل هذا المثال خدمات مثل:</p> <p>زيارات مكتب طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التثقيف حول المرض)</p> <p>اختبارات تشخيصية (اختبار دم)</p> <p>العقاقير المستندة إلى وصفة طبية</p> <p>المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)</p>	<p>إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 0 دولار أمريكي</p> <p>الدفع المشترك للأخصائي 0%</p> <p>الدفع المشترك للمستشفى (المرفق) 100 دولار أمريكي + 0%</p> <p>التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 0%</p> <p>يشمل هذا المثال خدمات مثل:</p> <p>زيارات مكتب الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة)</p> <p>خدمات الولادة المهنية</p> <p>خدمات مرافق الولادة</p> <p>اختبارات تشخيص (موجات صوتية وتحاليل دم)</p> <p>زيارة الأخصائي (تخدير)</p>																																				
<p>إجمالي التكلفة في المثال 2800 دولار أمريكي</p> <p>في هذا المثال، ستدفع Mia:</p> <table><tr><th>مشاركة التكلفة</th><th>المبالغ المخصصة</th></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الدفعات المشتركة</td></tr><tr><td>200 دولار أمريكي</td><td>التأمين المشترك</td></tr><tr><td>200 دولار أمريكي</td><td>الخدمات غير المشمولة</td></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الحدود أو الاستثناءات</td></tr><tr><td>400 دولار أمريكي</td><td>إجمالي ما ستدفعه Mia هو</td></tr></table>	مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة	0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة	200 دولار أمريكي	التأمين المشترك	200 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة	0 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات	400 دولار أمريكي	إجمالي ما ستدفعه Mia هو	<p>إجمالي التكلفة في المثال 5600 دولار أمريكي</p> <p>في هذا المثال، سيدفع Joe:</p> <table><tr><th>مشاركة التكلفة</th><th>المبالغ المخصصة</th></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الدفعات المشتركة</td></tr><tr><td>600 دولار أمريكي</td><td>التأمين المشترك</td></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الخدمات غير المشمولة</td></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الحدود أو الاستثناءات</td></tr><tr><td>600 دولار أمريكي</td><td>إجمالي ما سيدفعه Joe هو</td></tr></table>	مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة	0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة	600 دولار أمريكي	التأمين المشترك	0 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة	0 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات	600 دولار أمريكي	إجمالي ما سيدفعه Joe هو	<p>إجمالي التكلفة في المثال 12700 دولار أمريكي</p> <p>في هذا المثال، ستدفع Peg:</p> <table><tr><th>مشاركة التكلفة</th><th>المبالغ المخصصة</th></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الدفعات المشتركة</td></tr><tr><td>100 دولار أمريكي</td><td>التأمين المشترك</td></tr><tr><td>0 دولار أمريكي</td><td>الخدمات غير المشمولة</td></tr><tr><td>20 دولار أمريكي</td><td>الحدود أو الاستثناءات</td></tr><tr><td>120 دولارًا أمريكيًا</td><td>إجمالي ما ستدفعه Peg هو</td></tr></table>	مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة	0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة	100 دولار أمريكي	التأمين المشترك	0 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة	20 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات	120 دولارًا أمريكيًا	إجمالي ما ستدفعه Peg هو
مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة																																					
0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة																																					
200 دولار أمريكي	التأمين المشترك																																					
200 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة																																					
0 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات																																					
400 دولار أمريكي	إجمالي ما ستدفعه Mia هو																																					
مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة																																					
0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة																																					
600 دولار أمريكي	التأمين المشترك																																					
0 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة																																					
0 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات																																					
600 دولار أمريكي	إجمالي ما سيدفعه Joe هو																																					
مشاركة التكلفة	المبالغ المخصصة																																					
0 دولار أمريكي	الدفعات المشتركة																																					
100 دولار أمريكي	التأمين المشترك																																					
0 دولار أمريكي	الخدمات غير المشمولة																																					
20 دولار أمريكي	الحدود أو الاستثناءات																																					
120 دولارًا أمريكيًا	إجمالي ما ستدفعه Peg هو																																					

ستكون الخطة مسؤولة عن التكاليف الأخرى- لهذه الخدمات المغطاة في المثال.