



سند خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) به شما در انتخاب یک **طرح بهداشتی** کمک می‌کند. سند خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) به شما نشان می‌دهد که شما و **طرح** چگونه هزینه خدمات مراقبت بهداشتی تحت پوشش را تقسیم می‌کنید. توجه: اطلاعات مربوط به هزینه این **طرح** (به نام **حق بیمه**) به طور جداگانه ارائه خواهد شد. این فقط یک خلاصه است. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش خود، یا برای دریافت یک کپی از شرایط پوشش کامل، [insert contact information]. برای تعاریف کلی از اصطلاحات رایج، مانند مبلغ مجاز، صورت حساب موجودی، **بیمه** مشترک، پرداخت مشترک، **فرانشیز**، **ارائه‌دهنده** یا سایر اصطلاحات دارای **زیرخط**، به واژه‌نامه مراجعه کنید. می‌توانید واژه‌نامه را در [www.\[insert\].com](http://www.[insert].com) مشاهده کنید یا برای درخواست کپی با شماره 1-800-[insert] تماس بگیرید.

سوالات مهم	پاسخ‌ها	چرا این موضوع مهم است:
مبلغ کلی <b>فرانشیز</b> چقدر است؟	\$	
آیا قبل از <b>پرداخت</b> <b>فرانشیز</b> ، خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرد؟		
آیا <b>فرانشیز</b> دیگری برای خدمات خاص وجود دارد؟	\$	
محدودیت <b>پرداخت آزاد</b> برای این <b>طرح</b> چقدر است؟	\$	
چه چیزی شامل <b>محدودیت پرداخت آزاد</b> نمی‌شود؟		
اگر به <b>ارائه دهنده شبکه</b> مراجعه کنید مبلغ کمتری را پرداخت خواهید کرد؟		
آیا برای <b>مراجعه به متخصص</b> نیاز به ارجاع دارید؟		



تمام هزینه‌های پرداخت **مشترک** و **بیمه** مشترک که در این نمودار نشان داده شده، در صورت اعمال **فرانشیز**، مربوط به پس از **پرداخت** فرانشیز شما است.

محدودیت‌ها، استثناءها و سایر اطلاعات مهم	آنچه پرداخت می‌کنید		خدماتی که به آنها نیاز دارید	رویداد پزشکی رایج
	ارائه‌دهنده خارج از شبکه (شما بیشترین مبلغ را پرداخت می‌کنید)	ارائه‌دهنده شبکه (شما کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید)		
			ویزیت مراقبت‌های اولیه برای درمان آسیب یا بیماری <a href="#">ویزیت متخصص</a> <a href="#">مراقبت‌های پیشگیرانه/غربالگری/</a> واکسیناسیون	اگر برای ویزیت به کلینیک یا مطب <a href="#">ارائه‌دهنده خدمات</a> مراقبت از سلامت بروید
			<a href="#">آزمایش تشخیصی</a> (عکسبرداری با اشعه ایکس، آزمایش خون) تصویربرداری (اسکن توموگرافی گسیل پوزیترون/توموگرافی کامپوتری، CT/PET) computerized tomography Positron emission tomograph)، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (Magnetic resonance imaging, MRI)	اگر آزمایش دارید
			داروهای ژنریک داروهای برند ترجیحی داروهای برند غیرترجیحی <a href="#">داروهای تخصصی</a>	اگر برای درمان بیماری یا مشکل پزشکی به دارو نیاز دارید برای کسب اطلاعات بیشتر درباره <a href="#">داروهای تجویزی تحت پوشش</a> به سایت <a href="http://www.[insert].com">www.[insert].com</a> مراجعه کنید
			هزینه مرکز (مثل مرکز جراحی سرپایی) هزینه پزشک/جراح	اگر جراحی سرپایی دارید
			<a href="#">مراقبت اورژانسی</a> <a href="#">جابجایی پزشکی اورژانسی</a> <a href="#">مراقبت اورژانسی</a>	اگر به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارید
			هزینه مرکز (مثل اتاق بیمارستان) هزینه پزشک/جراح	اگر در بیمارستان بستری هستید

محدودیت‌ها، استثناها و سایر اطلاعات مهم	آنچه پرداخت می‌کنید		خدماتی که به آنها نیاز دارید	رویداد پزشکی رایج
	ارائه‌دهنده خارج از شبکه (شما بیشترین مبلغ را پرداخت می‌کنید)	ارائه‌دهنده شبکه (شما کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید)		
			خدمات سرپایی	اگر به خدمات سلامت روان، سلامت رفتاری یا سوء مصرف مواد نیاز دارید
			خدمات بستری	
			ویزیت در مطب پزشک	اگر باردار هستید
			خدمات تخصصی تولد نوزاد/زایمان	
			خدمات مرکز در رابطه با تولد نوزاد/زایمان	
			<a href="#">خدمات بهداشتی در منزل</a>	اگر برای بهبودی به کمک احتیاج دارید یا هرگونه نیاز خاص دیگر در زمینه سلامت دارید
			<a href="#">خدمات بازپروری</a>	
			<a href="#">خدمات توانمندسازی</a>	
			<a href="#">خدمات پرستاری تخصصی</a>	
			<a href="#">تجهیزات پزشکی بادوام</a>	
			<a href="#">خدمات آسایشگاهی</a>	اگر کودکان به خدمات دندانپزشکی یا چشم پزشکی نیاز دارد
			معاینه چشم کودک	
			عینک برای کودک	
			معاینه دندان کودک	

#### خدمات مستثنی شده و سایر خدمات تحت پوشش:

خدماتی که **طرح** شما به طور کلی پوشش نمی‌دهد (برای اطلاعات بیشتر و لیستی از سایر **خدمات مستثنی** شده، سند خط مشی یا **طرح** خود را بررسی کنید).

سایر خدمات تحت پوشش (محدودیت‌هایی که ممکن است در مورد این سرویس‌ها اعمال شوند. این لیست کامل نیست. لطفاً سند **طرح** خود را ببینید).

**حقوق شما برای ادامه پوشش:** اگر بخواهید پوشش خود را پس از پایان آن ادامه دهید، آژانس‌هایی وجود دارند که می‌توانند به شما کمک کنند. اطلاعات تماس این شرکت‌ها: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. سایر گزینه‌های پوشش نیز ممکن است در دسترس شما باشد، از جمله خرید پوشش بیمه فردی از طریق **بازار بیمه سلامت**. برای اطلاعات بیشتر در مورد **بازار بیمه**، به [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) مراجعه کنید یا با 1-800-318-2596 تماس بگیرید.

**حقوق شکایت و استیناف شما:** اگر شکایتی از **طرح** خود برای رد ادعا دارید، آژانس‌هایی وجود دارند که می‌توانند به شما کمک کنند. به این دادخواهی، **شکایت** یا **استیناف** می‌گویند. برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود، به توضیح مزایایی که برای آن **ادعای پزشکی دریافت خواهید کرد نگاه کنید**. اسناد **طرح** documents also pro شما همچنین اطلاعات کاملی در مورد نحوه ارائه یک **ادعا**، درخواست استیناف یا مطرح کردن **for any reason to شکایت** به هر دلیلی در خصوص **طرح شما را ارائه می‌دهد**. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این اعلامیه، جزئیات حقوقتان یا دریافت کمک و راهنمایی، تماس بگیرید با: [insert applicable contact information from instructions].

آیا این طرح، حداقل پوشش ضروری (Minimum Essential Coverage) را ارائه می‌کند؟ [Yes/No]

حداقل پوشش generally includes پوشش ضروری عموماً شامل طرح‌ها، بیمه درمانی موجود از طریق Marketplace (بازار) یا سایر سیاست‌های بازار فردی، Medicare، Medicaid، CHIP، TRICARE و برخی پوشش‌های دیگر می‌شود. اگر برای انواع خاصی از حداقل پوشش ضروری واجد شرایط هستید، ممکن است واجد شرایط اعتبار مالیاتی حق بیمه نباشید.

آیا این طرح منطبق با استانداردهای حداقل مبلغ است؟ [Yes/No/Not Applicable]

اگر طرح شما با استانداردهای حداقل مبلغ مطابقت ندارد، ممکن است واجد شرایط دریافت اعتبار مالیاتی حق بیمه باشید تا به شما در پرداخت هزینه یک طرح از طریق بازار بیمه کمک کند.

خدمات کمک زبانی

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码[insert telephone number].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' [insert telephone number].]

برای دیدن مثال‌هایی از اینکه چگونه این طرح ممکن است هزینه‌های یک مشکل پزشکی نمونه را پوشش دهد، به بخش بعدی مراجعه کنید.

**بیانیه افشای قانون کاهش تشریفات اداری (Paperwork Reduction Act, PRA):** طبق قانون کاهش تشریفات اداری در سال 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به مجموعه‌ای از اطلاعات نیست مگر اینکه شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget, OMB) معتبر را داشته باشد. شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget, OMB) معتبر برای این مجموعه اطلاعات **0938-1146** است. زمان مورد نیاز برای تکمیل این مجموعه اطلاعات به طور متوسط **0.08** 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) زمان 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.



این برآورد هزینه نیست. درمان‌های نشان‌داده‌شده تنها نمونه‌هایی از این هستند که چگونه این طرح ممکن است مراقبت‌های پزشکی را پوشش دهد. هزینه‌های واقعی بر اساس خدماتی که در واقعیت دریافت می‌کنید، مبالغی که توسط ارائه دهندگان تان هزینه می‌شود و بسیاری از عوامل دیگر متفاوت خواهند بود. بر مبالغ اشتراک هزینه فرانشیز، پرداخت‌های مشترک و بیمه مشترک) و خدمات مستثنی شده در طرح تمرکز کنید. با استفاده از این اطلاعات، سهم هزینه‌هایی که ممکن است در طرح‌های سلامت مختلف پرداخت کنید را با یکدیگر مقایسه کنید. لطفاً توجه داشته باشید که این مثال‌های پوشش، بر اساس پوشش‌های شخصی هستند.

**پگ باردار است**  
(9 ماهه، با خدمات پیش از زایمان درون شبکه و زایمان در بیمارستان)

**مدیریت دیابت نوع 2 جو (یک سال مراقبت معمول درون شبکه از یک بیماری کاملاً کنترل شده)**

**شکستگی ساده میا**  
(ویزیت در بخش اورژانس درون شبکه و مراقبت‌های بعدی)

- فرانشیز کلی طرح \$
- متخصص [تقسیم هزینه] \$
- بیمارستان (مراکز) [تقسیم هزینه] %
- سایر [تقسیم هزینه] %

- فرانشیز کلی طرح \$
- متخصص [تقسیم هزینه] \$
- بیمارستان (مرکز) [تقسیم هزینه] %
- سایر [تقسیم هزینه] %

- فرانشیز کلی طرح \$
- متخصص [تقسیم هزینه] \$
- بیمارستان (مرکز) [تقسیم هزینه] %
- سایر [تقسیم هزینه] %

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:  
ویزیت‌های مطب تخصصی (مراقبت‌های دوران بارداری)  
خدمات تخصصی تولد نوزاد/زایمان  
خدمات مرکز در رابطه با تولد نوزاد/زایمان  
آزمایشات تشخیصی (سونوگرافی و آزمایش خون)  
ویزیت تخصصی (بیهوشی)

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:  
مراجعه به مطب پزشک مراقبت‌های اولیه (از جمله آموزش بیماری)  
آزمایشات تشخیصی (آزمایش خون)  
داروی تجویزی  
تجهیزات پزشکی بادوام (گلوکومتر)

این رویداد نمونه شامل خدماتی مانند موارد زیر است:  
مراقبت‌های اورژانس (از جمله لوازم پزشکی)  
تست تشخیصی (عکسبرداری با اشعه ایکس)  
تجهیزات پزشکی بادوام (عصا)  
خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)

کل هزینه نمونه	
\$12,700	
مبلغی که پگ در این مثال پرداخت خواهد کرد:	
	تقسیم هزینه
\$	<u>فرانشیز</u>
\$	<u>پرداخت مشترک</u>
\$	<u>بیمه مشترک</u>
مواردی که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند	
\$	محدودیت‌ها یا موارد مستثنی
\$	مبلغ کلی که پگ پرداخت می‌کند

کل هزینه نمونه	
\$5,600	
مبلغی که جو در این مثال پرداخت خواهد کرد:	
	تقسیم هزینه
\$	<u>فرانشیز</u>
\$	<u>پرداخت مشترک</u>
\$	<u>بیمه مشترک</u>
مواردی که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند	
\$	محدودیت‌ها یا موارد مستثنی
\$	کل مبلغی که جو پرداخت می‌کند

کل هزینه نمونه	
\$2,800	
مبلغی که میا در این مثال پرداخت خواهد کرد:	
	تقسیم هزینه
\$	<u>فرانشیز</u>
\$	<u>پرداخت مشترک</u>
\$	<u>سهم بیمه</u>
مواردی که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند	
\$	محدودیت‌ها یا موارد مستثنی
\$	کل مبلغی که میا پرداخت می‌کند

این طرح مسئول سایر هزینه‌های خدمات تحت پوشش مورد مثال خواهد بود.