



ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) في اختيار خطة صحية. يوضح لك SBC كيفية قيامك أنت والخطة بتقاسم تكلفة خدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملحوظة: سيتم تقديم معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى القسط) بشكل منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول التغطية الخاصة بك، أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، انتقل إلى [PacificSource.com/plan-details](https://www.pacificsource.com/plan-details). للحصول على تعريفات عامة للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، وفواتير الرصيد، والتأمين المشترك، والدفع المشترك، والمبلغ المستقطع، ومقدم الخدمة، أو غيرها من المصطلحات المسطرة، راجع قاموس المصطلحات. يمكنك الاطلاع على قاموس المصطلحات في [Healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) أو اتصل على 1-888-977-9299 لطلب نسخة.

أسئلة مهمة	الإجابات	سبب أهمية هذا العنصر:
ما هو إجمالي المبلغ المستقطع؟	مقدم الخدمة داخل الشبكة: \$6,100 للفرد/\$12,200 للعائلة	بشكل عام، يجب عليك دفع كافة التكاليف من مقدمي الخدمة حتى الحد الأقصى للمبلغ المستقطع قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة مشتركين في الخطة، فيجب على كل فرد من أفراد العائلة الوفاء بالمبلغ المستقطع الفردي له حتى يصل إجمالي مبلغ النفقات المستقطعة التي يدفعها جميع أفراد العائلة إلى مبلغ الاستقطاع العائلي الإجمالي.
هل هناك خدمات مغطاة قبل استيفاء مبلغ الاستقطاع الخاص بك؟	نعم. الرعاية الوقائية والخدمات الأخرى المذكورة أدناه مع "عدم تطبيق الاستقطاع".	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى لو لم تصل بعد إلى مبلغ الاستقطاع. ولكن قد يتم تطبيق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على سبيل المثال، تغطي هذه الخطة بعض الخدمات الوقائية دون مشاركة التكاليف وقبل استيفاء مبلغ الاستقطاع الخاص بك. راجع قائمة الخدمات الوقائية المغطاة في /Healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
هل هناك استقطاعات أخرى لخدمات محددة؟	لا.	لا يتعين عليك استيفاء المبالغ المستقطعة مقابل خدمات محددة.
ما هو حد مبلغ الدفع من الجيب لهذه الخطة؟	مقدم الخدمة داخل الشبكة: \$9,200 للفرد/\$18,400 للعائلة	الحد الأقصى للمبلغ الذي يمكنك دفعه من جيبك هو الحد الأقصى الذي يمكنك دفعه في عام واحد مقابل الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة، فيجب عليهم استيفاء حدود الدفع من الجيب حتى يتم الوصول إلى الحد الأقصى للدفع من الجيب الإجمالي للعائلة.
ما الذي لا يشمل الحد للدفع من الجيب؟	أقساط التأمين ورسوم فواتير الفروق والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة.	على الرغم من أنك تدفع هذه النفقات، إلا أنها لا تُحتسب ضمن الحد الأقصى للدفع من جيبك.
هل ستدفع أقل إذا استخدمت مقدم خدمة في الشبكة؟	نعم. انظر providerdirectory.pacificsource.com/?nPlan=Core أو اتصل على الرقم 1-888-977-9299 للحصول على قائمة تتضمن مقدمي الخدمات داخل الشبكة.	تستخدم هذه الخطة شبكة مقدمي الخدمة. سوف تدفع مبلغاً أقل إذا استخدمت مقدم خدمة ضمن شبكة الخطة. سوف تدفع أكثر إذا كنت تستخدم مقدم خدمة خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مزود الخدمة عن الفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فاتورة الفروق). انتبه إلى أن مقدم الخدمة في الشبكة الخاص بك قد يستخدم مقدم خدمة خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل العمل المختبري). تأكد من مراجعة مقدم الخدمة الخاص بك قبل الحصول على الخدمات.
هل نحتاج إلى إحالة لرؤية اختصاصي؟	لا.	يمكنك رؤية الاختصاصي الذي تختاره دون إحالة.



يتم احتساب جميع تكاليف **الدفع المشترك** و**التأمين المشترك** الموضحة في هذا الرسم البياني بعد استيفاء **مبلغ الاستقطاع** الخاص بك، إذا كان هناك **مبلغ استقطاع** ينطبق عليك.

ما سوف تدفعه			
حدث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	داخل الشبكة (ستدفع أقل)	خارج الشبكة (ستدفع أكثر)
إذا قمت بزيارة مكتب أو عيادة مقدم خدمة الرعاية الصحية	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	الزيارات الثلاث الأولى <u>تبلغ رسوم المشاركة \$5 لكل زيارة</u> ، لا ينطبق <u>الاستقطاع \$40 رسوم مشاركة</u> /زيارة، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	أول 3 زيارات لكل سنة استحقاق مزايا مجمعة للرعاية الأولية، والصحة العقلية، والصحة السلوكية، وزيارات تعاطي المخدرات.
	زيارة <u>اختصاصي</u>	\$100 <u>رسوم مشاركة</u> / رحلة، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	لا يوجد
	الرعاية <u>الوقائية</u> / <u>الفحص</u> / <u>التحصين</u>	لا توجد رسوم، لا يتم تطبيق <u>الاستقطاع</u>	الفحوصات الوقائية: 13 زيارة للأعمار من 0 إلى 36 شهراً، سنويًا للأعمار من 3 سنوات فما فوق. زيارات صحة المرأة: سنويًا. قد يتعين عليك دفع ثمن خدمات غير وقائية. اسأل مقدم الخدمة الخاص بك إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية. ثم تحقق من المبلغ الذي ستدفعه <u>خطتك</u> . الإقلاع عن التدخين: غير مغطى خارج الشبكة.
إذا كان لديك اختبار	<u>اختبار التشخيص</u> (الأشعة السينية، فحص الدم)	30% <u>تأمين مشترك</u>	لا يوجد
	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب (CT)/التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI))	30% <u>تأمين مشترك</u>	مطلوب الحصول على موافقة مسبقة. إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن النفقات.

ما سوف تدفعه				
حدث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	داخل الشبكة (ستدفع أقل)	خارج الشبكة (ستدفع أكثر)	القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك مزيد من المعلومات حول <u>تغطية</u> الأدوية الموصوفة متاحة على PacificSource.com/drug-list	الأدوية الجنيصة - المستوى 1	التجزئة: \$15 رسوم مشاركة /وصفة طبية، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u> البريد: \$30 رسوم مشاركة / وصفة طبية، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	غير مغطى	لجميع مستويات قائمة الأدوية الموصوفة: تتضمن مزايا الوصفات الطبية بعض الأدوية المخصصة للمرضى الخارجيين كميزة وقائية بدون أي رسوم عند استلامها داخل الشبكة، ولا ينطبق <u>الاستقطاع</u> . تمثل مبالغ تقاسم التكلفة الموضحة إمداداً لمدة 30 يوماً عند البيع بالتجزئة وإمداداً لمدة 90 يوماً عند الطلب بالبريد. تقتصر الكمية المخصصة للبيع بالتجزئة والطلبات البريدية على إمداد لمدة 90 يوماً. تقتصر كمية <u>الدواء المتخصص</u> على إمدادات لمدة 30 يوماً. مطلوب الحصول على موافقة مسبقة لبعض الأدوية. إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن النفقات.
	الأدوية المفضلة - المستوى 2	التجزئة: \$60 رسوم مشاركة /وصفة طبية، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u> البريد: \$180 رسوم مشاركة / وصفة طبية، ولا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	غير مغطى	
	الأدوية غير المفضلة - المستوى 3	بيع بالتجزئة: تأمين مشترك بنسبة 50%، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u> البريد: تأمين مشترك بنسبة 50%، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	غير مغطى	
	الأدوية المتخصصة - المستوى 4	بيع بالتجزئة: تأمين مشترك بنسبة 50%، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u> البريد: تأمين مشترك بنسبة 50%، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	غير مغطى	
إذا كان لديك جراحة في عيادة خارجية	رسوم المنشأة (على سبيل المثال، مركز الجراحة الخارجية)	30% تأمين مشترك	غير مغطى	يلزم الحصول على موافقة مسبقة لبعض العمليات الجراحية. إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن النفقات.
	رسوم الطبيب/الجراح	30% تأمين مشترك	غير مغطى	لا يوجد
إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	حالة طبية طارئة: 30% تأمين مشترك غير طارئة: 30% تأمين مشترك	حالة طبية طارئة: 30% تأمين مشترك غير طارئة: غير مغطى	لا يوجد
	النقل الطبي الطارئ	أرضي: 30% تأمين مشترك هوائي: 30% تأمين مشترك	أرضي: 30% تأمين مشترك هوائي: 30% تأمين مشترك	يقتصر على أقرب منشأة قادرة على علاج الحالة. يتم تغطية الهوائي إذا كان الأرضي غير مناسبة طبياً أو جسدياً.
	الرعاية العاجلة	\$70 رسوم مشاركة /زيارة، لا ينطبق <u>الاستقطاع</u>	غير مغطى	يمكنك الوصول إلى الرعاية العاجلة خارج الشبكة مقابل المشاركة في التكلفة داخل الشبكة فقط عند الوصول إليها عبر شبكتنا.
إذا كان لديك إقامة في المستشفى	رسوم المرافق (على سبيل المثال، غرفة المستشفى)	30% تأمين مشترك	غير مغطى	يقتصر على غرفة شبه خاصة، إلا عندما يتم تحديد ضرورة وجود غرفة خاصة. مطلوب الحصول على موافقة مسبقة لبعض الخدمات المقدمة للمرضى الداخليين. إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن النفقات.

ما سوف تدفعه				
حدث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	داخل الشبكة (ستدفع أقل)	خارج الشبكة (ستدفع أكثر)	القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى
	رسوم الطبيب/الجراح	30% تأمين مشترك	غير مغطى	لا يوجد
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو علاج تعاطي المخدرات	خدمات العيادات الخارجية	الزيارات الثلاث الأولى تبلغ رسوم المشاركة \$5 لكل زيارة، لا ينطبق الاستقطاع. \$40 رسوم مشاركة /زيارة، لا ينطبق الاستقطاع	غير مغطى	أول 3 زيارات لكل سنة استحقاق مزايا مجمعة للرعاية الأولية، والصحة العقلية، والصحة السلوكية، وزيارات تعاطي المخدرات.
	خدمات المرضى الداخليين	30% تأمين مشترك	غير مغطى	مطلوب الحصول على موافقة مسبقة لبعض الخدمات المقدمة للمرضى الداخليين. إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن النفقات.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	30% تأمين مشترك	غير مغطى	لا ينطبق تقاسم التكلفة على الخدمات الوقائية. تتم تغطية تكاليف الولادة والزيارات إلى المستشفى في إطار الرعاية قبل الولادة وبعدها. يتم تغطية المنشأة بنفس الطريقة التي يتم بها تغطية أي خدمات أخرى في المستشفى.
	خدمات الولادة/التوليد المهنية	30% تأمين مشترك	غير مغطى	
	خدمات مرافق الولادة/التوليد	30% تأمين مشترك	غير مغطى	
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	الرعاية الصحية المنزلية	30% تأمين مشترك	غير مغطى	لا يوجد تغطية لخدمات التمريض الخصوصي أو الرعاية الاحتجاجية.
	خدمات إعادة التأهيل	مريض عيادة داخلية: 30% تأمين مشترك العيادات الخارجية: \$40 رسوم مشاركة /زيارة، لا ينطبق الاستقطاع، إذا تم تقديم الخدمة في إطار مكتب، في جميع الإعدادات الأخرى 30% تأمين مشترك	مريض عيادة داخلية: العيادات الخارجية غير المغطاة: غير مغطى	مريض عيادة داخلية: يقتصر على 30 يوماً في السنة. مريض عيادة خارجية: يقتصر على 30 زيارة سنوياً. لا يوجد تغطية للعلاج الترفيهي.
	خدمات التأهيل	مريض عيادة داخلية: 30% تأمين مشترك العيادات الخارجية: \$40 رسوم مشاركة /زيارة، لا ينطبق الاستقطاع، إذا تم تقديم الخدمة في إطار مكتب، في جميع الإعدادات الأخرى 30% تأمين مشترك	مريض عيادة داخلية: العيادات الخارجية غير المغطاة: غير مغطى	مريض عيادة داخلية: يقتصر على 30 يوماً في السنة. مريض عيادة خارجية: يقتصر على 30 زيارة سنوياً. لا يوجد تغطية للعلاج الترفيهي.
	رعاية تمريرية ماهرة	30% تأمين مشترك	غير مغطى	يقتصر على 60 يوماً في السنة. لا يوجد تغطية للرعاية الاحتجاجية.

ما سوف تدفعه				
حدث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	داخل الشبكة (ستدفع أقل)	خارج الشبكة (ستدفع أكثر)	القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى
	<u>معدات طبية معمرة</u>	30% <u>تأمين مشترك</u>	غير مغطى	يقتصر على: \$5000 سنويًا بشكل عام؛ زوج واحد سنويًا للنظارات أو العدسات اللاصقة؛ مضخة ثدي واحدة/الحمل؛ شعر مستعار واحد سنويًا للعلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي. يجب الحصول على موافقة مسبقة إذا كانت المعدات تزيد عن \$2,500، وبالنسبة للكراسي المتحركة الكهربائية، إذا لم يتم استلامها، فسوف تكون مسؤولاً عن التكلفة.
	<u>خدمات الرعاية للمحتضرين</u>	30% <u>تأمين مشترك</u>	غير مغطى	لا يوجد تغطية لخدمات التمريض الخصوصي. تقتصر الرعاية المؤقتة على 5 أيام متتالية و30 يومًا مدى الحياة.
	فحص عيون الأطفال	لا توجد رسوم، لا يتم تطبيق <u>الاستقطاع</u>	لا توجد رسوم تصل إلى \$40 كحد أقصى، ولا يتم تطبيق <u>الاستقطاع</u> ، ثم <u>تأمين مشترك</u> بنسبة 100%	بالنسبة لعمر 18 عامًا أو أقل، فحص روتيني للعين مرة واحدة سنويًا.
إذا كان طفلك يحتاج إلى رعاية الأسنان أو العيون	نظارات الأطفال	مُدْمَج داخل الشبكة وخارجها: 30% <u>التأمين المشترك</u>	مُدْمَج داخل الشبكة وخارجها: 30% <u>تأمين مشترك</u>	مُدْمَج داخل الشبكة وخارجها: بالنسبة للأعمار من 18 عامًا أو أقل، زوج واحد من النظارات (الإطارات والعدسات) أو العدسات اللاصقة (العدسات والتركيب) سنويًا. لا يتم فرض أي رسوم تصل إلى \$150 كحد أقصى، ولا يتم تطبيق <u>الاستقطاع</u> .
	فحص أسنان الأطفال	غير مغطى	غير مغطى	غير مغطى

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بشكل عام (راجع وثيقة السياسة أو الخطة الخاصة بك للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بأي خدمات أخرى مستبعدة.)

- | | | |
|--|---|--|
| • جراحة السمنة | • علاج العقم | • التمريض الخصوصي |
| • الجراحة التجميلية (إلا في حالات معينة) | • الرعاية طويلة الأمد | • العناية الروتينية بالعين (للبالغين) |
| • العناية بالأسنان (للبالغين) | • الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة | • العناية الروتينية بالقدم، بخلاف مرض السكري |

الخدمات المغطاة الأخرى (قد تنطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست القائمة الكاملة. يرجى الاطلاع على وثيقة خطتك.)

- | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|
| • الإجهاض | • الرعاية بتقويم العمود الفقري، 20 زيارة/سنة | • أجهزة السمع (للأطفال) |
| • الوخز بالإبر، 12 زيارة/سنة | • أجهزة السمع (للبالغين) | • برامج إنقاص الوزن |

حقوقك في استمرار التغطية: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كنت ترغب في مواصلة التغطية الخاصة بك بعد انتهائها. معلومات الاتصال لتلك الوكالات هي: قسم التنظيم المالي على الرقم 1-888-877-4894 أو على dfr.oregon.gov. قد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضًا، بما في ذلك شراء تغطية تأمينية فردية من خلال Health Insurance Marketplace. لمزيد من المعلومات حول Marketplace، يمكنك زيارة Healthcare.gov أو اتصل على الرقم 1-800-318-2596.

حقوقك في التظلم والالتماس: هناك وكالات يمكنها مساعدتك إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك بسبب رفض المطالبة. تُسمى هذه الشكوى بالتظلم أو الالتماس. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، راجع شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل هذا المطالبة الطبية. توفر مستندات خطتك أيضًا معلومات كاملة لتقديم مطالبة أو التماس أو شكوى لأي سبب إلى خطتك. لمزيد من المعلومات حول حقوقك، أو هذا الإشعار، أو المساعدة، اتصل بـ فريق خدمة عملاء PacificSource على الرقم 1-888-977-9299 أو قسم التنظيم المالي على الرقم 1-888-877-4894 أو على dfr.oregon.gov.

هل توفر هذه الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية؟ نعم.

تشمل التغطية الأساسية الدنيا بشكل عام الخطط والتأمين الصحي المتوفر من خلال Marketplace أو سياسات السوق الفردية الأخرى، و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وبعض التغطيات الأخرى. إذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى للتغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على الانتماء الضريبي للقسط.

هل هذه الخطة تلي الحد الأدنى لمعايير القيمة؟ لا ينطبق.

إذا كانت خطتك لا تلي الحد الأدنى لمعايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على انتماء ضريبي للقسط لمساعدتك في دفع ثمن الخطة من خلال Marketplace.

خدمات الوصول إلى المساعدة اللغوية:

.Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-977-9299 :Spanish (Español)

.Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-977-9299 :Tagalog (Tagalog)

.Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-977-9299

لرؤية أمثلة على كيف أن هذه الخطة قد تغطي تكاليف حالة طبية على سبيل المثال، راجع القسم التالي.



هذه ليست أداة تقدير التكلفة. العلاجات المعروضة هي مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. ستختلف تكاليفك الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يفرضها مقدمو الخدمات لديك، والعديد من العوامل الأخرى. يُرجى التركيز على مبالغ المشاركة في التكاليف (الاستقطاعات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك) والخدمات المستبعدة بموجب الخطة. استخدم هذه المعلومات لمقارنة نسبة التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطط صحية مختلفة. يرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية هذه تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

كسر Mia البسيط (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة والرعاية المتابعة)

- إجمالي الاستقطاع للخطة \$6,100
- متخصص دفع مشترك بقيمة \$100
- المستشفى (المنشأة) 30% تأمين مشترك
- غير ذلك 30% تأمين مشترك

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك الإمدادات الطبية)
اختبار التشخيص (الأشعة السينية)
المعدات الطبية المعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إجمالي تكلفة المثال	\$2,800
في هذا المثال، ستدفع Mia:	
تقاسم التكاليف	
الاستقطاعات	\$2100
المدفوعات المشتركة	\$400
التأمين المشترك	\$0
ما لا تشمل التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	\$20
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه Mia هو	\$2,500

إدارة مرض السكري من النوع 2 لدى Joe (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة يتم التحكم فيها جيدًا)

- إجمالي الاستقطاع للخطة \$6,100
- متخصص دفع مشترك بقيمة \$100
- المستشفى (المنشأة) 30% تأمين مشترك
- غير ذلك 30% تأمين مشترك

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
زيارات مكتب طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التثقيف حول المرض)
الاختبارات التشخيصية (فحص الدم)
الأدوية الموصوفة طبيًا
معدات طبية معمرة (جهاز قياس الجلوكوز)

إجمالي تكلفة المثال	\$5,600
في هذا المثال، سيدفع Joe:	
تقاسم التكاليف	
الاستقطاعات	\$900
المدفوعات المشتركة	\$1000
التأمين المشترك	\$0
ما لا تشمل التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	\$20
المبلغ الإجمالي الذي سيدفعه Joe هو	\$1,920

Peg تنتظر مولودًا (9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

- إجمالي الاستقطاع للخطة \$6,100
- متخصص دفع مشترك بقيمة \$100
- المستشفى (المنشأة) 30% تأمين مشترك
- غير ذلك 30% تأمين مشترك

يتضمن هذا الحدث النموذجي خدمات مثل:
زيارات عيادة متخصص (رعاية ما قبل الولادة)
خدمات الولادة/التوليد المهنية
خدمات مرافق الولادة/التوليد
الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وفحوصات الدم)
زيارة اختصاصي (التخدير)

إجمالي تكلفة المثال	\$12,700
في هذا المثال، ستدفع Peg:	
تقاسم التكاليف	
الاستقطاعات	\$6100
المدفوعات المشتركة	\$10
التأمين المشترك	\$1900
ما لا تشمل التغطية	
الحدود أو الاستثناءات	\$60
المبلغ الإجمالي الذي ستدفعه Peg هو	\$8,070

وستكون **الخطة** مسؤولة عن التكاليف الأخرى لهذه الخدمات المغطاة على سبيل المثال.