

ملخص مزايا خطة منظمة المزود المفضل (PPO) بقيمة 750 دولارًا لمنطقة مدارس Allentown

رقم (أرقام) المجموعة: 45-025478، 46-، 47؛ 92-025484، 95-، 97؛ 89-025506، 90-، 20-029259، 21-، 22؛ 50-105644، 51-، 52-، 53، 54، 55-

في الجدول أدناه، سترى ما تدفعه خطتك مقابل خدمات معينة. قد تكون مسؤولاً عن رسوم منشأة أو رسوم عيادة أو رسوم مماثلة (بالإضافة إلى أي رسوم مهنية) إذا تم تقديم زيارة العيادة أو الخدمة الخاصة بك في موقع مؤهل ليكون قسماً بالمستشفى أو مبنى تابعاً لمستشفى.

المزايا	داخل الشبكة	خارج الشبكة
أحكام عامة		
تاريخ النفاذ	1 يناير 2024	
فترة الاستحقاق (1)	السنة التقويمية	
الخصم (لكل فترة استحقاق)	\$750 \$1,500	\$750 \$1,500
خطة الدفع - الدفع على أساس بدل الخطة	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله الشخص من ماله الخاص (بما في ذلك التأمين المشترك). (بمجرد استيفاء الشروط، تدفع الخطة تأميناً مشتركاً بنسبة 100 % لبقية فترة الاستحقاق)	لا يوجد لا يوجد	\$2,000 \$6,000
إجمالي الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله الشخص من ماله الخاص (بما في ذلك الخصم، والتأمين المشترك، والتكاليف المشتركة، ومشاركة تكلفة الأدوية الموصوفة، وغيرها من النفقات الطبية المؤهلة، والشبكة فقط) (2) بمجرد الوفاء بالدفع، تدفع الخطة 100 % من الخدمات المغطاة لبقية فترة الاستحقاق.	\$9,450 \$18,900	لا ينطبق لا ينطبق
زيارات عيادة خاصة/عيادة/رعاية طبية عاجلة		
زيارات العيادات الموجودة في أماكن البيع بالتجزئة والزيارات الافتراضية	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
زيارات عيادة مُقدم الرعاية الأولية (PCP) والزيارات الافتراضية	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
زيارات عيادة الأخصائي والزيارات الافتراضية	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
رسوم الموقع الأصلي لموفر الزيارة الافتراضية	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
زيارات مركز الرعاية العاجلة	100% بعد دفع 50 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
لا تنطبق المشاركة في الدفع، إن وجدت، على زيارات مركز الرعاية العاجلة الموصوفة لعلاج الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات	لا تنطبق المشاركة في الدفع، إن وجدت، على زيارات مركز الرعاية العاجلة الموصوفة لعلاج الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات	لا تنطبق المشاركة في الدفع، إن وجدت، على زيارات مركز الرعاية العاجلة الموصوفة لعلاج الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات
خدمات التطبيب عن بعد (3)	100% بعد دفع 15 دولارًا دفعة مشتركة	غير مُغطاة
الرعاية الوقائية (4)		
فحوص البالغين الروتينية	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
الاختبارات الجسدية	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
تطعيمات الكبار	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
الفحوص الروتينية للأمراض النساء، بما في ذلك اختبار مسحة عنق الرحم	100% (لا ينطبق الخصم)	80% (لا ينطبق الخصم)
تصوير الثدي بالأشعة السينية، الروتين السنوي	100% (لا ينطبق الخصم)	80% (لا ينطبق الخصم)
الخدمات التشخيصية واجراءاتها	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
طب الأطفال الروتيني	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
الاختبارات الجسدية	100% (لا ينطبق الخصم)	80% (لا ينطبق الخصم)
تطعيمات الأطفال	100% (لا ينطبق الخصم)	80% (لا ينطبق الخصم)
الخدمات التشخيصية واجراءاتها	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
خدمات الطوارئ		
خدمات غرفة الطوارئ (5)	100% بعد دفع 100 دولار دفعة مشتركة (يتم التنازل عنه إذا تم الإدخال)	100% (لا ينطبق الخصم)
سيارة الإسعاف - حالات الطوارئ (6)	100% بعد دفع 100 دولار دفعة مشتركة	100% (لا ينطبق الخصم)
سيارة الإسعاف - حالات غير طارئة (6)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
نفقات المستشفى والنفقات الطبية/ الجراحية (بما في ذلك الأمومة) (5)		
المرضى الداخليين بالمستشفى	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
المرضى الخارجيون بالمستشفى	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الأمومة (الخدمات المهنية غير الوقائية) بما في ذلك الابنة المعالة	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الرعاية الطبية (بما في ذلك زيارات المرضى الداخليين والاستشارات)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
خدمات العلاج وإعادة التأهيل		
العلاج الطبيعي	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
علاج التخاطب	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
العلاج المهني	الحد: 12 زيارة/فترة استحقاق - لا ينطبق هذا الحد عند وصف خدمات العلاج لعلاج الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات	الحد: 12 زيارة/فترة استحقاق - لا ينطبق هذا الحد عند وصف خدمات العلاج لعلاج الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات
علاج الجهاز التنفسي	100% (لا ينطبق الخصم)	80% بعد الخصم
علاج العمود الفقري باستخدام اليد أو الأجهزة الطبية	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
خدمات علاجية أخرى (إعادة تأهيل القلب، المعالجة الوريدية، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، غسيل الكلى)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم

المزايا	داخل الشبكة	خارج الشبكة
الصحة النفسية/تعاطي المخدرات		
خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
إزالة السموم/إعادة التأهيل للمرضى الداخليين	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
خدمات الصحة النفسية للمرضى الخارجيين (بما في ذلك زيارات الصحة السلوكية الافتراضية)	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين	100% بعد دفع 35 دولارًا دفعة مشتركة	80% بعد الخصم
خدمات أخرى		
مستخلصات مسببات الحساسية وحقنها	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
تحليل السلوك التطبيقي لاضطراب طيف التوحد (7)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
إجراءات الإخصاب المساعد	غير مُغطاة	غير مُغطاة
خدمات طب الأسنان المتعلقة بالإصابة العرضية والحوادث	غير مُغطاة	غير مُغطاة
الخدمات التشخيصية		
الأشعة المتقدمة (زين مغناطيسي، تصوير مقطعي مُحوسب، تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني، وغيرها)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الخدمات التشخيصية الأساسية (التصوير القياسي، التشخيص الطبي، المختبر/ التحليل الباثولوجي، اختبار الحساسية)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
تصوير الثدي بالأشعة السينية، ضروري طبيًا	100% (لا ينطبق الخصم)	80% (لا ينطبق الخصم)
المعدات الطبية المُعمرة والتقويم والأطراف الاصطناعية	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الرعاية الصحية المنزلية	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الحد: 90 زيارة/فترة الاستحقاق مع توفير ممرضة زائرة		
خدمات رعاية المحتضرين	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
استشارات العقم واختباراته وعلاجه (8)	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
التمريض الخاص	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الحد: 240 ساعة/فترة الاستحقاق		
الرعاية بمرافق التمريض الماهرة	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
الحد: 100 يوم/فترة الاستحقاق		
خدمات نقل الأعضاء وزرعها	100% بعد الخصم	80% بعد الخصم
متطلبات الاعتماد المُسبق/التفويض (9)	نعم	نعم
الأدوية الموصوفة		
المبلغ المقطع لدواء بوصفة طبية الفرد الأسرة	لا يوجد	لا يوجد
برنامج الأدوية الموصوفة بوصفة طبية (10)	<p>أدوية البيع بالتجزئة (الإمداد لمدة 90/60/31 يومًا)</p> <p>10 دولارات/20 دولارًا/30 دولارًا دفعة مشتركة عامة</p> <p>40 دولارًا/80 دولارًا/120 دولارًا دفعة مشتركة للعلامة التجارية الموصوفة</p> <p>60 دولارًا/120 دولارًا/180 دولارًا دفعة مشتركة للعلامة التجارية غير الموصوفة</p> <p>أدوية المُداومة من خلال الطلب البريدي (الإمداد لمدة 90 يومًا)</p> <p>دُفعة مشتركة عامة بقيمة 20 دولارًا</p> <p>80 دولارًا دفعة مشتركة للعلامة التجارية الموصوفة</p> <p>120 دولارًا دفعة مشتركة للعلامة التجارية غير الموصوفة</p>	

هذا ليس عقدًا. يقدم مُلخص المزايا هذا ميزات الخطة فقط. يُرجى الرجوع إلى وثائق السياسة/الخطة، حيث تنطبق القيود والاستثناءات. يتم الاحتكام إلى وثائق السياسة/الخطة في حالة وجود تعارض مع مُلخص المزايا هذا.

(1) تعتمد فترة مزايا مجموعتك على السنة التقويمية التي تبدأ من 1 يناير وتنتهي في 31 ديسمبر.

(2) تم فرض الحد الأقصى لإجمالي الشبكة من الجيب (TMOOP) من قبل الحكومة الفيدرالية. يجب أن تتضمن TMOOP الخصم، والتأمين المشترك، والمشاركة، والدفعة المشتركة لتكلفة الأدوية التي تستلزم وصفة طبية وأي نفقات طبية مؤهلة.

(3) خدمات التطبيب عن بعد (الرعاية الوجيزة للأمراض البسيطة المتاحة عند الطلب على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع)، يجب أن يؤديها مقدم خدمات التطبيب عن بعد المُعَيّن من شركة Highmark. يتم دفع الخدمات الإضافية التي يقدمها مقدم خدمات التطبيب عن بعد المُعَيّن وفقًا لفئة المزايا التي تندرج تحتها (على سبيل المثال، مقدم الرعاية الأولية (PCP) مؤهل بموجب ميزة زيارة عيادة مقدم الرعاية الأولية، والصحة السلوكية مؤهلة بموجب ميزة خدمات الصحة النفسية للمرضى الخارجيين).

(4) تقتصر الخدمات على تلك المُدرجة في الجدول الوقائي الصادر عن شركة Highmark (قد يتم تطبيق الجدول الوقائي لصحة المرأة).

(5) سيتم دفع مزايا خدمات الرعاية الطارئة التي يقدمها مقدم الخدمة من خارج الشبكة على مستوى خدمات الشبكة. سيتم دفع مزايا خدمات المستشفى أو خدمات الرعاية الطبية التي يقدمها مقدم الخدمة من خارج الشبكة إلى عضو يتطلب قبولاً للمرضى الداخليين أو مراقبة فور استلام خدمات رعاية الطوارئ على مستوى خدمات الشبكة. لن يكون العضو مسؤولاً عن أي مبالغ يتم إصدار فاتورة بها من قبل مقدم الخدمة من خارج الشبكة والتي تزيد عن بدل الخطة لهذه الخدمات.

(6) سيتم تغطية خدمات الإسعاف الجوي التي يقدمها مقدمو الخدمات من خارج الشبكة على أعلى مستوى من مزايا الشبكة.

(7) بعد التقييم الأولي، سيتم تغطية التحليل السلوكي التطبيقي على النحو المحدد أعلاه. سيتم تغطية جميع الخدمات المُغطاة الأخرى لعلاج اضطرابات طيف التوحد وفقًا لفئة المزايا (مثل علاج النطق والخدمات التشخيصية). لا يقلل علاج اضطرابات طيف التوحد من حدود الزيارة/اليوم.

(8) يشمل العلاج أي تغطية لازمة لتصحيح مشكلة جسدية أو طبية مرتبطة بالعم. قد يتم تغطية العلاج الدوائي للعقم أو لا اعتمادًا على برنامج الأدوية الموصوفة لمجموعتك.

(9) إذا تلقيت خدمات من مُرود من خارج المنطقة أو مُرود خارج الشبكة، فيجب عليك الاتصال بإدارة استخدام Highmark قبل الدخول المُخطط له للمرضى الداخليين، وقبل تلقي بعض خدمات العيادات الخارجية أو في غضون 48 ساعة من حالة الطوارئ أو الإدخال غير المُخطط له للمرضى الداخليين للحصول على أي شهادة مُسبقة مطلوبة. إذا لم يتم الحصول على الاعتماد المُسبق وتقرر لاحقًا أن كل الخدمات التي تم تلقيها أو جزء منها لم تكن ضرورية أو مناسبة من الناحية الطبية، فستكون مسؤولاً عن دفع أي تكاليف لا تغطيها خططك الصحية.

(10) كتيب الوصفات الطبية الصادر عن شركة Highmark عبارة عن قائمة واسعة من الأدوية الموصوفة المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) والمُختارة لجودتها، وسلامتها، وفعاليتها. تم تطوير كتيب الوصفات الطبية بواسطة Highmark Pharmacy Services وتم اعتماده من قبل لجنة Highmark للصيدلة والعلاجات المُكونة من صيادلة وأطباء سريريين. تتضمن جميع قوائم الخطة مُنتجات في كل فئة علاجية رئيسية. تختلف قوائم الخطة حسب عدد الأدوية المختلفة التي تغطيها وفي متطلبات تقاسم ومشاركة التكلفة. يشتمل برنامجك على تغطية لكل من الوصفات والأدوية غير الموصوفة بمبالغ الدفع المشترك أو التأمين المشترك المذكورة أعلاه. تتطلب خطتك استخدام صيدلية متخصصة محددة لأدوية الهيوفيليا. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لمزيد من التفاصيل. يساعد برنامج Copay Armor الأعضاء على تحمل تكاليف الأدوية عالية التكلفة (معظمها متخصصة) من خلال الاستفادة من قسائم الشركة المصنعة. لن يحتاج الأعضاء إلى تغيير مكان صرف الوصفات الطبية وستتصل بهم شركة Pillar RX للتسجيل في برنامج توفير التكاليف. تقدم خطتك برنامج Free Market Health لأدوية متخصصة مختارة. ستتصل بك إحدى صيدليات الشبكة المتخصصة التي ستقدم خدمة عالية الجودة، ورعاية، وتنسيق صرف الوصفات الطبية المتخصصة وتسليمها. لا يلزم التسجيل.

Highmark Blue Shield حاصلة على ترخيص مُستقل من Blue Cross and Blue Shield Association.

Discrimination is Against the Law

The Claims Administrator/Insurer complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity. The Claims Administrator/Insurer does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex assigned at birth, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual. The Claims Administrator/Insurer:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Claims Administrator/Insurer has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Phone: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. 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, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY:711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al número en la parte posterior de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

请注意：如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。请拨打您的身份证背面的号码（TTY：711）。

توجه: اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی خود (TTY: 711) تماس بگیرید.

알림: 한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

Kominike : Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan nimewo ki nan do kat idantite w la (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Contatti il numero riportato sul retro della sua carta d'identità (TTY: 711).

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, אוועילעבל פאר אייך. רופט די נומער וואס איז אויף די פארקערטע זייט פון אייער ID קארטל (TTY:711).

মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের (TTY:711) পিছনে থাকা নম্বরে ফোন করুন।

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المساعدة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم الموجود خلف بطاقة هويتك (جهاز الاتصال لنوي صعوبات السمع والنطق: 711).

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty ubezpieczenia zdrowotnego (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité (TTY: 711).

توجه فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، زبان معاونت سروس، مفت میں آپ کے لیے دستیاب ہے۔ اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر درج شدہ نمبر پر کال کریں (TTY: 711)۔

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Σε περίπτωση που μιλάτε Ελληνικά, οι διαθέσιμες υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας σας παρέχονται δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό στο πίσω μέρος της ταυτότητας σας (TTY:711).