



سيساعدك مستند ملخص المزايا والتغطية (Summary of Benefits and Coverage, SBC) في اختيار خطة صحية. وسيوضح SBC مدى مشاركتك مع الخطة في تكاليف خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية. ملاحظة: ستتوفر معلومات حول تكلفة هذه الخطة (وتسمى القسط) على نحو منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، يرجى الاطلاع على <https://kp.org/plandocuments> أو الاتصال على الرقم 1-800-290-8900 (TTY: 711). للحصول على تعريفات للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، أو فواتير الرصيد، أو التأمين المشترك، أو المشاركة في الدفع، أو المبلغ المخصص، أو مقدم الخدمة، أو المصطلحات الأخرى التي تحتها خط يرجى الاطلاع على مسرد المصطلحات. يُمكنك عرض المسرد على [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) أو الاتصال على الرقم 1-800-290-8900 (TTY: 711) لطلب نسخة.

أسئلة هامة	الإجابات	ما أهمية ذلك:
ما هو المبلغ المخصص الإجمالي؟	\$1,900 للفرد / \$3,800 للعائلة	بشكل عام، يجب عليك دفع جميع تكاليف مقدمي الخدمة حتى الحد الأقصى للمبلغ المخصص قبل أن تبدأ هذه الخطة في الدفع. في حالة اشتراك أفراد آخرين من العائلة في الخطة، فيجب على كل فرد من أفراد العائلة تلبية حد المبلغ المخصص الفردي الخاص به حتى يصل إجمالي المبلغ المخصص للنقطة التي يدفعها جميع أفراد العائلة إلى المبلغ المخصص الإجمالي للعائلة.
هل يوجد خدمات مشمولة بالتغطية قبل استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك؟	نعم. الرعاية الوقائية وخدماتها المشار إليها في المخطط بدءًا من الصفحة 2.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى إذا لم تكن قد استوفيت المبلغ المخصص. ولكن قد تُطبق المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك. فعلى سبيل المثال، تغطي هذه الخطة بعض الخدمات الوقائية دون مشاركة التكلفة وقيل أن تفي بالمبلغ المخصص الخاص بك. راجع قائمة الخدمات الوقائية المشمولة بالتغطية على <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
هل يوجد أي مبالغ مخصصة أخرى لخدمات معينة؟	لا.	لا يتعين عليك سداد المبالغ المخصصة لخدمات معينة.
ما هو حد التكاليف النثرية الخاص بهذه الخطة؟	\$8,800 للفرد / \$17,600 للعائلة	حد التكاليف النثرية هو أقصى ما يمكن أن تدفعه في عام واحد مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة، فيجب عليهم تلبية حد التكاليف النثرية حتى يُستوفى حد التكاليف النثرية الإجمالي.
ما الذي لا يشمل حد التكاليف النثرية؟	الأقساط والرسوم المفوترة من الرصيد والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة والخدمات المشار إليها في المخطط بدءًا من الصفحة 2.	على الرغم من سدادك لهذه النفقات، فإنها لا تحتسب ضمن حد التكاليف النثرية.
هل ستدفع أقل إذا كنت تستعين بمقدم خدمة داخل الشبكة؟	نعم. يُرجى الاطلاع على <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> أو الاتصال على الرقم 1-800-290-8900 (TTY: 711) للحصول على قائمة بمقدمي الخدمة داخل الشبكة.	توفر هذه الخطة شبكة لمقدمي الخدمات. ستدفع أقل عندما تستعين بمقدم خدمة من شبكة الخطة. ستدفع أكثر عندما تستعين بمقدم خدمة من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة بقيمة الفارق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فواتير الرصيد). ويُرجى العلم أن مقدم الخدمة داخل الشبكة المتابع لحالتك قد يستعين بمقدم خدمة من خارج الشبكة في بعض الخدمات (مثل التحاليل المخبرية). يرجى الرجوع إلى مقدم الخدمة المتابع لحالتك قبل تلقي الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لزيارة اختصاصي؟	نعم، ولكن يمكنك إحالة نفسك إلى اختصاصيين معينين.	ستدفع هذه الخطة بعض تكاليف زيارة اختصاصي أو كلها للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، وذلك فقط إذا كنت تملك إحالة قبل زيارة الاختصاصي.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأقل)	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة غير التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأعلى)	القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
إذا زرت مكتب مقدم رعاية صحية أو عيادته	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	\$15 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	زيارة الأخصائي	\$40 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	الرعاية الوقائية/ الفحص/ اللقاح	بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير <u>الوقائية</u> . واسأل مقدم خدمتك ما إذا كانت الخدمات المطلوبة <u>وقائية</u> أم لا. ثم تحقق ما الذي ستدفعه <u>خطتك</u> .
إذا كان لديك اختبار	الاختبارات التشخيصية (الأشعة السينية وتحليل الدم)	الأشعة السينية: \$30 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على الأشعة السينية والتصوير التشخيصي. تحليل الدم: \$30 للزيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على الخدمات المعملية والتخصصية.	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب (CT)/ التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI))	\$300 للزيارة	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك	الأدوية الجنيصة المفضلة	\$10 <u>للوصفة الطبية</u> ، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). بدون رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> على موانع الحمل. تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
	الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية	\$75 <u>للوصفة الطبية</u> ، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
	الأدوية الجنيصة/ذات العلامات التجارية غير المفضلة	\$200 <u>للوصفة الطبية</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 30 يومًا (من صيدلية محلية)؛ وإمدادات تُغطي استهلاكًا يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات <u>كتيب الوصفات</u> .
	الأدوية المتخصصة	\$200 <u>للوصفة الطبية</u>	غير مشمول بالتغطية	إمدادات (بيع بالتجزئة) تصل إلى 30 يومًا

يتوفر المزيد من المعلومات عن تغطية الأدوية الموصوفة على [/kp.org/wa/7formulary2026](http://kp.org/wa/7formulary2026)

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأقل)	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة غير التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأعلى)	القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادة الخارجية	رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة الخارجي) رسوم الطبيب/الجراح	\$350 للزيارة	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
		\$75 للزيارة	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	<u>رعاية غرفة الطوارئ</u>	\$800 للزيارة	\$800 للزيارة	يجب إخطار Kaiser Permanente خلال 24 ساعة عند إدخالك إلى مقدم خدمة غير تابع للخطة؛ ويقتصر ذلك على حالة الطوارئ الأولية فقط.
	<u>النقل الطبي الطارئ</u>	\$375 للرحلة، لا ينطبق المبلغ المخصص.	\$375 للرحلة، لا ينطبق المبلغ المخصص.	لا يوجد
	<u>الرعاية العاجلة</u>	\$35 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$800 للزيارة	لا تشمل التغطية مقدمي الخدمة غير التابعين للخطة داخل منطقة الخدمات.
إذا كان لديك إقامة في المستشفى	رسوم المنشأة (مثل: غرفة المستشفى) رسوم الطبيب/الجراح	\$650 لليوم، بما يصل إلى \$3,250 لدخول المستشفى؛ لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
		مشمولة في رسوم المنشأة	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	خدمات العيادات الخارجية	\$15 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	خدمات المرضى الداخليين	\$650 لليوم، بما يصل إلى \$3,250 لدخول المستشفى؛ لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت حاملاً	زيارات العيادة	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	اعتمادًا على نوع الخدمات، قد تُطبق المشاركة في الدفع أو التأمين المشترك أو المبلغ المخصص. قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموضحة في مكان آخر في SBC (مثل الموجات فوق الصوتية).
	الخدمات المهنية للولادة/الوضع	مشمولة في رسوم المنشأة	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد
	خدمات المنشأة للولادة/الوضع	\$650 لليوم، بما يصل إلى \$3,250 لدخول المستشفى؛ لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	يجب عليك إبلاغ Kaiser Permanente خلال 24 ساعة من دخول المستشفى، أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك حسب الحالة الطبية. تُحسب حصص مشاركة تكلفة الخدمات الخاصة بالمولود بشكل منفصل عن تكاليف الأم.

الحدث الطبي الشائع	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأقل)	ما الذي ستدفعه مقدم الخدمة غير التابع للخطة (ستدفع المبلغ الأعلى)	القيود والاستثناءات والمعلومات المهمة الأخرى
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة	الرعاية الصحية المنزلية	\$15 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	130 زيارة كحد أقصى في السنة. مطلوب إذن مسبق.
	خدمات إعادة التأهيل	المريض الخارجي: \$30 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص؛ المريض الداخلي: \$650 لليوم، بما يصل إلى \$3,250 لدخول المستشفى؛ لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	المريض الخارجي: 25 زيارة كحد أقصى في السنة. المريض الداخلي: 30 يومًا كحد أقصى في السنة (مطلوب إذن مسبق). الخدمات المتعلقة بحالات الصحة العقلية مشمولة بالتغطية بدون حدود.
	خدمات التأهيل	المريض الخارجي: \$30 للزيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص؛ المريض الداخلي: \$650 لليوم، بما يصل إلى \$3,250 لدخول المستشفى؛ لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	المريض الخارجي: 25 زيارة كحد أقصى في السنة. المريض الداخلي: 30 يومًا كحد أقصى في السنة (مطلوب إذن مسبق). الخدمات المتعلقة بحالات الصحة العقلية مشمولة بالتغطية بدون حدود.
	الرعاية التمريرية الماهرة	\$350 لليوم	غير مشمول بالتغطية	60 يومًا كحد أقصى في السنة. مطلوب إذن مسبق.
	المعدات الطبية المعمرة	20% للتأمين المشترك	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق.
	خدمات رعاية المحتضرين	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	مطلوب إذن مسبق. الرعاية التخفيفية للمرضى الداخليين أو الخارجيين محدودة بحد أقصى 14 يومًا طوال فترة الحياة.
	فحص عيون الأطفال	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	يقتصر على فحص واحد في السنة
	نظارات الأطفال	بدون رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مشمول بالتغطية	يقتصر على زوج واحد من الإطارات والعدسات أو العدسات اللاصقة كل سنة.
	فحص أسنان الأطفال	غير مشمول بالتغطية	غير مشمول بالتغطية	لا يوجد

#### الخدمات المستبعدة والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية:

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بشكل عام (يرجى الرجوع إلى مستند السياسة أو الخطة للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بالخدمات المستبعدة الأخرى).
<ul style="list-style-type: none"> <li>العمليات الجراحية لعلاج البدانة</li> <li>الجراحة التجميلية</li> <li>رعاية طب الأسنان (للبالغين والأطفال)</li> <li>علاج العقم (باستثناء التلقيح الاصطناعي).</li> <li>الرعاية طويلة الأجل</li> <li>الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة الأمريكية</li> <li>التمريض الخاص</li> <li>برامج إنقاص الوزن</li> </ul>

الخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة، يرجى الاطلاع على مستند **خطتك**).

- الإجهاض
- رعاية تقويم العمود الفقري (10 زيارات في السنة)
- العناية الروتينية بالعين (للبالغين)
- المعينات السمعية (معينة واحدة لكل أذن كل 36 شهرًا)
- الرعاية الروتينية بالقدم
- الوخز بالإبر

**حقوقك في مواصلة التغطية:** هناك وكالات يُمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. وتُعرض معلومات الاتصال لهذه الوكالات في الجدول أدناه. وقد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضًا، متضمنة شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال **سوق التأمين الصحي**. وللمزيد من المعلومات حول **السوق**، تفضل بزيارة [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال على الرقم 1-800-318-2596.

**حقوقك المتعلقة بالتظلم والطعون:** هناك وكالات يُمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد **خطتك** لرفض **المطالبة**. تُسمى هذه الشكوى **تظلمًا** أو **طعنًا**. وللمزيد من المعلومات عن حقوقك، يرجى الرجوع إلى شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل تلك **المطالبة** الطبية. كما توفر مستندات **خطتك** معلومات كاملة حول كيفية تقديم **مطالبة** أو **طعن** أو **تظلم** لأي سبب من الأسباب إلى **خطتك**. وللمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، يرجى الاتصال بالوكالة الواردة في الجدول أدناه.

معلومات الاتصال الخاصة بحقوقك في مواصلة التغطية وحقوق التظلم والطعون الخاصة بك:

خدمات أعضاء Kaiser Permanente	1-800-290-8900 (TTY: 711) أو <a href="https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services">https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services</a>
مكتب مفوض التأمين	1-800-562-6900 أو <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

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

يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عمومًا **الخطط** و**التأمين الصحي** المتاح من خلال **السوق** أو سياسات السوق الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وبعض أنواع التغطية الأخرى. وإذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على **قسط الإعفاء الضريبي**.

هل تلبى هذه الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ لا ينطبق .

إذا كانت **خطتك** لا تفي بالحد الأدنى من معايير القيمة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على **قسط الإعفاء الضريبي** لمساعدتك في الدفع مقابل **خطة** معينة من خلال **السوق**.

خدمات الوصول اللغوية:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-800-290-8900 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-800-290-8900 (TTY: 711)

للاطلاع على أمثلة عن كيفية تغطية هذه الخطة لتكاليف نموذج حالة طبية، يُرجى الاطلاع على القسم التالي.



هذا ليس مقدر التكلفة. تعد العلاجات المذكورة مجرد أمثلة عن كيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. وستختلف تكاليفك الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يتقاضاها مقدمو الخدمة والعديد من العوامل الأخرى. يُرجى التركيز على مبالغ مشاركة التكلفة (المبالغ المخصصة والمشاركة في الدفع والتأمين المشترك) والخدمات المستعدة بموجب الخطة. واستخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها في خطط صحية مختلفة. يرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية المذكورة هنا تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

<p><b>كسر Mia البسيط</b> (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ورعاية المتابعة)</p>	<p><b>إدارة داء السكري من النوع 2 للمريض Joe</b> (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة تخضع للمراقبة جيداً)</p>	<p><b>سُتجَب Peg طفلاً</b> (9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)</p>
<p><b>\$1,900</b> المبلغ المخصص الإجمالي للخطة</p> <p><b>\$40</b> مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي</p> <p><b>\$650</b> مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (المنشأة)</p> <p><b>\$30</b> مبلغ المشاركة في الدفع الأخرى (الأشعة السينية)</p> <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال خدمات مثل: رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية) الاختبارات التشخيصية (أشعة سينية) المعدات الطبية المعمرة (العكازات) خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)</p>	<p><b>\$1,900</b> المبلغ المخصص الإجمالي للخطة</p> <p><b>\$40</b> مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي</p> <p><b>\$650</b> مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (المنشأة)</p> <p><b>\$30</b> مبلغ المشاركة في الدفع الأخرى (تحليل الدم)</p> <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال خدمات مثل: زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية/بما في ذلك التنظير حول المرض) الاختبارات التشخيصية (تحليل الدم) الأدوية الموصوفة المعدات الطبية المعمرة (جهاز قياس الجلوكوز)</p>	<p><b>\$1,900</b> المبلغ المخصص الإجمالي للخطة</p> <p><b>\$40</b> مدفوعات المشاركة في الدفع للاختصاصي</p> <p><b>\$650</b> مبلغ المشاركة في الدفع للمستشفى (المنشأة)</p> <p><b>\$30</b> مبلغ المشاركة في الدفع الأخرى (تحليل الدم)</p> <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال خدمات مثل: زيارات عيادة الاختصاصي (رعاية ما قبل الولادة) الخدمات المهنية للولادة/الوضع خدمات المنشأة للولادة/الوضع الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وتحليل الدم) زيارة اختصاصي (التخدير)</p>
<p><b>\$2,800</b> إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع Mia:</p> <p>مشاركة التكلفة</p> <p><b>\$100</b> المبلغ المخصصة</p> <p><b>\$800</b> مبلغ المشاركة في الدفع</p> <p><b>\$0</b> التأمين المشترك</p> <p>ما لم تشمل التغطية</p> <p><b>\$0</b> القيود أو الاستثناءات</p> <p><b>\$900</b> إجمالي ما ستدفعه Mia</p>	<p><b>\$5,600</b> إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، سيدفع Joe:</p> <p>مشاركة التكلفة</p> <p><b>\$0</b> المبلغ المخصصة</p> <p><b>\$1,400</b> مبلغ المشاركة في الدفع</p> <p><b>\$0</b> التأمين المشترك</p> <p>ما لم تشمل التغطية</p> <p><b>\$0</b> القيود أو الاستثناءات</p> <p><b>\$1,400</b> إجمالي ما سيدفعه Joe</p>	<p><b>\$12,700</b> إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع Peg:</p> <p>مشاركة التكلفة</p> <p><b>\$1,900</b> المبلغ المخصصة</p> <p><b>\$900</b> مبلغ المشاركة في الدفع</p> <p><b>\$0</b> التأمين المشترك</p> <p>ما لم تشمل التغطية</p> <p><b>\$20</b> القيود أو الاستثناءات</p> <p><b>\$2,820</b> إجمالي ما ستدفعه Peg</p>

ستتحمّل الخطة التكاليف الأخرى لهذه الخدمات المشمولة بالتغطية المذكورة على سبيل المثال.

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636 (TTY 711)**. You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at [kp.org/wa/feedback](http://kp.org/wa/feedback). If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

The notice of nondiscrimination is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F HHH Building, Washington, DC 20201; **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

## Help in your language

**English: ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**中文 (Chinese) 注意事項：**如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-901-4636**로 전화해 주세요.(TTY 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់៖** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

**日本語 (Japanese) 注意：**日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-888-901-4636** までお電話ください。(TTY 711)。

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት፡** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርቆዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-901-4636** ይደውሉ (TTY 711)።

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਧਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** an (TTY 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-888-901-4636 (TTY 711).

International Symbol for ASL  
(American Sign Language):



