लाभहरू र कभरेजको सारांश (Summary of Benefits and Coverage, SBC) कागजातले तपाईंलाई स्वास्थ्य योजना छनोट गर्न मद्दत गर्ने छ। SBC ले तपाईंलाई तपाईं र योजना बिचमा कसरी कभर गरिने स्वास्थ्यसेवा वापतको खर्चको बाँडफाँड हुने छ भनेर देखाउँछ। नोट: यो योजनाको लागत (प्रिमियम भनिन्छ) बारे जानकारी छुट्टै उपलब्ध गराइने छ।

यो सारांश मात्र हो। आफ्नो कभरेजका बारेमा थप जानकारीका लागि वा कभरेजका सम्पूर्ण सर्तहरूको प्रतिलिपि प्राप्त गर्नका लागि 800-540-2583 मा फोन गर्नुहोस्। प्रचलित शब्दहरूका साधारण परिभाषा, जस्तै **अनुमति दिइएको रकम**, **मौज्दात बिलिङ**, **सहबिमा**, **सहभुक्तानी**, **कटौतीयोग्य रकम**, **प्रदायक** वा अन्य रेखांकित शब्दहरूका लागि शब्दसङ्ग्रह हेर्नुहोस्। तपाईं MedMutual.com/SBC मा शब्दसङ्ग्रह हेर्न वा एक प्रति अनुरोध गर्नका लागि 800-540-2583 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ।

महत्त्वपूर्ण प्रश्नहरू	जवाफहरू	किन यो महत्त्वपूर्ण छ:
समग्र कटौतीयोग्य रकम कति हो?	$3,200/एकल, $6,400/परिवार नेटवर्क $6,400/एकल, $12,800/परिवार गैर-नेटवर्क	सामान्यतया, यो **योजना**ले भुक्तानी गर्न सुरु गर्नुअघि तपाईंले प्रदायकहरूका लागतहरूबाट **कटौतीयोग्य रकम**सम्म सबै भुक्तानी गर्नुपर्छ। तपाईंसँग **योजना**मा, अन्य परिवार सदस्यहरू समावेश हुनुहुन्छ भने, परिवारका सम्पूर्ण सदस्यहरूद्वारा भुक्तानी गरिने **कटौतीयोग्य रकम** खर्च परिवारको समग्र **कटौतीयोग्य रकम** बराबर नभएसम्म प्रत्येक परिवार सदस्यले आफ्नो व्यक्तिगत **कटौतीयोग्य रकम** पूरा गर्नुपर्छ।
के तपाईंको खर्च कटौतीयोग्य रकम बराबर हुनु अघि सेवाहरूका लागि कभर गरिन्छ?	**हो। निश्चित रोकथाममूलक सेवा र सहभुक्तानी सहितका सबै सेवाहरू कभर गरिने छ र तपाईंले आफ्नो कटौतीयोग्य रकम पूरा हुनुअघि योजनाद्वारा भुक्तान गरिन्छ।**	तपाईंले अहिलेसम्म **कटौतीयोग्य** रकम पूरा गरिनसक्नुभएको भए तापनि यो **योजना**ले केही वस्तु र सेवाहरूलाई कभर गर्छ। तर **सहभुक्तानी** वा **सहबिमा** लागू हुन सक्छ। उदाहरणका लागि, यस **योजना**ले निश्चित **रोकथामजन्य सेवाहरू खर्च बाँडफाँड** नगरीकन र **कटौतीयोग्य रकम** पूरा गर्नुअघि कभर गर्दछ। कभर गरिएका **रोकथाममूलक सेवाहरू**को सूची https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ मा हेर्नुहोस्।
के विशेष सेवाहरूका लागि अन्य कटौतीयोग्य रकमहरू छन्?	छैन	तपाईंले विशिष्ट सेवाहरूका लागि **कटौतीयोग्य रकमहरू** पूरा गर्नु आवश्यक छैन।

यस योजनाका लागि आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमा कति हो?	**$6,400**/एकल, **$12,800**/परिवार नेटवर्क **$12,800**/एकल, **$25,600**/परिवार गैर-नेटवर्क	**आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमा** भनेको तपाईंले कभर गरिने सेवाहरूका लागि एक वर्षमा भुक्तानी गर्नुपर्ने हुन सक्ने अधिकतम रकम हो। यो **योजना**मा तपाईंको परिवारका अन्य सदस्यहरू संलग्न हुनुहुन्छ भने, समग्र परिवारको **आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमा** पूरा नगर्दासम्म उहाँहरूको **आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमा** पूरा हुनुपर्छ।
आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमामा के-के कुरालाई समावेश गरिँदैन?	**प्रिमियमहरू**, यस **योजना**ले कभर नगर्ने ब्यालेन्स-बिल्ड शुल्कहरू र स्वास्थ्य सेवा।	तपाईंले यी खर्चहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ, तापनि ती खर्चलाई आफ्नो **तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च सीमा**मा गणना गरिँदैन।
यदि तपाईंले नेटवर्क प्रदायक प्रयोग गर्नुभयो भने अन्तभन्दा कम तिर्नुहुन्छ?	हो, सहभागी प्रदायकहरूको सूचीका लागि MedMutual.com/SBC हेर्नुहोस् वा 800-540-2583 मा कल गर्नुहोस्।	यो **योजना**ले **प्रदायक नेटवर्क**को प्रयोग गर्छ। तपाईंले **योजनाको नेटवर्कभित्रको प्रदायक** प्रयोग गर्नुभयो भने तपाईंले कम भुक्तानी गर्नुहुने छ। तपाईंले **नेटवर्क बाहिरको प्रदायक** प्रयोग गर्नुभएमा तपाईंले अधिकतम रकम भुक्तानी गर्नुहुने छ र तपाईंले **प्रदायक**को शुल्क र तपाईंको **योजना**ले गर्ने भुक्तानी बिचको भिन्नताका लागि **प्रदायक**बाट बिल (**ब्यालेन्स बिलिङ**) प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको **नेटवर्क प्रदायक**ले केही सेवाहरू (जस्तै प्रयोगशाला परीक्षण) का लागि **नेटवर्क बाहिरका प्रदायक**को प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने कुरामा सचेत रहनुहोस्। तपाईंले सेवा लिनुभन्दा अगाडि **प्रदायकसँग** सुनिश्चित गर्नुहोस्।
के तपाईंलाई विशेषज्ञको परामर्श लिन रेफरल चाहिन्छ?	छैन	तपाईंले **रेफरल** विना आफूले छनोट गर्नुभएको **विशेषज्ञ**लाई भेट्न सक्नुहुन्छ।

कटौतीयोग्य रकम लागू हुने भएमा, तालिकामा देखाइएका सबै **सहबिमा** खर्च तपाईंले आफ्नो **कटौतीयोग्य रकम** पूरा भुक्तानी गरिसकेपछिका हुन्। अन्यथा उल्लेख गरिएमा बाहेक तपाईंले आफ्नो **कटौतीयोग्य रकम** पूरा गर्नुअघि **सहभुक्तानी** सहितका सेवाहरू कभर गरिन्छ।

[सीमा र अपवादहरूको बारेमा थप जानकारीका लागि, MedMutual.com/SBC मा रहेको योजना वा पोलिसी दस्तावेज हेर्नुहोस्।]

सामान्य मेडिकल घटना	तपाईंलाई आवश्यक पर्न सक्ने सेवाहरू	तपाईंले कति तिर्नुहुने छ नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले न्यूनतम तिर्नुहुने छ)	 गैर-नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले सबैभन्दा धेरै तिर्नुहुने छ)	सीमितता, अपवादहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी
यदि तपाईं स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कार्यालय वा क्लिनिकमा जानुहुन्छ भने	चोटपटक वा रोगको उपचार गर्न प्राथमिक स्वास्थ्य परामर्श	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	विशेषज्ञसँगको परामर्श	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	रोकथाममूलक सेवा/ स्क्रिनिङ/ खोप	नि:शुल्क	40% सहबिमा	तपाईंले रोकथामजन्य बाहेकका सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंले लिनुपर्ने सेवाहरू रोकथाममूलक हुन् वा होइनन् भनी आफ्नो प्रदायकलाई सोध्नुहोस्। त्यसपछि तपाईंको योजनाले के-को लागि भुक्तानी गर्ने छ भनी हेर्नुहोस्।
यदि तपाईंले कुनै परीक्षण गराउनुभयो भने	नैदानिक परीक्षण (एक्स-रे)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	नैदानिक परीक्षण (रगत परीक्षण)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	इमेजिङ (CT/PET स्क्यान, MRI)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
यदि तपाईंलाई आफ्नो रोग वा अवस्थाको उपचार गर्न औषधि चाहिन्छ भने **प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज**को बारेमा थप जानकारी www.caremark.com मा उपलब्ध छ	फार्मेसी लाभ प्रबन्धक	CVS Caremark		कुनै पनि छैन
	जेनेरिक सहभुक्तानी - खुद्रा टियर 1	कटौतीयोग्य रकमपछि $10	लागू नहुने	30 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।
	जेनेरिक सहभुक्तानी - होम डेलिभरी टियर 1	कटौतीयोग्य रकमपछि $20	लागू नहुने	90 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।
	रूचाइएको ब्राण्ड नाम सहभुक्तानी - खुद्रा टियर 2	कटौतीयोग्य रकमपछि $30	लागू नहुने	30 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।

सामान्य मेडिकल घटना	तपाईंलाई आवश्यक पर्न सक्ने सेवाहरू	तपाईंले कति तिर्नुहुने छ		सीमितता, अपवादहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी
		नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले न्यूनतम तिर्नुहुने छ)	गैर-नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले सबैभन्दा धेरै तिर्नुहुने छ)	
	रूचाइएको ब्राण्ड नाम सहभुक्तानी - होम डेलिभरी टियर 2	कटौतीयोग्य रकमपछि $60	लागू नहुने	90 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।
	नरूचाइएको ब्राण्ड नाम सहभुक्तानी - खुद्रा टियर 3	कटौतीयोग्य रकमपछि $60	लागू नहुने	30 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।
	नरुचाइएको ब्रान्ड सहभुक्तानी - होम डेलिभरी टियर 3	कटौतीयोग्य रकमपछि $120	लागू नहुने	90 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ।
	विशेष (स्पेसल्टी) औषधिहरू - खुद्रा	कटौतीयोग्य रकमपछि $100	लागू नहुने	30-दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ
	विशेष (स्पेसल्टी) औषधिहरू - होम डेलिभरी	कटौतीयोग्य रकमपछि $100	लागू नहुने	30-दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ
	विशेष (स्पेसल्टी) औषधिहरू	कटौतीयोग्य रकमपछि $100	लागू नहुने	30 दिनसम्मको औषधि कभर गर्दछ
यदि तपाईंले बाहिरङ शल्यक्रिया गराउनुभएमा	संस्थागत शुल्क (जस्तै, एम्बुलेटरी शल्यक्रिया केन्द्र)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	चिकित्सक/शल्यचिकित्सक शुल्क (बहिरङ)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
तपाईंलाई तत्काल चिकित्सा सेवा चाहिएमा	आकस्मिक कक्ष सेवा	20% **सहबिमा**		कुनै पनि छैन
	आकस्मिक मेडिकल यातायात	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
अस्पतालमा बस्नुभयो भने	संस्थागत शुल्क (जस्तै, अस्पतालको कोठा)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	चिकित्सक/शल्यचिकित्सक शुल्क (अन्तरङ)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन

सामान्य मेडिकल घटना	तपाईंलाई आवश्यक पर्न सक्ने सेवाहरू	तपाईंले कति तिर्नुहुने छ		सीमितता, अपवादहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी
		नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले न्यूनतम तिर्नुहुने छ)	गैर-नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले सबैभन्दा धेरै तिर्नुहुने छ)	
तपाईंलाई मानसिक स्वास्थ्य, व्यवहारजन्य स्वास्थ्य वा लागूपदार्थ दुरुपयोग सम्बन्धी सेवाहरू चाहिएमा	बहिरङ बिरामी सेवाहरू	सम्बन्धित चिकित्सा लाभहरूका आधारमा भुक्तान गरिने लाभहरू		कुनै पनि छैन
	अन्तरङ बिरामी सेवाहरू	सम्बन्धित चिकित्सा लाभहरूका आधारमा भुक्तान गरिने लाभहरू		कुनै पनि छैन
तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ भने	कार्यालय भ्रमणहरू	नि:शुल्क	40% <u>सहबिमा</u>	निश्चित <u>रोकथाममूलक सेवाहरूमा</u> <u>खर्च बाँडफाँड</u> लागू हुँदैन। सेवाहरूको प्रकारका आधारमा, सहभुक्तानी, <u>सहबिमा</u> वा <u>कटौतीयोग्य रकम</u> लागू हुन सक्छ। मातृत्व स्याहारमा SBC (अर्थात् अल्ट्रासाउन्ड) मा अन्यत्र वर्णन गरिने परीक्षण र सेवाहरू समावेश हुन सक्छन्।
	प्रसव/डेलिभरी पेसागत सेवाहरू	20% <u>सहबिमा</u>	40% <u>सहबिमा</u>	कुनै पनि छैन
	प्रसव/डेलिभरी संस्थागत सेवाहरू	20% <u>सहबिमा</u>	40% <u>सहबिमा</u>	कुनै पनि छैन

सामान्य मेडिकल घटना	तपाईंलाई आवश्यक पर्न सक्ने सेवाहरू	तपाईंले कति तिर्नुहुने छ		सीमितता, अपवादहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी
		नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले न्यूनतम तिर्नुहुने छ)	गैर-नेटवर्क प्रदायक (तपाईंले सबैभन्दा धेरै तिर्नुहुने छ)	
तपाईंलाई स्वास्थ्यलाभमा मद्दत चाहिएमा वा अन्य विशेष स्वास्थ्य आवश्यकताहरू भएमा	गृह स्वास्थ्य सेवा	20% सहबिमा	40% सहबिमा	(प्रति लाभ अवधि 60 भ्रमणहरू)
	पुनर्स्थापना सेवाहरू (शारीरिक उपचार)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	(प्रति लाभ अवधि 60 भ्रमणहरू, पेसागत थेरापीसँग मिलाएर)
	समायोजन सेवाहरू (पेसागत थेरापी)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	(प्रति लाभ अवधि 60 भ्रमणहरू, शारीरिक थेरापीसँग मिलाएर)
	समायोजन सेवाहरू (बोली थेरापी)	20% सहबिमा	40% सहबिमा	(प्रति लाभ अवधि 30 भ्रमणहरू)
	दक्ष नर्सिङ सेवा	20% सहबिमा	40% सहबिमा	(प्रति लाभ अवधि 100 दिन)
	टिकाउयोग्य चिकित्सा उपकरण	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	धर्मशाला सेवाहरू	20% सहबिमा	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
यदि तपाईंको बच्चालाई दाँत वा आँखाको हेरचाह चाहिएमा	बालबालिकाको आँखा परीक्षण	नि:शुल्क	40% सहबिमा	कुनै पनि छैन
	बालबालिकाको चश्मा	कभर गर्दैन		कभर नगरिने सेवा
	बालबालिकाको दाँतको जाँच	कभर गर्दैन		कभर नगरिने सेवा

कभर नगरिने सेवाहरू र अन्य कभर गरिने सेवाहरू:

सामान्यतया तपाईंको योजनाले कभर नगर्ने सेवाहरू (थप जानकारी र कभर नगरिने कुनै अन्य सेवाहरूको सूचीका लागि तपाईंको पोलिसी वा योजना कागजात हेर्नुहोस्।)

- अक्युपङ्क्चर
- बेरियाट्रिक शल्यक्रिया
- बालबालिकाको दाँतको जाँच
- बालबालिकाको चश्मा
- कस्मेटिक शल्यक्रिया
- दाँतको हेरचाह (वयस्क)
- हियरिङ एड्स
- निसन्तान उपचार
- दीर्घकालीन हेरचाह
- अमेरिका बाहिर यात्रा गर्दा गैर-आकस्मिक हेरचाह
- नियमित खुट्टा हेरचाह
- वजन घटाउने कार्यक्रमहरू

अन्य कभर गरिने सेवाहरू (यी सेवाहरूमा सीमितताहरू लागू हुन सक्छन्। यो पूर्ण सूची होइन। कृपया आफ्नो योजना कागजात हेर्नुहोस्।)

- काइरोप्राक्टिक हेरचाह
- निजी-ड्युटी नर्सिङ
- नियमित आँखा हेरचाह (वयस्क)

कभरेज जारी राख्ने सम्बन्धी तपाईंको अधिकार: यदि तपाईं आफ्नो कभरेज समाप्त भएपछि जारी राख्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्ने एजेन्सीहरू छन्। ती एजेन्सीहरूको सम्पर्क विवरण निम्नानुसार छ: श्रम विभागको कर्मचारी लाभ सुरक्षा प्रशासन (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) 866-444-EBSA (3272) मा वा dol.gov/ebsa/healthreform र स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग, उपभोक्ता सूचना तथा बिमा निरीक्षण केन्द्र, 877-267-2323 x61565 वा cciio.cms.gov मा। तपाईंका लागि स्वास्थ्य बिमा मार्केटप्लेस मार्फत व्यक्तिगत बिमा कभरेज खरिद गर्ने लगायत अन्य कभरेज विकल्पहरू उपलब्ध हुन सक्छन्। मार्केटप्लेसको बारेमा थप जानकारीका लागि, HealthCare.gov मा जानुहोस् वा 800-318-2596 मा कल गर्नुहोस्।

तपाईंका गुनासो र अपील गर्ने अधिकारहरू: तपाईंको दाबी अस्वीकृत भएको विषयमा योजना विरुद्ध गुनासो छ भने मद्दत गर्न सक्ने एजेन्सीहरू छन्। यो उजुरीलाई गुनासो वा अपील भनिन्छ। तपाईंको अधिकारको बारेमा थप जानकारीका लागि, तपाईंले त्यो मेडिकल दाबीका लागि प्राप्त गर्ने लाभहरूको व्याख्या हेर्नुहोस्। तपाईंको योजना कागजातहरूमा तपाईंको योजनामा कुनै पनि कारणले दाबी, अपील वा गुनासो पेस गर्ने सम्बन्धी पूर्ण जानकारी पनि प्रदान गरिएको छ। तपाईंको अधिकार, यो सूचना वा सहायताको बारेमा थप जानकारीका लागि, यहाँ सम्पर्क गर्नुहोस्: श्रम विभागको कर्मचारी लाभ सुरक्षा प्रशासनको नम्बर 866-444-EBSA (3272) वा dol.gov/ebsa/healthreform मा वा तपाईंको योजनाको नम्बर 800-540-2583 मा।

के यो योजनाले न्यूनतम अत्यावश्यक कभरेज प्रदान गर्दछ? हो।

न्यूनतम अत्यावश्यक कभरेजमा सामान्यतया योजनाहरू, मार्केटप्लेस वा अन्य व्यक्तिगत बजार पोलिसीहरू, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, र केही अन्य कभरेजहरू मार्फत उपलब्ध स्वास्थ्य बिमाहरू पर्दछन्। यदि तपाईं निश्चित प्रकारको न्यूनतम अत्यावश्यक कभरेजका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईं प्रिमियम कर

क्रेडिटका लागि योग्य नहुन सक्नुहुन्छ।

के यो योजनाले न्यूनतम मूल्य मापदण्डहरू पूरा गर्छ? हो।

तपाईंको योजनाले न्यूनतम मूल्य मापदण्डहरू पूरा गर्दैन भने, तपाईं मार्केटप्लेस मार्फत योजनाको भुक्तानीमा मद्दतका लागि प्रिमियम कर क्रेडिटको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ।

----------------*यो योजनाले एक नमूना चिकित्सकीय अवस्थाहरूका लागतहरूलाई कसरी कभर गर्छ भन्ने कुराका उदाहरणहरू हेर्नका लागि, अर्को खण्ड हेर्नुहोस्*-------------

कभरेजको उदाहरणाम दिइएका संख्याहरू बिरामीले HRA वा FSA प्रयोग गर्दैनन् भन्ने मान्यतामा आधारित छन्। यदि तपाईं HRA वा FSA मा सहभागी हुनुहुन्छ र यसलाई आफ्नो तर्फबाट गर्नुपर्ने खर्च बेहोर्न प्रयोग गर्नुहुन्छ भने, तपाईंको लागत कम हुन सक्छ।

यी कभरेज उदाहरणहरूको बारेमा:

यो लागत अनुमानक होइन। यहाँ देखाइएका उपचारहरू यस योजनाले मेडिकल सेवालाई कसरी समेट्न सक्छ भन्ने उदाहरण मात्र हुन्। तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको वास्तविक सेवा, तपाईंको प्रदायकहरूले लिने शुल्कहरू र अन्य धेरै पक्षहरूका आधारमा तपाईंका वास्तविक लागतहरू फरक-फरक हुने छन्। योजना अन्तर्गत खर्च बाँडफाँड रकम (कटौतीयोग्य रकम, सहभुक्तानी र सहबिमा) र कभर नगरिने सेवाहरूमा ध्यान दिनुहोस्। तपाईंले विभिन्न स्वास्थ्य योजनाहरू अन्तर्गत तिर्न सक्ने लागतहरूको भाग तुलना गर्न यो जानकारी प्रयोग गर्नुहोस्। कृपया ध्यान दिनुहोस्, यी कभरेज उदाहरणहरू आफ्नो तर्फबाट मात्र हुने कभरेजमा आधारित छन्।

पेगले बच्चा पाउँदै छिन्
(9 महिनाको इन-नेटवर्क प्रि-नेटल केयर र अस्पतालमा डेलिभिरी)

- **योजनाको समग्र कटौती योग्य रकम** $3,200
- **विशेषज्ञ सहबिमा** 20%
- **अस्पताल (संस्थागत) सहबिमा** 20%
- **अन्य सहबिमा** 20%

यो उदाहरण घटनाले निम्न लगायत सेवाहरू समावेश गर्दछ:

विशेषज्ञ कार्यालय भ्रमण (*जन्मपूर्व हेरचाह*)
प्रसव/डेलिभरी पेसागत सेवाहरू
प्रसव/प्रसव संस्थागत सेवाहरू
नैदानिक परीक्षण (*अल्ट्रासाउन्ड र रगत परीक्षण*)
विशेषज्ञ भ्रमण (*एनेस्थेसिया*)

उदाहरणमा कुल लागत	**$12,700**

यस उदाहरणमा, पेगले भुक्तान गर्नुपर्ने:

खर्च बाँडफाँड	
कटौतीयोग्य रकम	$3,200
सहभुक्तानीहरू	$10
सहबिमा	$1,900

जोको टाइप 2 मधुमेहको व्यवस्थापन गरिँदै छ
(एक वर्ष सुनियन्त्रित अवस्थामा नियमित इन-नेटवर्क हेरचाह)

- **योजनाको समग्र कटौती योग्य रकम** $3,200
- **विशेषज्ञ सहबिमा** 20%
- **अस्पताल (संस्थागत) सहबिमा** 20%
- **अन्य सहबिमा** 20%

यो उदाहरण घटनाले निम्न लगायत सेवाहरू समावेश गर्दछ:

प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सक कार्यालय भ्रमण (*रोग सम्बन्धी शिक्षा लगायत*)
नैदानिक परीक्षण (*रगत परीक्षण*)
प्रेस्क्रिप्सन औषधिहरू
टिकाउ चिकित्सा उपकरण (*ग्लुकोज मीटर*)

उदाहरणमा कुल लागत	**$5,600**

यस उदाहरणमा, जोले भुक्तान गर्नुपर्ने:

खर्च बाँडफाँड	
कटौतीयोग्य रकम	$3,200
सहभुक्तानीहरू	$200
सहबिमा	$20

मियाको साधारण फ्र्याक्चर
(इन-नेटवर्क आकस्मिक कक्ष भ्रमण र फलो-अप हेरचाह)

- **योजनाको समग्र कटौती योग्य रकम** $3,200
- **विशेषज्ञ सहबिमा** 20%
- **अस्पताल (संस्थागत) सहबिमा** 20%
- **अन्य सहबिमा** 20%

यो उदाहरण घटनाले निम्न लगायत सेवाहरू समावेश गर्दछ:

आकस्मिक कक्ष सेवा (*चिकित्सा सामग्री सहित*)
नैदानिक परीक्षण (*एक्स-रे*)
टिकाउ चिकित्सा उपकरण (*बैसाखी*)
पुनर्स्थापना सेवा (*शारीरिक उपचार*)

उदाहरणमा कुल लागत	**$2,800**

यस उदाहरणमा, मियाले भुक्तान गर्नुपर्ने:

खर्च बाँडफाँड	
कटौतीयोग्य रकम	$2,800
सहभुक्तानीहरू	$0
सहबिमा	$0

[सीमा र अपवादहरूको बारेमा थप जानकारीका लागि, MedMutual.com/SBC मा रहेको योजना वा पोलिसी दस्तावेज हेर्नुहोस्।]

के कभर गरिएको छैन	
सीमा वा बहिष्करण	$60
पेगले भुक्तान गर्नुपर्ने कुल	**$5,170**

के कभर गरिएको छैन	
सीमा वा बहिष्करण	$20
जोले भुक्तान गर्नुपर्ने कुल	**$3,440**

के कभर गरिएको छैन	
सीमा वा बहिष्करण	$0
मियाले भुक्तान गर्नुपर्ने कुल	**$2,800**

नोट: यी संख्याहरूमा बिरामीले योजनाको कल्याण कार्यक्रममा भाग लिँदैनन् भनी मानिएको छ। यदि तपाईं योजनाको कल्याण कार्यक्रममा भाग लिनुहुन्छ भने, तपाईं आफ्नो लागत घटाउन सक्षम हुन सक्नुहुन्छ। कल्याण कार्यक्रम बारे थप जानकारीका लागि, कृपया सम्पर्क गर्नुहोस्: 800-540-2583।

यी उदाहरणका कभर गरिने सेवाहरूको अन्य लागतका लागि योजना जिम्मेवार हुने छ।

बहु-भाषी दोभासे सेवा र भेदभाव नगरिने सम्बन्धी सूचना

यो कागजातले व्यक्तिहरूलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषा बोल्ने हो भने कसरी सहायता खोज्ने भनेर सूचित गर्दछ।

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-382-5729 (TTY: 711).

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 1-800-382-5729 (TTY: 711)。

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-382-5729 رقم هاتف الصم والبكم (711).

Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-382-5729 (ATS: 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti' go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló̜, koji̜' hódíílnih 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Oromo

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-382-5729 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-382-5729 (TTY: 711).

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。1-800-382-5729 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Dutch

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

तपाईंको लाभ बारे प्रश्न वा तपाईंको स्वास्थ्य बिमाको बारेमा अन्य जिज्ञासाहरू MEDICAL MUTUAL को ग्राहक सेवा विभागको नम्बर 1-800-382-5729 मा निर्देशित गरिनुपर्छ।

भेदभाव नगरिने सम्बन्धी सूचना

Medical Mutual of Ohio ले प्रचलित संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरूको पालना गर्दछ र स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू र गतिविधिहरूको सञ्चालनमा जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अशक्तता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन। Medical Mutual ले स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू र गतिविधिहरूको सञ्चालनमा जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको कारणले कसैलाई बहिष्कार गर्दैन वा उनीहरूलाई फरक व्यवहार गर्दैन।

- Medical Mutual ले असक्षमता भएका व्यक्तिहरूलाई हामीसँग प्रभावकारी रूपमा सञ्चार गर्नका लागि नि:शुल्क सहायता र सेवाहरू प्रदान गर्दछ, जस्तै योग्य साङ्केतिक भाषा दोभासेहरू र अन्य ढाँचाहरूमा लिखित जानकारी (ठूलो प्रिन्ट, अडियो, पहुँचयोग्य इलेक्ट्रोनिक ढाँचाहरू, आदि)।
- Medical Mutual ले मुख्य भाषा अङ्ग्रेजी नहुने मानिसहरूलाई नि:शुल्क भाषा सेवाहरू प्रदान गर्दछ, जस्तै योग्य दोभासेहरू र अन्य भाषाहरूमा लेखिएको जानकारी।

यदि तपाईंलाई यी सेवाहरू चाहिएमा वा तपाईंलाई Medical Mutual ले यी सेवाहरू प्रदान गर्न असफल भएको वा जात, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अशक्तता वा लिङ्गको आधारमा तपाईंका स्वास्थ्य सेवा लाभहरू वा सेवाहरूको सन्दर्भमा फरक ढङ्गले भेदभाव गरेको विश्वास लाग्छ भने, तपाईं तल सूचीबद्ध व्यक्तिलाई लिखित उजुरी पेस गर्न सक्नुहुन्छ। कृपया हामीलाई प्रभावकारी रूपमा अनुसन्धान र प्रतिक्रिया दिनका लागि तपाईंको लिखित उजुरीमा सकेसम्म धेरै विवरण समावेश गर्नुहोस्।

Civil Rights Coordinator
Medical Mutual of Ohio
2060 East Ninth Street
Cleveland, OH 44115-1355
MZ: 01-10-1900
इमेल: CivilRightsCoordinator@MedMutual.com

तपाईंले संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालयमा पनि नागरिक अधिकार उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ।

- विद्युतीय रूपमा नागरिक अधिकार कार्यालयको उजुरी पोर्टल मार्फत:

  ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- हुलाकमार्फत:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW Room 509F
  HHH Building
  Washington, DC 20201-0004
- फोनमार्फत:
  (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)
- गुनासो फारमहरू यहाँ उपलब्ध छन्:
  hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Medical Mutual द्वारा मार्केटिङ गरिएका उत्पादनहरू Medical Health Insuring Corporation of Ohio वा Consumers Life Insurance Company जस्ता यसका सहायक कम्पनीहरूमध्ये कुनै एकद्वारा अन्डरराइट गरिएको हुन सक्छ।