



- در این وژنامه بسیاری از عبارتهایی که به طور معمول مورد استفاده قرار می‌گیرند ارائه شده‌اند، اما این لیست کامل نیست. این اصطلاحات و تعاریف وژنامه آموزشی هستند و ممکن است با اصطلاحات و تعاریف موجود در طرح یا بیمه نامه درمانی شما متفاوت باشند. برخی از این اصطلاحات نیز ممکن است هنگام استفاده در خط مشی یا طرح شما دقیقاً معنای مشابهی نداشته باشند. اما در هر صورت، خط مشی یا طرح در اولویت است. (برای اطلاع از نحوه دریافت یک کپی از سند خط مشی یا طرح خود، به خلاصه مزایا و پوشش خود مراجعه کنید.)
- متن زیرخط دار عبارتی را نشان می‌دهد که در این وژنامه تعریف شده است.
- در صفحه 6 مثالی را ببینید که نشان می‌دهد چگونه فرانشیزها، بیمه مشترک و محدودیت‌های هزینه آزاد، با هم در یک موقعیت واقعی عمل می‌کنند.



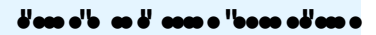
فرد یا شرکتی که خدمات مراقبت از سلامت را ارائه می‌کند. بعضی از نمونه‌های آن عبارتند از پزشک، پرستار، متخصص کایروپراکتیک، دستیار پزشک، بیمارستان، مرکز جراحی، مرکز پرستاری تخصصی و مرکز بازپروری. بر اساس قانون ایالتی، ممکن است طرح ملزم کند که ارائه‌دهنده دارای مجوز و گواهی یا مورد تأیید باشد.



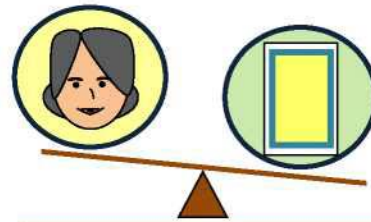
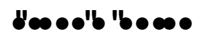
ارائه‌دهنده‌ای که با طرح شما قراردادی برای ارائه خدمات ندارد. اگر طرحتان خدمات خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می‌دهد، معمولاً نسبت به ارائه‌دهنده برگزیده هزینه بیشتری را پرداخت خواهید کرد تا با ارائه‌دهنده خارج از شبکه ملاقات کنید. ممکن است خط مشی شما در خصوص این هزینه‌ها توضیح بدهد. همچنین ممکن است به جای "ارائه‌دهنده خارج از شبکه"، ارائه‌دهنده "غیر ترجیحی" یا "غیر مشارکت‌کننده" نیز نامیده شود.



ارائه دهنده‌ای که با شرکت بیمه یا طرح شما قرارداد دارد و توافق کرده است که خدماتی را به اعضای طرح ارائه کند. اگر به ارائه‌دهنده درون شبکه مراجعه کنید، هزینه کمتری پرداخت خواهید کرد. به آنها "ارائه دهنده برگزیده" یا "ارائه دهنده مشارکت‌کننده" نیز گفته می‌شود.



پزشک از جمله دکتر طب (Medical Doctor, M.D.) یا متخصص استخوان‌درمانی، پزشک پرستار، پرستار متخصص کلینیک یا دستیار پزشک که تحت قانون ایالتی و شرایط طرح مجاز است طیفی از خدمات مراقبت از سلامت را ارائه یا هماهنگ کند.



طرح او می‌پردازد 80%  
جین می‌پردازد 20%  
(برای بررسی یک مثال دقیق به صفحه 6 مراجعه کنید.)

پابند، دستبند، کمربند و گردن بند، پا و دست مصنوعی، چشم و سینه (پستان) که بعد از عمل ماستکتومی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این خدمات عبارتند از: تنظیم،

تعمیر و جایگزین کردن این اندام‌ها که به خاطر ایجاد شکستگی، پارگی، از بین رفتن یا ایجاد تغییر در شرایط فیزیکی بیمار لازم و ضروری هستند.



یک دستور کتبی از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه برای مراجعه به متخصص یا دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی خاص. در بسیاری از مراکز حفظ سلامت (health maintenance organizations, HMO)، قبل از اینکه بتوانید خدمات مراقبت‌های بهداشتی را از هر کسی به جز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه خود دریافت کنید، باید یک ارجاع دریافت کنید. اگر ابتدا ارجاع دریافت نکنید، ممکن است طرح هزینه خدمات را پرداخت نکند.



استانداردی اولیه برای اندازه‌گیری درصد هزینه‌های مجازی که تحت پوشش طرح است. اگر طرح کارفرمایی به شما پیشنهاد می‌شود که حداقل 60% از کل هزینه‌های مجاز مزایا را پرداخت می‌کند، این طرح حداقل مبلغ را ارائه می‌دهد و ممکن است برای خرید یک طرح از بازار بیمه واجد شرایط دریافت اعتبارات مالیاتی ممتاز و کاهش اشتراک هزینه نباشید.

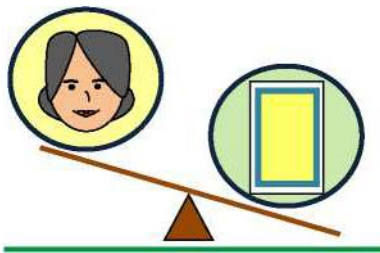


سهم شما از مبلغ هزینه‌های خدماتی که تحت پوشش طرح هستند و باید شخصاً خودتان آن را پرداخت کنید (بعضی مواقع به آن "هزینه آزاد" نیز گفته می‌شود). برخی از نمونه‌های اشتراک هزینه عبارتند از پرداخت‌های مشترک، فرانشیزها و بیمه مشترک. اشتراک هزینه خانواده، سهم هزینه فرانشیزها و هزینه‌های آزاد شما و همسر و/یا فرزند(فرزندان)تان است که باید از جیب خود بپردازید. سایر هزینه‌ها، از جمله حق بیمه شما، جریمه‌هایی که ممکن است مجبور به پرداخت آن باشید، یا هزینه‌های مراقبتی که یک طرح پوشش نمی‌دهد، معمولاً به عنوان اشتراک هزینه در نظر گرفته نمی‌شوند.



کمک مالی که سبب کاهش مالیات می‌شود تا به شما و خانواده‌تان کمک شود بتوانید هزینه بیمه سلامت خصوصی را پرداخت کنید. اگر بیمه سلامت را از طریق بازار بیمه دریافت کرده‌اید و درآمدتان کمتر از حدی مشخص است، می‌توانید این کمک را دریافت کنید. پیش پرداخت اعتبار مالیاتی را می‌توانید در همان زمان مورد استفاده

قرار دهید تا هزینه‌های حق بیمه ماهیانه‌تان را کاهش دهید.



جین می‌پردازد 0% طرح او می‌پردازد 100%  
(برای بررسی یک مثال دقیق به صفحه 6 مراجعه کنید.)

●●●●●

بازاری برای بیمه درمانیکه در آن افراد، خانواده‌ها و کسب و کارهای کوچک می‌توانند در مورد گزینه‌های طرح خود اطلاعات کسب کنند: مقایسه طرح‌ها بر اساس هزینه‌ها، مزایا و سایر

ویژگی‌های مهم؛ درخواست و دریافت کمک مالی با حق بیمه و تقسیم هزینه بر اساس درآمد؛ انتخاب یک طرح و ثبت‌نام در پوشش. همچنین به عنوان "Exchange (مبادله)" نیز شناخته می‌شود. در بعضی از ایالت‌ها، بازار بیمه توسط ایالت و در سایر ایالت‌ها توسط دولت فدرال اداره می‌شود. در بعضی از ایالت‌ها بازار بیمه به مشتریان واجد شرایط کمک می‌کند در سایر برنامه‌ها نیز ثبت نام کنند، از جمله Medicaid و برنامه بیمه سلامت کودکان (Children's Health Insurance Program, CHIP). شما می‌توانید بطور آنلاین، تلفنی یا شخصی در مورد آن اطلاعات کسب کنید.

●●●●●

ارائه خدمات در بیمارستان که برای آن لازم است به عنوان بیمار در بیمارستان بستری شوید و شب را در بیمارستان سپری کنید. در بعضی از طرح‌ها ممکن است برای اینکه به عنوان بیمار سرپایی پذیرفته شوید (به جای بیمار بستری) لازم باشد شب را در بیمارستان بمانید.

●●●●●

قراردادی که بر اساس آن شرکت صادر کننده بیمه ملزم می‌شود بخشی یا کل هزینه‌های مراقبت از سلامت شما را در ازای حق بیمه پرداخت کند. قرارداد بیمه درمانی را می‌توان "سیاست/خط مشی" یا طرح نیز نامید.

●●●●●

سهم شما از هزینه‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش، به عنوان درصدی (مثلاً 20%) از مبلغ مجاز برای خدمات محاسبه می‌شود. شما به طور کلی، بیمه مشترک به اضافه هر فرانشیزی که بدهکار هستید را پرداخت می‌کنید. (به عنوان مثال، اگر مبلغ مجاز بیمه درمانی یا طرح برای یک ویزیت در مطب \$100 باشد و شما فرانشیز خود را برآورده کرده باشید، هزینه 20% بیمه مشترک شما \$20 خواهد بود. بیمه درمانی یا طرح مابقی مبلغ مجاز را پرداخت می‌کند.)

●●●●●

سهم شما (به عنوان مثال، 40%) از مبلغ مجاز برای خدمات مراقبت بهداشتی تحت پوشش به ارائه‌دهندگانی که با بیمه درمانی یا طرح شما قرارداد ندارند. بیمه خارج از شبکه معمولاً برای شما بیشتر از بیمه‌درون شبکه هزینه دارد.

●●●●●

سهم شما (به عنوان مثال، 20%) از مبلغ مجاز برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش. سهم شما معمولاً برای خدماتی است که تحت پوشش درون شبکه هستند.

●●●●●

مبلغ ثابتی (مثلاً \$15) که شما برای یک خدمات مراقبت بهداشتی تحت پوشش پرداخت می‌کنید، معمولاً زمانی که خدمات را دریافت می‌کنید (گاهی اوقات "copay" یا پرداخت مشترک نیز نامیده می‌شود). این مبلغ بر اساس نوع خدمات مراقبت از سلامت تحت پوشش بیمه متفاوت است.

●●●●●

مبلغ ثابتی (مثلاً \$30) که برای خدمات مراقبت بهداشتی تحت پوشش از ارائه‌دهندگانی که با بیمه درمانی یا طرح شما قرارداد ندارند، پرداخت می‌کنید. پرداخت مشترک خارج از شبکه معمولاً بیشتر از پرداخت مشترک درون شبکه است.

●●●●●

مبلغی ثابت (مثلاً \$15) که برای خدمات سلامت تحت پوشش به ارائه‌دهندگانی پرداخت می‌کنید که با شرکت بیمه یا طرح شما قرارداد ندارند. مبلغ پرداخت‌های مشترک درون شبکه معمولاً کمتر از مبلغ پرداخت‌های مشترک خارج از شبکه‌هاست.

●●●●●

پزشک از جمله دکتر طب (Medical Doctor, M.D.) یا متخصص استخوان‌درمانی (Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.) که مجموعه‌ای از خدمات مراقبت از سلامت را ارائه یا هماهنگ می‌کند.

●●●●●

پوشش تحت یک طرح که به شما کمک می‌کند هزینه داروهای تجویزی را پرداخت کنید. اگر در فهرست داروهای تحت پوشش طرح از "ردیف‌ها" (سطوح) مختلف استفاده شده باشد، داروهای تجویزی بر اساس نوع یا هزینه با هم گروه‌بندی می‌شوند. مبلغی که در تقسیم هزینه می‌پردازید، برای هر "ردیف" داروهای تجویزی تحت پوشش متفاوت خواهد بود.

●●●●●

تصمیمی که از طرف شرکت بیمه یا طرح شما اتخاذ می‌شود مبنی بر اینکه یک سرویس ارائه خدمات سلامت، طرح درمانی، داروی تجویزی یا تجهیزات پزشکی بادوام (durable)

## medical equipment, DME) از نظر پزشکی لازم و

**ضروری** است. گاهی اوقات "مجوز قبلی"، "تأیید قبلی" یا "تصدیق قبلی" نیز نامیده می‌شود. **بیمه سلامت** یا **طرح** شما ممکن است برای بعضی از خدمات خاصی که دریافت می‌کنید از قبل به تأییدیه نیاز داشته باشد مگر اینکه حالت اورژانسی وجود داشته باشد. پیش تأییدیه به این معنی نیست که **بیمه سلامت** یا **طرح** متعهد می‌شود هزینه را تحت پوشش قرار دهد.

## تجهیزات و لوازم سفارش داده شده توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های

بهداشتی برای استفاده روزمره یا طولانی مدت. تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) ممکن است شامل این موارد باشد: تجهیزات اکسیژن، ویلچر و عصا.

## این تخفیف‌ها، مبلغی را که برای برخی خدمات تحت پوشش یک

**طرح** شخصی خریداری شده از **بازار** پرداخت می‌کنید، کاهش می‌دهد. اگر درآمد شما کمتر از حد معینی باشد و یک طرح بهداشتی سطح نقره‌ای را انتخاب کنید یا اگر عضو یک قبيله فدرال به رسمیت شناخته شده باشید، از جمله در یک شرکت قانون تسویه ادعاهای بومی آلاسکا سهامدار باشید، ممکن است تخفیف دریافت کنید.

## تست‌ها یا آزمایش‌هایی که برای بررسی مشکل سلامتی شما انجام

می‌شود. مثل عکسبرداری x-ray که برای تشخیص شکستگی استخوان انجام می‌شود.

## خدمات آمبولانس برای شرایط پزشکی اورژانسی. انواع جابجایی

پزشکی اورژانسی ممکن است شامل جابجایی هوایی، زمینی یا دریایی باشد. ممکن است **طرح** شما انواع مختلف جابجایی پزشکی اورژانسی را تحت پوشش قرار ندهد یا برای انواع خاصی از آنها هزینه کمتری را پرداخت کند.

## جراحی و درمان‌های بعدی که به دلیل نقص‌های مادرزادی،

تصادف، جراحت یا شرایط خاص پزشکی برای تصحیح یا بهبود بخشی از بدن لازم و ضروری هستند.

## حداقل پوشش ضروری عموماً شامل طرح‌ها، بیمه درمانی موجود

در **بازار** بیمه یا سایر سیاست‌های بازار فردی، Medicare، Medicaid، CHIP، TRICARE و برخی پوشش‌های دیگر است. اگر برای انواع خاصی از حداقل پوشش ضروری واجد شرایط هستید، ممکن است واجد شرایط **اعتبار مالیاتی** حق بیمه نباشید.

## مبلغ سالانه‌ای را که دولت فدرال به عنوان بیشترین مبلغی که هر

فرد یا خانواده می‌تواند برای تقسیم **هزینه** در طول سال **طرح** برای خدمات تحت پوشش و درون شبکه‌ای پردازد تعیین می‌کند. برای اکثر انواع طرح‌های سلامت و بیمه اعمال می‌شود. این مبلغ ممکن است بیشتر از **محدودیت‌های** اعلام شده برای **طرح** شما باشد.

## بیشترین مبلغی که می‌توانید در طول یک دوره پوشش (معمولاً

یک سال) در ازای سهم خود از هزینه‌های خدمات تحت پوشش پردازید. پس از رعایت این حد، **طرح** معمولاً 100% مبلغ مجاز را **پرداخت** می‌کند. این محدودیت به شما کمک می‌کند تا برای هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برنامه‌ریزی کنید. این محدودیت هرگز شامل حق **بیمه**، هزینه‌های موجود در **صورتحساب** یا مراقبت‌های بهداشتی **که طرح** شما پوشش نمی‌دهد، نمی‌شود. برخی از **طرح‌ها** همه پرداخت‌های مشترک، فرانشیزها، **پرداخت‌های بیمه** مشترک، **پرداخت‌های** خارج از شبکه یا سایر هزینه‌های شما را در این محدوده محاسبه نمی‌کنند.

## مبلغی که باید برای بیمه **درمانی** یا **طرح** شما پرداخت شود. شما

و/یا کارفرمایان معمولاً آن را ماهانه، سه ماهه یا سالانه پرداخت می‌کنید.

## خدماتی که برای کمک و حمایت از افراد و خانواده افرادی ارائه

می‌شود که در مراحل پایانی یک بیماری لاعلاج هستند.

## خدمات ارائه شده در بیمارستان که برای دریافت آنها لازم نیست

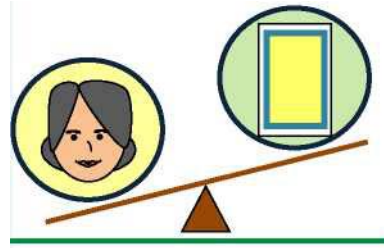
شب را در بیمارستان سپری کنید.

## خدمات مراقبت از سلامت که توسط پزشک مورد تأیید، از جمله

پزشک متخصص (Medical Doctor, M.D.) یا متخصص استخوان‌درمانی (Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.) ارائه می‌شود یا با هماهنگی او ارائه خواهد شد.

## خدمات مراقبت از سلامتی که به افراد کمک می‌کند

مهارت‌هایشان را در زندگی روزمره حفظ کرده، بهبود ببخشند یا مهارت‌های جدیدی کسب کنند. نمونه‌هایی از این خدمات عبارتند از درمان‌های مخصوص کودکانی که متناسب با سن خود راه نمی‌روند یا صحبت نمی‌کنند. این خدمات ممکن است شامل



فیزیوتراپی و کاردرمانی، آسیب شناسی گفتار-زبان و سایر خدمات برای افراد دارای معلولیت در انواع مراقبت در قالب بستری و/یا درمان سرپایی باشد.

چین می‌پردازد طرح او می‌پردازد  
100% 0%  
(برای بررسی مثال دقیق،  
صفحه 6 را ببینید.)

خدمات مراقبت‌های  
بهداشتی که به فرد کمک  
می‌کند مهارت‌ها و

عملکردهای زندگی روزمره را که به دلیل بیماری، صدمه یا ناتوانی از دست رفته یا مختل شده‌اند، حفظ کند، بازگرداند یا بهبود بخشد. این خدمات ممکن است شامل فیزیوتراپی و کاردرمانی، آسیب شناسی گفتار-زبان و خدمات توانبخشی روانپزشکی در قالب بستری در بیمارستان و/یا درمان سرپایی باشد.

#### نوعی از خدمات مراقبت از سلامت و وسایلی که به سفارش پزشک در منزل ارائه می‌شوند و مورد استفاده قرار می‌گیرند.

این خدمات ممکن است توسط پرستار، درمانگر، مددکار اجتماعی یا دیگر **ارائه‌دهندگان** مجاز خدمات مراقبت از سلامت ارائه شوند. خدمات مراقبت از سلامت در منزل معمولاً شامل کارهای غیرپزشکی مانند آشپزی، نظافت یا رانندگی نیست.

#### خدمات مراقبت از سلامتی که **طرح** شما هزینه آنها را پرداخت نمی‌کند یا تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

داروهایی که بر اساس قانون برای دریافت آنها باید نسخه داشته باشید.

#### نوعی از **داروهای تجویزی** که به طور کلی نیاز به مصرف به روش خاص یا ارزیابی و کنترل مداوم توسط متخصص پزشکی را دارند و معمولاً توزیع آنها به سختی انجام می‌شود. داروهای تخصصی به طور کلی گران‌ترین داروهای موجود در **فهرست داروهای تحت پوشش** هستند.

درخواستی مبنی بر اینکه شرکت بیمه شما یا **طرح**، تصمیمی را که مزایا یا پرداخت را رد می‌کند (کلی یا جزئی) بررسی کند.

#### پوشش بیمه‌ای که مستقیماً (از طریق طرح جداگانه) یا از طریق کارفرما، اتحادیه یا حمایت‌کننده مالی گروهی (طرح گروه کارفرما) در اختیار شما قرار می‌گیرد و بعضی از هزینه‌های مراقبت از سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین "طرح بیمه سلامت"، "بیمه نامه"، "بیمه نامه سلامت" یا "بیمه سلامت" نیز نامیده می‌شود.

درخواستی برای دریافت مزایا (از جمله بازپرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی) توسط شما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی **تان** به بیمه‌گر سلامت یا طرح‌تان برای اقلام یا **خدماتی** که فکر می‌کنید تحت پوشش هستند.

#### خدمات مراقبت از سلامت یا وسایلی که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری، جراحی، شرایط، مشکل یا علائم آن لازم و ضروری هستند، از جمله خدمات توانمندسازی بیمار که مبتنی بر استانداردهای پزشکی باشند.

امکانات، **ارائه‌دهندگان** و تأمین‌کنندگانی که شرکت بیمه یا **طرح** شما با آنها قرارداد دارند تا خدمات مراقبت از سلامت را ارائه کنند.

#### بیماری، جراحی، علائم بیماری (از جمله درد شدید) یا هر شرایطی که به حدی حاد و جدی باشد که اگر فوراً به آن رسیدگی نشود احتمال بروز خطر جدی برای سلامت شما را به همراه داشته باشد. اگر فوراً از نظر پزشکی به شما رسیدگی نشود ممکن است هر کدام از این شرایط برایتان روی دهد: (1) ممکن است سلامتتان به صورت جدی به خطر بیفتد؛ یا (2) ممکن است عملکرد بدنی شما با مشکلات جدی همراه شود؛ یا (2) ممکن است به اعضا و بخش‌های مختلف بدنتان آسیب جدی وارد شود.

شکایتی که از طرف شما در مورد شرکت بیمه یا **طرح** ارائه می‌شود.

#### وقتی **ارائه دهنده** برای باقیمانده هزینه‌ای که تحت پوشش **طرح** نیست برایتان قبض صادر می‌کند. این مبلغ تفاوت بین مبلغ واقعی صورتحساب و مبلغ مجاز است. مثلاً اگر ارائه‌دهنده ملزم به پرداخت هزینه \$200 است و مبلغ مجاز \$110 است، ممکن است ارائه‌دهنده به ازای \$90 باقیمانده برایتان قبض صادر کند. این اغلب زمانی اتفاق می‌افتد که به یک ارائه‌دهنده خارج از **شبکه (ارائه دهنده شبکه غیر ترجیحی)** مراجعه می‌کنید. ممکن است یک **ارائه‌دهنده شبکه (ارائه‌دهنده ترجیحی)** صورتحساب پرداخت باقیمانده هزینه برای شما صادر نکند.

پوشش بیمه‌ای که مستقیماً (از طریق طرح جداگانه) یا از طریق کارفرما، اتحادیه یا حمایت‌کننده مالی گروهی (طرح گروه کارفرما) در اختیار شما قرار می‌گیرد و بعضی از هزینه‌های مراقبت از سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین "طرح بیمه سلامت"، "بیمه نامه"، "بیمه نامه سلامت" یا "بیمه سلامت" نیز نامیده می‌شود.

#### پوشش بیمه‌ای که مستقیماً (از طریق طرح جداگانه) یا از طریق کارفرما، اتحادیه یا حمایت‌کننده مالی گروهی (طرح گروه کارفرما) در اختیار شما قرار می‌گیرد و بعضی از هزینه‌های مراقبت از سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین "طرح بیمه سلامت"، "بیمه نامه"، "بیمه نامه سلامت" یا "بیمه سلامت" نیز نامیده می‌شود.

نوعی از **داروهای تجویزی** که به طور کلی نیاز به مصرف به روش خاص یا ارزیابی و کنترل مداوم توسط متخصص پزشکی را دارند و معمولاً توزیع آنها به سختی انجام می‌شود. داروهای تخصصی به طور کلی گران‌ترین داروهای موجود در **فهرست داروهای تحت پوشش** هستند.

نوعی **مراقبت پیشگیرانه** که شامل آزمایش‌ها یا معاینات برای تشخیص وجود مشکل است و معمولاً زمانی انجام می‌شود که هیچ علامت، نشانه یا سابقه پزشکی رایجی از یک بیماری یا مشکل نداشته باشید.

مبلغی که در طول دوره پوشش بیمه (معمولاً در مدت یک سال) باید برای خدمات سلامت تحت پوشش، قبل از شروع پرداخت توسط **طرحتان** پرداخت کنید. فرانشیز کلی برای همه یا تقریباً همه اقلام و خدمات تحت پوشش اعمال می‌شود. **طرحی** با فرانشیز کلی نیز ممکن است دارای فرانشیزهای جداگانه باشد که برای خدمات یا گروه‌هایی از خدمات خاص اعمال می‌شود. همچنین ممکن است یک **طرح** فقط دارای فرانشیزهای جداگانه باشد. (مثلاً اگر مبلغ فرانشیز شما \$1000 باشد، هیچ مبلغی از طرف طرح پرداخت نخواهد شد تا زمانی که شما مبلغ فرانشیز \$1000 را برای خدمات سلامت تحت پوشش بیمه پرداخت کنید.)

فهرستی از داروهایی که تحت پوشش **طرح** است. ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش، سهم شما از مبلغ هر دارو نیز عنوان شده باشد. **طرح** شما ممکن است داروها را در سطوح یا ردیف‌های **مختلف تقسیم هزینه** قرار دهد. به عنوان مثال، یک دارو ممکن است شامل داروهای ژنریک و ردیف‌های دارو با نام تجاری باشد و مقادیر **مختلف تقسیم هزینه** برای هر ردیف اعمال می‌شود.

حداکثر مبلغی که **طرح** برای خدمات سلامت تحت پوشش بیمه پرداخت خواهد کرد. ممکن است "هزینه واجد شرایط"، "کمک هزینه پرداخت" یا "نرخ توافقی" نیز نامیده شود.

ارائه‌دهنده‌ای که بر روی یک حوزه خاص پزشکی یا گروهی از **بیماران** تمرکز می‌کند تا انواع خاصی از علائم و مشکلات را تشخیص، مدیریت، پیشگیری یا درمان کند.

مراقبت برای بیماری، جراحی یا شرایطی حاد و جدی که بر اساس آن فرد به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد اما به حدی جدی نیست که نیاز به **مراقبت در بخش اورژانس** داشته باشد.

## ••••• مراقبت پیشگیرانه •••••

خدمات سلامت معمول از جمله **غربالگری‌ها**، چک آپ‌ها و مشاوره بیمار برای جلوگیری از بروز بیماری یا تشخیص بیماری و سایر مشکلات سلامت.

## ••••• مراقبت در بخش اورژانس •••••

خدمات ارائه شده برای بررسی **شرایط پزشکی اورژانسی** و درمان‌هایی که برای جلوگیری از وخیم تر شدن **شرایط پزشکی اورژانسی** انجام می‌شود. این خدمات ممکن است در بخش اورژانس مورد تأیید بیمارستان یا دیگر مکان‌هایی ارائه شود که خدماتی را برای **شرایط پزشکی اورژانسی** ارائه می‌کنند.

## ••••• مراقبت در بخش اورژانس •••••

خدماتی که توسط پرستاران تعلیم دیده در خانه یا در مراکز نگهداری ارائه می‌شود یا تحت نظارت آنها انجام می‌گردد. مراقبت پرستاری تخصصی با "خدمات مراقبت تخصصی" که خدماتی هستند که توسط درمانگران یا تکنسین‌ها (به جای پرستاران دارای مجوز) در خانه شما یا خانه سالمندان انجام می‌شود، یکسان نیست.

## ••••• شرایطی که به دلیل بارداری یا زایمان نیاز به مراقبت پزشکی وجود دارد تا از وارد آمدن آسیب جدی به سلامت مادر و جنین جلوگیری شود. تهوع صبحگاهی و سزارین غیر اورژانسی معمولاً جزو مشکلات بارداری محسوب نمی‌شوند.

مبلغی که در یک منطقه جغرافیایی بر اساس آنچه **ارائه‌دهندگان** معمولاً در آن منطقه برای یک دارو یا خدمات پزشکی مشابه هزینه دریافت می‌کند، پرداخت می‌شود. روش معمول، مرسوم و منطقی (Usual, Customary and Reasonable, UCR) گاهی اوقات برای تعیین مبلغ مجاز استفاده می‌شود.

## ••••• ارائه‌دهنده‌ای که بر روی یک حوزه خاص پزشکی یا گروهی از بیماران تمرکز می‌کند تا انواع خاصی از علائم و مشکلات را تشخیص، مدیریت، پیشگیری یا درمان کند.

•••••

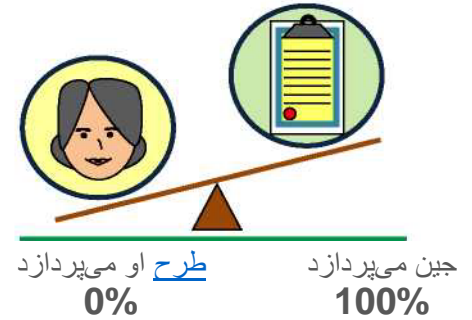
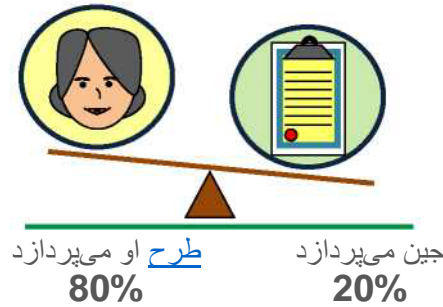
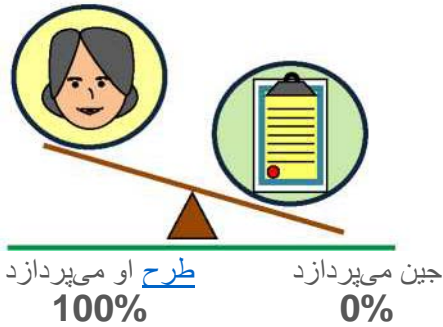
5,000\$

20%

\$1,500

31 دسامبر  
پایان دوره پوشش

1 ژانویه  
شروع دوره پوشش



"\$1,500"

طرح او هیچ یک از هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کند.

\$125

\$125

\$0

"\$1,500"

جین چندین بار به پزشک مراجعه کرده و در مجموع \$1,500 پرداخت کرده است. بنابراین طرح او بخشی از هزینه‌های ملاقات بعدی او را پرداخت می‌کند.

\$125

\$25 = \$125

\$100 = \$125

"\$5,000"

جین اغلب به دکتر مراجعه کرده و پول پرداخت کرده است. در کل \$5,000 طرح او تمام هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش خود را برای بقیه سال پرداخت می‌کند.

\$125

\$0

\$125

طبق قانون کاهش تشریفات اداری در سال 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به مجموعه‌ای از اطلاعات نیست مگر اینکه یک شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget, OMB) معتبر را داشته باشند. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-1146 است. زمان مورد نیاز برای تکمیل این مجموعه اطلاعات به طور متوسط 202 ساعت برای هر پاسخ، شامل زمان بررسی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود، جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات برآورد شده است. اگر نظری در مورد دقت تخمین(های) زمانی یا پیشنهادهایی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به این آدرس نامه بنویسید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.