



سوف يساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (Summary of Benefits and Coverage, (SBC) على اختيار خطة تأمين صحي. يوضح لك ملخص المزايا والتغطية (SBC) كيفية اشتراكك بالخطة الصحية وتفاصيل الخطة فيما يتعلق بالتكاليف المتقسمة لخدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملاحظة: سنقدم لك معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى قسط التأمين) بشكل منفصل. هذه الوثيقة مجرد ملخص موجز. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من الشروط الكاملة للتغطية، يرجى زيارة [www.kp.org/plandocuments](http://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 استعراض مسرد المصطلحات على [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://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 المقتطعة</u> ؟	1,500 دولار أمريكي للفرد / 3,000 دولار أمريكي للأسرة	بصفة عامة، يجب عليك دفع جميع التكاليف من مقدمي الخدمة حتى المبلغ القابل للخصم قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من الأسرة مشمولين <u>بالخطة</u> ، فيجب على كل فرد منهم استيفاء خصم الأفراد خاص به لتلبية المبلغ الإجمالي <u>للتقاقات القابلة للخصم</u> التي يدفعها جميع أفراد الأسرة <u>المبلغ الإجمالي للخصم الخاص بالأسرة</u> .
هل هناك خدمات مغطاة قبل الوصول إلى <u>مبالغك المقتطعة</u> ؟	نعم. لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير <u>المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية</u> ، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).	تغطي هذه الخطة بعض البنود والخدمات حتى لو لم تصل إلى المبلغ <u>المقتطع</u> بعد. ولكن قد ينطبق الدفع <u>المشارك</u> أو <u>التأمين المشترك</u> على سبيل المثال، تغطي هذه <u>الخطة</u> الخدمات الوقائية دون <u>اقتسام التكلفة</u> قبل أن تصل إلى <u>مبلغك المقتطع</u> . انظر قائمة <u>الخدمات الوقائية</u> على <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
هل هناك مبالغ مقتطعة أخرى للحصول على خدمات محددة؟	لا.	لا يتوجب عليك استيفاء بند <u>المبالغ المقتطعة</u> للحصول على خدمات محددة.
ما هو <u>حد الدفع من رصيد أموالك الخاص</u> لهذه <u>الخطة</u> ؟	6,250 دولار أمريكي للفرد / 12,500 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 آخرون في هذه <u>الخطة</u> ، فيجب أن يفوا <u>بحدود الدفع من أموالك الخاصة</u> بهم إلى أن يتم الإيفاء <u>بحد الدفع من التقاقات الخاصة الإجمالي للأسرة</u> .
ما البنود غير المدرجة في <u>حد الدفع من أموالك الخاصة</u> ؟	لا تغطي هذه الخطة الأقساط وفواتير <u>المبالغ المتبقية والرسوم للرعاية الصحية</u> ، والخدمات المشار إليها في الموجود في صفحة رقم (2).	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: <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> أو الاتصال على الرقم 4636-1-888-901 (خدمة الهاتف النصي: 711) للحصول على قائمة مزودي الخدمات داخل الشبكة.	تستخدم هذه <u>الخطة</u> شبكة مزودي خدمات. ستدفع أقل إذا كنت تستخدم مزودًا داخل شبكة <u>الخطة</u> . سوف تدفع أكثر إذا كنت تستخدم مزودًا خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مزود خدمة عن الفارق بين رسوم <u>المزود وما تدفعه خطتك</u> (فاتورة <u>المبلغ المتبقي</u> ). 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 <u>الخطة</u> بعض أو كل التكاليف لزيارة <u>أخصائي</u> للخدمات المغطاة وذلك فقط في حالة إن كان لديك إحالة 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.

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
إذا قمت بزيارة مكتب أو عيادة <u>مزود</u> رعاية صحية	زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض	بدون رسوم، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	لا يوجد
	زيارة <u>الأخصائي</u>	25 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	لا يوجد
	<u>الرعاية الوقائية/الفحص/</u> التطعيم	بدون رسوم، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	قد يتوجب عليك الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. اسأل <u>مزود خدماتك</u> ما إن كانت الخدمات وقائية. ثم راجع المبلغ مستحق الدفع بـ <u>خطتك</u> مقابله.
إذا كنت ستخضع لفحص	<u>فحص تشخيصي</u> (أشعة سينية- اختبار تحليل الدم)	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد
	التصوير الإشعاعي (التصوير المقطعي المحوسب / بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى عقاقير لمعالجة مرضك أو حالتك تتوفر مزيد من المعلومات حول <u>تغطية عقاقير الوصفات الطبية</u> على <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	العقاقير العامة المفضلة	4 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) 8 دولار أمريكي (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولار أمريكي من <u>حصة تكلفة البيع بالتجزئة</u> (طلب بالبريد الإلكتروني) // <u>وصفة طبية</u> لا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات <u>كتيب الوصفات</u> .
	العقاقير الجنيسة المفضلة	25 دولارًا أمريكيًا (البيع بالتجزئة) خصم 5 دولار أمريكي من <u>حصة تكلفة البيع بالتجزئة</u> (طلب بالبريد الإلكتروني) // <u>وصفة طبية</u> لا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات <u>قائمة الأدوية</u> .
	العقاقير غير المفضلة	تنطبق <u>حصص التكلفة العامة المفضلة</u> أو العلامة التجارية المفضلة أو غير المفضلة.	غير مشمولة	إمداد حتى 90 يومًا (البيع بالتجزئة/ طلب بالبريد الإلكتروني). بحسب تعليمات <u>قائمة الأدوية</u> .
	<u>العقاقير المستندة إلى التخصص</u>	تنطبق <u>حصص التكلفة العامة المفضلة</u> أو العلامة التجارية المفضلة أو غير المفضلة.	غير مشمولة	إمداد حتى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). بحسب تعليمات <u>قائمة الأدوية</u> ، عند اعتمادها من خلال عملية الاستثناءات.
	رسوم المرافق (على سبيل المثال مركز الجراحة المتنقل) رسوم الطبيب/الجراح	50 دولار أمريكي للزيارة، تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد
إن كان لديك جراحة خارجية	رسوم الطبيب/الجراح	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	لا يوجد

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	<a href="#">رعاية غرفة الطوارئ</a>	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	يجب عليك أن تخطر مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة إذا تم إدخالك لدى مزود خدمة خارج الشبكة، وهذا يقتصر على حالات الطوارئ الأولية فقط. يتم التنازل عن الدفع المشترك إذا تم دخولك إلى المستشفى كمرضى داخلي.
	<a href="#">الانتقالات الطبية الطارئة</a>	تأمين مشترك بنسبة 20% المبالغ المخصصة غير مطبقة.	تأمين مشترك بنسبة 20% المبالغ المخصصة غير مطبقة.	لا يوجد
	<a href="#">الرعاية الطارئة</a>	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	200 دولار أمريكي للزيارة، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	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، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	رسوم الطبيب/الجراح	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو السلوكية أو خدمات إسعاف استخدام العقاقير	خدمات العيادات الخارجية	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	لا يوجد
	خدمات مرضى العيادات الداخلية	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مشاركة التكلفة لا ينطبق على الخدمات الوقائية. قد تشمل رعاية الأمومة التحاليل والخدمات الموصوفة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية)
	خدمات الولادة التخصصية	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	يجب أن تخطري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف</u> خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
	خدمات مرافق الولادة	100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها 20% تأمين مشترك	غير مشمولة	يجب أن تخطري مؤسسة Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من الدخول، أو بمجرد أن يصبح ذلك ممكناً من الناحية الطبية. <u>حصص تكاليف</u> خدمات المولود منفصلة عن تلك الخاصة بالأم.
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للشفاء أو لديك احتياجات صحية أخرى	<a href="#">الرعاية الصحية المنزلية</a>	بدون رسوم، ولا تنطبق المبالغ المخصصة.	غير مشمولة	مطلوب إذن مسبق وإلا لن يتم تغطيته.
	<a href="#">خدمات إعادة التأهيل</a>	مرضى العيادات الخارجية: 25 دولار أمريكي في الزيارة ولا تنطبق المبالغ المخصصة. مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500	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.

الأحداث الطبية الشائعة	خدمات قد تحتاجها	ماذا ستدفع		القيود والاستثناءات وغيرها من المعلومات المهمة
		مزود داخل الشبكة (سوف تدفع أقل)	مزود خارج الشبكة (ستدفع قيمة أكبر)	
		دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%		
	<a href="#">خدمات التأهيل</a>	مرضى العيادات الخارجية: 25 دولار أمريكي في الزيارة ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> . مرضى العيادات الداخلية: 100 دولار أمريكي في اليوم حتى 500 دولار أمريكي للدخول، ثم بعدها تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	مدمجة مع خدمات إعادة التأهيل: المرضى الخارجيون: 60 زيارة في السنة المرضى الداخليون: 60 يومًا في السنة/ ومطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	<a href="#">الرعاية التمريضية التخصصية</a>	تأمين مشترك بنسبة 20%	غير مشمولة	60 يومًا في السنة مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	<a href="#">المعدات الطبية المعمرة</a>	بدون رسوم، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	بحسب تعليمات <u>قائمة الأدوية</u> . مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
	<a href="#">خدمات دار العجزة</a>	بدون رسوم، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	غير مشمولة	مطلوب <u>إذن مسبق</u> وإلا لن يتم تغطيته.
إذا كان طفلك بحاجة إلى عناية بالأسنان أو العين	فحص عيني الأطفال	بدون رسوم لاختبار فحص الانكسار <u>المبالغ المخصصة</u> غير مطبقة.	غير مشمولة	يقتصر على فحص واحد لكل 12 شهر
	نظارات الأطفال	لا يوجد رسوم، ولا تنطبق <u>المبالغ المخصصة</u> .	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 <u>خطتك</u> بشكل عام (راجع مستند وثيقتك أو <u>خطتك</u> لمزيد من المعلومات ولقائمة أي <u>خدمات أخرى مستثناة</u> ).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>جراحة التجميل</li> <li>العناية بالأسنان (الكبار والصغار)</li> <li>سماعات الأذن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>علاج العقم</li> <li>الرعاية طويلة الأجل</li> <li>الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>التمريض ذو المهام الخاصة</li> <li>العناية الروتينية بالقدم</li> <li>برامج فقدان الوزن</li> </ul>	
الخدمات الأخرى المغطاة (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. يرجى مراجعة <u>مستند خطتك</u> ).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج بالإبر (20 زيارة في السنة)</li> <li>جراحات علاج السمنة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نظارات الأطفال</li> <li>تقويم العمود الفقري (20 زيارة في السنة)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>العناية الروتينية بالعينين (للكبار)</li> </ul>	

**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 **متجر التأمين الصحي**. لمزيد من المعلومات حول المتجر، زر [www.HealthCare.gov](http://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 ستلتقها 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 (خدمة الهاتف النصي: 711) 1-888-901-4636	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 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 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.

علاج السكري من النوع الثاني للمريض **Joe** (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم بها جيداً)

كسر بسيط وقع للمريضة "ميا" (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة والمتابعة)

**Peg** ستجرب طفلاً

(9 أشهر من الرعاية وخدمات ما قبل الولادة والولادة في مستشفى وذلك داخل الشبكة)

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 20%

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك الآخر (فحص تحليل الدم) 20%

- إجمالي المبلغ المخصص في الخطة هو 1,500 دولار أمريكي
- الدفع المشترك للأخصائي 25 دولار أمريكي
- تقاسم التكلفة للمستشفى (المرافق) 100 دولار أمريكي +20%
- التأمين المشترك (أشعة سينية) الآخر 20 دولار أمريكي

يشمل هذا المثال خدمات مثل:  
زيارات مكتب الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة)  
خدمات الولادة التخصصية  
خدمات مرافق الولادة  
اختبارات تشخيص (موجات صوتية وتحليل دم)  
زيارة الأخصائي (تخدير)

يشمل هذا المثال خدمات مثل:  
زيارات مكتب طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التثقيف حول المرض)  
اختبارات تشخيصية (اختبار دم)  
العقاقير المستندة إلى وصفة طبية  
المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)

يشمل هذا المثال خدمات مثل:  
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)  
اختبار تشخيصي (أشعة سينية)  
المعدات الطبية المعمرة (العكازات)  
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إجمالي التكلفة في المثال	12,700 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع Peg:	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	1,500 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	100 دولار أمريكي
التأمين المشترك	2,000 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	20 دولار أمريكي
إجمالي ما ستدفعه Peg هو	3,620 دولارًا أمريكيًا

إجمالي التكلفة في المثال	5,600 دولار أمريكي
في هذا المثال، سيدفع Joe:	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	40 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	600 دولار أمريكي
التأمين المشترك	0 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
المبلغ الإجمالي الذي سيدفعه "جو"	640 دولار أمريكي

إجمالي التكلفة في المثال	2,800 دولار أمريكي
في هذا المثال، ستدفع Mia:	
مشاركة التكلفة	
المبالغ المخصصة	900 دولار أمريكي
الدفعات المشتركة	100 دولار أمريكي
التأمين المشترك	200 دولار أمريكي
الخدمات غير المشمولة	
الحدود أو الاستثناءات	0 دولار أمريكي
إجمالي ما ستدفعه Mia هو	1,200 دولار أمريكي

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