



ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) في اختيار خطة صحية. وسيوضح ملخص المزايا والتغطية مدى مشاركتك مع الخطة في تكاليف خدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملاحظة: ستتوفر معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى قسط التأمين) على نحو منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول التغطية الخاصة بك أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، يُرجى الاطلاع على الموقع التالي <https://kp.org/plandocuments> أو الاتصال برقم (TTY: 711) 1-800-813-2000. للحصول على تعريفات للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، فواتير الرصيد، التأمين المشترك، الدفع المشترك، المبلغ المخصص، مقدم الخدمة، أو المصطلحات الأخرى التي تحتها خط، يرجى الاطلاع على المسرد. يُمكنك استعراض المسرد على www.healthcare.gov/sbc-glossary/ أو الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 لطلب نسخة.

سؤال هامة	إجابات	ما أهمية ذلك:
ما هو المبلغ الإجمالي للخصم؟	\$3,000 للفرد / \$6,000 للعائلة	عادة، عليك دفع التكاليف كافة من مقدمي الخدمة إلى ما يصل إلى المبلغ المخصص قبل أن تبدأ هذه الخطة بالدفع. إذا كان لديك أعضاء أسرة آخرين مسجلين في الخطة، على كل فرد في الأسرة أن يفي بالمبلغ المخصص الخاص به إلى أن يفي المبلغ الإجمالي لنفقات المبلغ المخصص المدفوعة من قبل أفراد الأسرة كافة بالمبلغ المخصص الإجمالي للأسرة.
هل هناك خدمات مغطاة قبل استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك؟	نعم. الرعاية الوقائية والخدمات المشار إليها في الجدول الذي يبدأ في الصفحة 2.	تغطي هذه الخطة بعض البنود والخدمات حتى إذا لم تكن قد استوفيت المبلغ المخصص. ولكن قد يُطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك. وتغطي هذه الخطة، على سبيل المثال، خدمات وقائية معينة من دون مشاركة التكاليف وقبل أن تفي بالمبلغ المخصص الخاص بك. يُرجى الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المغطاة على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
هل هناك مبالغ مخصصة أخرى لخدمات معينة؟	لا.	لا يتعين عليك سداد الخصومات لخدمات معينة.
ما هو الحد الواجب دفعه من المال الخاص لهذه الخطة؟	\$8,850 للفرد / \$17,700 للعائلة	الحد الواجب دفعه من المال الخاص هو أقصى ما يمكن أن تدفعه في عام واحد مقابل الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة، فعليهم استيفاء الحد الواجب دفعه من ماله الخاص حتى يتم الوفاء بالحد الإجمالي الواجب دفعه من مال العائلة الخاص.
ما الذي لا يتضمنه الحد الواجب دفعه من الجيب الخاص؟	أقساط التأمين، الخدمات غير المشمولة بالتغطية بموجب هذه الخطة، الدفع للخدمات بموجب تغطية الطلاب خارج منطقة الخدمات	على الرغم من سدادك لهذه النفقات، فإنها لا تحتسب ضمن الحد الواجب دفعه من المال الخاص.
هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم مقدم خدمة من الشبكة؟	نعم. يُرجى الاطلاع على www.kp.org أو اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 للحصول على قائمة بمقدمي الخدمة المشاركين.	تستخدم هذه الخطة شبكة مقدمي الخدمات. ستدفع أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من شبكة الخطة. ستدفع أكثر إذا كنت استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة للفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فواتير الرصيد). ويُرجى العلم بأن مقدم الخدمة من الشبكة الخاص بك قد يستخدم مقدم خدمة من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل التحاليل المخبرية). يُرجى الرجوع إلى مقدم الخدمة الخاص بك قبل تلقي الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لرؤية أخصائي؟	نعم، ولكن يُمكنك إحالة نفسك إلى أخصائيين معينين.	ستدفع هذه الخطة بعض التكاليف الخاصة برؤية أخصائي للخدمات المغطاة أو كافة تكاليفه ولكن فقط إذا كان لديك إحالة قبل رؤية الأخصائي.



جميع تكاليف الدفع المشترك و التأمين المشترك الموضحة في هذا الرسم البياني هي بعد استيفاء المبلغ المخصص الخاص بك إذا طبقت المبلغ المخصص.

حدث طبي عام	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم مشارك في الخدمة (ستدفع أقل مبلغ ممكن)	ما الذي ستدفعه مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر مبلغ ممكن)	القيود والاستثناءات ومعلومات هامة أخرى
إذا قمت بزيارة مكتب مقدم رعاية صحية أو عيادته	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	\$40 / زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	لا يوجد
	زيارة أخصائي	\$65 / زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	لا يوجد
	الرعاية الوقائية/ الفحص/ التطعيم	لا توجد رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. وأسأل مقدم الخدمة الخاص بك عما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية، ثم تحقق ما الذي ستسددده <u>خطتك</u> .
إذا كان لديك اختبار	اختبار تشخيصي (أشعة سينية وتحليل دم)	\$60 / زيارة، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	لا يوجد
	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب (CT) / التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI))	\$350 / زيارة	غير مغطاة	قد تتطلب بعض الخدمات إذنًا مسبقًا.
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة على www.kp.org/orformulary	الأدوية بدون العلامة التجارية	التجزئة: \$25، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ، الطلب بالبريد: \$50، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 30 يومًا من خلال البيع بالتجزئة أو إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 90 يومًا عبر الطلب بالبريد. تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية.
	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	التجزئة: \$65، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u> ، الطلب بالبريد: \$130، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 30 يومًا من خلال البيع بالتجزئة أو إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 90 يومًا عبر الطلب بالبريد. تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية.
	الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة	50% <u>التأمين المشترك</u>	غير مغطاة	إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 30 يومًا من خلال البيع بالتجزئة أو إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 90 يومًا عبر الطلب بالبريد. تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية.
	الأدوية المتخصصة	50% <u>التأمين المشترك</u>	غير مغطاة	إمدادات تُغطي استهلاكاً يصل إلى 30 يومًا.
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادة الخارجية	رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة المتنقلة)	35% <u>التأمين المشترك</u>	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.
	رسوم الطبيب/الجراح	35% <u>التأمين المشترك</u>	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.

حدث طبي عام	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم مشارك في الخدمة (ستدفع أقل مبلغ ممكن)	ما الذي ستدفعه مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر مبلغ ممكن)	القيود والاستثناءات ومعلومات هامة أخرى
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	رعاية غرفة الطوارئ	\$350 / زيارة	\$350 / زيارة	يتم الإعفاء من هذه الرسوم عند دخول المستشفى
	النقل الطبي الطارئ	35% التأمين المشترك	35% التأمين المشترك	لا يوجد
	الرعاية العاجلة	\$60 / زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	\$60 / زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	إن مقدمي الخدمة غير المشاركين في الخطة ليسوا مشمولين بالتغطية داخل منطقة الخدمات.
إذا كان لديك إقامة في المستشفى	رسوم المنشأة (مثل: غرفة المستشفى)	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.
	رسوم الطبيب/الجراح	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	خدمات العيادات الخارجية	\$40 / زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	لا يوجد
	خدمات المرضى المقيمين	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.
إذا كنت حامل	زيارات مكتبية	لا توجد رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	اعتمادًا على نوع الخدمات، قد يُطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو الخصم. قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموضحة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (SBC) (أي الموجات فوق الصوتية).
	الخدمات المهنية للولادة/الوضع	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	لا يوجد
	الخدمات المهنية للولادة/الوضع	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	لا يوجد
	الرعاية الصحية المنزلية	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	لا يوجد
إذا كنت بحاجة للمساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة	خدمات إعادة التأهيل	العيادة الداخلية: 35% التأمين المشترك، مريض خارجي: \$65 / زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	العيادة الداخلية: الإذن المسبق مطلوب، مريض خارجي: العلاجات الطبيعية والتخاطب والوظيفية (30 زيارة مجتمعة في السنة).
	خدمات التأهيل	\$65 / زيارة، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	العلاجات الطبيعية والتخاطب والوظيفية (30 زيارة مجتمعة في السنة).
	رعاية التمريض الماهرة	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	60 يوماً في السنة التقويمية.
	المعدات الطبية المعمرة	35% التأمين المشترك	غير مغطاة	تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية.
	خدمات رعاية المحتضرين	لا توجد رسوم، لا ينطبق المبلغ المخصص	غير مغطاة	مطلوب إذن مسبق.

حدث طبي عام	الخدمات التي قد تحتاج إليها	ما الذي ستدفعه مقدم مشارك في الخدمة (ستدفع أقل مبلغ ممكن)	ما الذي ستدفعه مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر مبلغ ممكن)	القيود والاستثناءات ومعلومات هامة أخرى
إذا كان طفلك بحاجة إلى العناية بالأسنان أو العيون	نظارات الأطفال	لا توجد رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	بحدود فحص واحد في السنة.
	نظارات الأطفال	لا توجد رسوم، لا ينطبق <u>المبلغ المخصص</u>	غير مغطاة	نظارات مختارة أو عدسات لاصقة سنوياً
	فحوصات أسنان الأطفال	غير مغطاة	غير مغطاة	لا يوجد

الخدمات المستبعدة والخدمات المغطاة الأخرى:

الخدمات التي لا تغطيها <u>خطتك</u> بشكل عام (يرجى الرجوع إلى وثيقة السياسة أو <u>الخطة</u> للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة <u>بالخدمات المستبعدة الأخرى</u> .)			
● جراحة علاج البدانة	● علاج العقم	● التمريض الخاص	
● الجراحة التجميلية	● الرعاية الطويلة الأجل	● العناية الروتينية بالقدم	
● رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)	● الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة	● برامج إنقاص الوزن	
خدمات مغطاة أخرى (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة. لذا يُرجى الاطلاع على مستند <u>خطتك</u> .)			
● الإجهاض	● العناية بتقويم العمود الفقري (20 زيارة / السنة)	● العناية الروتينية بالعيون (للبالغين)	
● الوخز بالإبر (12 زيارة / السنة)	● المعينات السمعية (سماعة واحدة لكل أذن / 36 شهراً)		

حقوقك في مواصلة التغطية: هناك وكالات يُمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. وتُعرض معلومات الاتصال لهذه الوكالات في الرسم البياني أدناه. وقد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، متضمنة شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال سوق التأمين الصحي "Health Insurance Marketplace". وللمزيد من المعلومات حول السوق، يُرجى زيارة www.HealthCare.gov أو الاتصال بالرقم 1-800-318-2596.

حقوق التظلم والطعون الخاصة بك: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك لرفض المطالبة. تُسمى هذه الشكوى بالتظلم أو الاستئناف. وللمزيد من المعلومات حول حقوقك، يُرجى الرجوع إلى شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل تلك المطالبة الطبية. كما توفر مستندات خطتك معلومات كاملة حول كيفية تقديم مطالبة أو طعن أو شكوى لأي سبب من الأسباب إلى خطتك. وللمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، يُرجى الاتصال بالوكالة الواردة في الرسم البياني أدناه.

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

خدمات أعضاء Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (خدمة الهاتف النصي: 711) أو www.kp.org/memberservices
شعبة النظام المالي بولاية أوريغون	1-888-877-4894 أو www.dfr.oregon.gov

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

يشمل الحد الأدنى من التغطية الأساسية عموماً الخطط والتأمين الصحي المتاح من خلال السوق أو سياسات السوق الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وبعض التغطية الأخرى. وإذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من الحد الأدنى من التغطية الأساسية، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على الإعفاء الضريبي الخاص بالقسط.

هل تلبّي هذه الخطّة الحد الأدنى من معايير القيمة؟ لا ينطبق.

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

خدمات الوصول اللغوية:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

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



هذا ليس مقدر التكلفة. تُعتبر العلاجات الوراثة مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. وستختلف تكاليفك الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يتقاضاها مقدمو الخدمة والعديد من العوامل الأخرى. يُرجى العناية بمبالغ تقاسم التكلفة (الخصومات و المدفوعات المشتركة و التأمين المشترك) و الخدمات المستبعدة بموجب الخطة. واستخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطط صحية مختلفة. يُرجى الملاحظة أن أمثلة التغطية هذه قائمة على التغطية الذاتية فقط.

<p>الكسر البسيط لدى Mia (زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ومتابعة الرعاية)</p>	<p>إدارة مرض السكري من النوع 2 لدى Joe (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة تخضع للتحكم جيدًا)</p>	<p>سنتج Peg طفلًا (9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)</p>																																										
<ul style="list-style-type: none"> ■ المبلغ المخصص الكلي الخاص بالخطة \$3,000 ■ الدفع المشترك للأخصائي \$65 ■ التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة) 35% ■ الدفع المشترك لأموار أخرى (أشعة سينية) \$60 <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية) اختبار تشخيصي (أشعة سينية) المعدات الطبية المعمرة (العكازات) خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ المبلغ المخصص الكلي الخاص بالخطة \$3,000 ■ الدفع المشترك للأخصائي \$65 ■ التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة) 35% ■ الدفع المشترك لأموار أخرى (فحص الدم) \$60 <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: زيارات عيادة طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التنقيف حول المرض) الاختبارات التشخيصية (تحليل الدم) الأدوية الموصوفة المعدات الطبية المعمرة (قياس الجلوكوز)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ المبلغ المخصص الكلي الخاص بالخطة \$3,000 ■ الدفع المشترك للأخصائي \$65 ■ التأمين المشترك للمستشفى (المنشأة) 35% ■ الدفع المشترك لأموار أخرى (فحص الدم) \$60 <p>يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل: زيارات الأخصائي (رعاية ما قبل الولادة) الخدمات المهنية للولادة/الوضع الخدمات المهنية للولادة/الوضع الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وتحليل الدم) زيارة أخصائي (التخدير)</p>																																										
<p>إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع ميا: \$2,800</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">تقاسم التكلفة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">الخصومات</td> <td style="text-align: left;">\$1,900</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">الدفع المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$600</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">التأمين المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ما ليس مشمولاً بالتغطية</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">القيود أو الاستثناءات</td> <td style="text-align: left;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">إجمالي ما ستدفعه ميا</td> <td style="text-align: left;">\$2,500</td> </tr> </tbody> </table>	تقاسم التكلفة		الخصومات	\$1,900	الدفع المشترك	\$600	التأمين المشترك	\$0	ما ليس مشمولاً بالتغطية		القيود أو الاستثناءات	\$0	إجمالي ما ستدفعه ميا	\$2,500	<p>إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، سيدفع جو: \$5,600</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">تقاسم التكلفة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">الخصومات</td> <td style="text-align: left;">\$70</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">الدفع المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$1,500</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">التأمين المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ما ليس مشمولاً بالتغطية</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">القيود أو الاستثناءات</td> <td style="text-align: left;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">إجمالي ما سيدفعه جو</td> <td style="text-align: left;">\$1,570</td> </tr> </tbody> </table>	تقاسم التكلفة		الخصومات	\$70	الدفع المشترك	\$1,500	التأمين المشترك	\$0	ما ليس مشمولاً بالتغطية		القيود أو الاستثناءات	\$0	إجمالي ما سيدفعه جو	\$1,570	<p>إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال في هذا المثال، ستدفع Peg: \$12,700</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">تقاسم التكلفة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">الخصومات</td> <td style="text-align: left;">\$3,000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">الدفع المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$400</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">التأمين المشترك</td> <td style="text-align: left;">\$1,900</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ما ليس مشمولاً بالتغطية</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">القيود أو الاستثناءات</td> <td style="text-align: left;">\$60</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">إجمالي ما ستدفعه بيغ</td> <td style="text-align: left;">\$5,360</td> </tr> </tbody> </table>	تقاسم التكلفة		الخصومات	\$3,000	الدفع المشترك	\$400	التأمين المشترك	\$1,900	ما ليس مشمولاً بالتغطية		القيود أو الاستثناءات	\$60	إجمالي ما ستدفعه بيغ	\$5,360
تقاسم التكلفة																																												
الخصومات	\$1,900																																											
الدفع المشترك	\$600																																											
التأمين المشترك	\$0																																											
ما ليس مشمولاً بالتغطية																																												
القيود أو الاستثناءات	\$0																																											
إجمالي ما ستدفعه ميا	\$2,500																																											
تقاسم التكلفة																																												
الخصومات	\$70																																											
الدفع المشترك	\$1,500																																											
التأمين المشترك	\$0																																											
ما ليس مشمولاً بالتغطية																																												
القيود أو الاستثناءات	\$0																																											
إجمالي ما سيدفعه جو	\$1,570																																											
تقاسم التكلفة																																												
الخصومات	\$3,000																																											
الدفع المشترك	\$400																																											
التأمين المشترك	\$1,900																																											
ما ليس مشمولاً بالتغطية																																												
القيود أو الاستثناءات	\$60																																											
إجمالي ما ستدفعه بيغ	\$5,360																																											

ستتحمل الخطة مسؤولية التكاليف الأخرى لهذه الخدمات المغطاة على سبيل المثال.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1 800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

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, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with 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 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወቂያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**) .

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-813-2000** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: **711**).