



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 <u>المشترك</u> أو <u>التأمين المشترك</u> . على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة الخدمات الوقائية دون <u>مشاركة التكلفة</u> 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 أموالك الخاصة</u> لهذه الخطة؟	1200 دولار أمريكي للفرد/ 2400 دولار أمريكي للأسرة	إن <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> هو أقصى ما يمكنك دفعه في عام واحد للحصول على الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد أسرة آخريين في هذه الخطة، فيجب أن يسدوا <u>حدود الدفع من أموالك الخاصة</u> بهم إلى أن يتم سداد <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> مقابل إجمالي الأسرة.
ما البنود غير المدرجة في <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</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 أموالك الخاصة</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 <u>شبكة مزودي خدمات</u> . ستدفع أقل إذا كنت تستخدم <u>مزودًا داخل شبكة الخطة</u> . سوف تدفع أكثر إذا كنت تستخدم <u>مزودًا خارج الشبكة</u> ، 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 <u>مزودك</u> داخل الشبكة <u>مزودًا من خارج الشبكة</u> لبعض الخدمات (مثل أعمال المختبر). راجع <u>مزود خدماتك</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 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة)	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)	50 دولار أمريكي في الزيارة	غير مشمولة	لا يوجد
	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 300 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 وثيقتك أو خطتك لمزيد من المعلومات ولقائمة أي خدمات أخرى مستثناة).			
• جراحة التجميل	• علاج العقم	• التمرريض ذو المهام الخاصة	
• العناية بالأسنان (الكبار والصغار)	• الرعاية طويلة الأجل	• العناية الروتينية بالقدم	
• سماعات الأذن	• الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة	• برامج فقدان الوزن	
الخدمات الأخرى المغطاة (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يرجى مراجعة مستند خطتك).			
• العلاج بالإبر (20 زيارة في السنة)	• نظارات الأطفال	• العناية الروتينية بالعينين (لل كبار)	
• جراحات علاج السمنة	• تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة)		

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)	إدارة ضمان استحقاقات الموظفين التابعة لوزارة العمل "Department of Labor's Employee Benefits Security Administration"
www.cciio.cms.gov أو 1-877-267-2323 x61565	وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مركز معلومات المستهلكين والرقابة على التأمين "Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight"
www.insurance.wa.gov أو 1-800-562-6900	إدارة التأمين في واشنطن "Washington Department of Insurance"

هل توفر هذه الخطة حد أدنى من التغطية الأساسية؟ نعم
يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عادةً [الخطط](#) و [التأمين الصحي](#) المتاح من خلال [السوق](#) أو وثائق السوق الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid و "Children's Health Insurance Program, CHIP" برنامج التأمين الصحي للأطفال و TRICARE 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 المواقع 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 مزودو 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.

Peg ستجرب طفلاً (9 أشهر من الرعاية وخدمات ما قبل الولادة والولادة في مستشفى وذلك داخل الشبكة)	علاج السكري من النوع الثاني للمريض Joe (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم بها جيداً)	كسر بسيط وقع للمريضة Mia (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة والمتابعة)
<ul style="list-style-type: none"> ■ إجمالي المبلغ المخصص <u>في الخطة هو</u> 0 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> 15 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك للمستشفى</u> (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك الآخر</u> (فحص تحليل الدم) 0 دولار أمريكي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ إجمالي المبلغ المخصص <u>في الخطة هو</u> 0 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> 15 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك للمستشفى</u> (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك الآخر</u> (فحص تحليل الدم) 0 دولار أمريكي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ إجمالي المبلغ المخصص <u>في الخطة هو</u> 0 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u> 15 دولارًا أمريكيًا ■ <u>الدفع المشترك للمستشفى</u> (المرفق) 100 دولار أمريكي ■ <u>الدفع المشترك الآخر</u> (أشعة سينية) 0 دولار أمريكي
<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 وتحليل دم)</p> <p>زيارة الأخصائي (تخدير)</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>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>
إجمالي التكلفة في المثال	إجمالي التكلفة في المثال	إجمالي التكلفة في المثال
12700 دولار أمريكي	5600 دولار أمريكي	2800 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع Peg:	في هذا المثال، سيدفع Joe:	في هذا المثال، ستدفع Mia:
مشاركة التكلفة	مشاركة التكلفة	مشاركة التكلفة
المبالغ المخصصة	المبالغ المخصصة	المبالغ المخصصة
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	الدفعات المشتركة	الدفعات المشتركة
100 دولار أمريكي	600 دولار أمريكي	200 دولار أمريكي
التأمين المشترك	التأمين المشترك	التأمين المشترك
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	200 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	الخدمات غير المشمولة	الخدمات غير المشمولة
الحدود أو الاستثناءات	الحدود أو الاستثناءات	الحدود أو الاستثناءات
20 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي
إجمالي ما ستدفعه Peg هو 120 دولار أمريكي	إجمالي ما سيدفعه Joe هو 600 دولار أمريكي	إجمالي ما ستدفعه Mia هو 400 دولار أمريكي

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