

Essential Plan 200–250 保戶合約

New York

這是您的

ESSENTIAL PLAN

合約

發行人



這是您的

ESSENTIAL PLAN

合約

發行人

ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD HP

這是為您提供的用於Anthem Blue Cross and Blue Shield HP發行的 Essential Plan 承保的合約。本合約連同隨附的福利表、申請和本合約條款的任何修改或修訂附文構成您與我們之間的完整協議。

您有權退回本合約。請仔細審閱。如果您不滿意，您可將本合約退回給我們，並要求我們取消合約。您的請求必須在您收到本合約後 10 天內以書面形式作出。

續期

本合約的續期日為自承保生效日期起 12 個月。本合約每年於續期日自動續期，除非由我們根據本合約規定或由您提前 30 天書面通知我們予以終止。

網絡內福利。

本合約僅涵蓋網絡內福利。若要獲得網絡內福利，您必須僅從位於我們的服務區內且參與我們的 Anthem 網絡的網絡內醫療服務提供者處及藥房處獲得護理。本合約涵蓋的護理（包括住院）必須由您的初級保健提供者 (PCP) 提供、安排或提前核准，及在需要時必須獲得我們的批准。若要獲得本合約下的福利，在您獲得服務前，您必須聯絡您的 PCP，惟本合約急診服務及緊急護理一節所述的用於治療急診狀況的服務除外。除本合約急診服務及緊急護理一節所述的用於治療急診狀況的服務外，您需負責支付由並未參與本計劃的提供者提供的所有護理的費用。

請仔細閱讀整份合約。它描述了根據該團體合約可用的福利。您有責任瞭解本合約的條款和條件。

本合約受 New York 州法律監管。

謹致問候，

Mark A. Levy，醫學博士

總裁

Anthem Blue Cross and Blue Shield HP

anthembluecross.com/nyplans

服務提供者：Anthem Blue Cross and Blue Shield HP。

目錄

第 I 節	定義	5
第 II 節	您的保險如何運作	10
	參與提供者。	10
	主治醫生的職責。	11
	服務需預先授權。	12
	醫療必要性.....	12
	重要電話號碼及地址。	15
第 III 節	獲取護理和過渡期護理.....	16
第 IV 節	分攤費用和允許金額.....	18
第 V 節	誰在承保範圍內.....	22
第 VI 節	預防性護理	23
第 VII 節	救護車和院前急診醫療服務	26
第 VIII 節	急診室服務和緊急護理	29
第 IX 節	門診和專業服務.....	31
第 X 節	附加福利、設備和裝置.....	40
第 XI 節	住院服務	45
第 XII 節	精神健康護理與物質濫用治療服務	48
第 XIII 節	處方藥保險	51
第 XIV 節	健保福利	62
第 XV 節	視力護理	63
第 XVI 節	牙科護理	64
第 XVII 節	不保項目及限制.....	67
第 XVIII 節	理賠決定	70
第 XIX 節	申訴程序	72
第 XX 節	使用審查	74

第 XXI 節	外部上訴	81
第 XXII 節	承保終止	85
第 XXIII 節	軍人的暫停保險權利。	87
第 XXIV 節	一般條款	88
第 XXV 節	福利一覽表	結尾

第 I 節 定義

定義的術語在本合約中將以開頭字母大寫表示。

急性：疾病發作或意外受傷，或受保人的病情變化需要立即就醫。

允許金額：我們為承保服務支付的最高金額基準。請參閱本合約「分攤費用和允許金額」一節，瞭解有關如何計算允許金額的說明。

門診手術中心：目前獲相關州監管機構許可，在門診提供手術和相關醫療服務的機構。

上訴：向我們提出申請，要求再次審核利用情況審查決定或申訴。

差額或剩餘費用：網絡外醫療服務提供者就網絡外醫療服務提供者的收費與允許金額之間的差額向您收取的費用。網絡內醫療服務提供者不會為承保服務向您收取差額費用。

合約：本合約由 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 簽發，包括福利一覽表和所有隨附附則。

共同保險：您應承擔的承保服務費用，按您需向醫療服務提供者付費服務的允許金額的百分比計算。金額因承保服務類型而異。

共付額：您在獲取承保服務時直接就該服務向醫療服務提供者支付的固定金額。金額因承保服務類型而異。

分攤費用：您必須為承保服務支付的費用，採用共付額和/或共同保險的形式。

承保、獲承保或承保服務：我們根據本合約的條款和條件為您支付、安排或授權的醫療必需服務。

導樂：受過訓練的人，能夠在分娩前、分娩期間和分娩後的合理時間內向孕婦及其家人持續提供身體、情緒和資訊支援。導樂可以在醫院、分娩中心、家庭分娩或其他社區環境中提供服務。

耐用醫療設備（「DME」）：耐用醫療設備指：

- 專門和可以反覆使用的設備；
- 主要且通常用於醫療用途的設備；
- 對不患病或受傷的人員通常不起作用的設備；及
- 適合在家裡使用。

緊急狀況：指醫療上或行為上的狀況，並表現為相當嚴重的急性症狀（包括劇烈疼痛），以至於具有一般醫學及健康知識的謹慎普通人都能合理地預見，如不立即就醫會導致：

- 使突發該症狀者的健康於嚴重危險狀態（或就孕婦而言，使孕婦或胎兒的健康受到嚴重威脅），或當為行為上的狀況時，置該患者或他人的健康於嚴重危險狀態；
- 當事人的身體功能出現嚴重損害；
- 當事人的任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或
- 當事人出現嚴重的外形損傷。

急診室醫療護理：您在醫院急診部獲得的緊急服務。

緊急服務：在醫院急診部的能力範圍內進行的醫療篩檢，包括急診部為評估該緊急狀況而通常提供的輔助服務；且在醫院工作人員及設施的能力範圍內為穩定患者病情所需的進一步醫學檢查和治療。「穩定」指為急診狀況提供必要的醫學治療，確保在合理的醫療概率範圍內，病情不會因患者轉院或在轉院過程中，或因分娩新生嬰兒（包括胎盤）嚴重惡化。

不承保項目：我們不支付或承保的醫療保健服務。

外部上訴代理：經 New York 州金融服務管理局認證，可根據 New York 法律進行外部上訴的實體。

設施：醫院、流動手術中心、生育中心、透析中心、康復機構、專業護理機構、臨終關懷護理、居家健康代理或根據 New York 公共衛生法第 36 條認證或授權的家庭健康護理服務機構、在我們服務區域內國家癌症中心機構指定的經衛生部許可的癌症中心、根據 New York 精神衛生法第 30 條認證或授權的飲食障礙綜合護理中心，以及根據 New York 精神衛生法第 1.03 節定義，經 New York 州癮服務和支援辦公室認證，或根據 New York 公共衛生法第 28 條認證的機構（或在其他州，類似的獲授權或經認證機構）。如果您在 New York 州以外地區接受物質濫用失調治療，機構亦包括由聯合委員會認可，提供物質濫用失調治療計劃的機構。

聯邦貧困線水平 (FPL)：美國衛生與人類服務部每年發佈的收入水平衡量指標。聯邦貧困線用於確定您是否符合若干計劃和福利的資格，包括 Essential Plan；聯邦貧困線每年更新。

申訴：您向我們提出不涉及醫療使用審查裁決的投訴。

復健服務：幫助個人保持、學會或改善日常生活機能及功能的健康護理服務。康復服務包括管理限制及殘疾，包括幫助維持或防止身體、感知或行為功能退化的服務或計劃。這些服務包括物理治療、職業治療以及言語治療。

醫療保健專業人員：經適當授權、註冊或認證的醫生；牙醫；驗光師；脊椎按摩師；心理學家；社會工作者；足科醫生；物理治療師；職業治療師；助產士；語言病理學家；聽力學家；藥劑師；行為分析師；職業護理師；或其他任何根據 New York 教育法第 8 篇（或其他可比的州法律（若適用））授權、註冊或認證的健康護理專業人士，根據 New York 保險法規定，該等人士須予以認可，且可就承保的服務向病患收費及開具發票。醫療保健專業人員必須在合法執業範圍內為該類型的醫療服務提供者提供服務，方可獲本合約承保。

居家護理機構：目前獲 New York 州認證或許可並在該州營運和提供居家護理服務的組織。

善終護理：由根據 New York 公共衛生法第 40 條或該臨終關懷組織所在的州規定的類似認證流程認證的臨終關懷組織向處於絕症晚期的患者及其家人提供的舒適及支援護理。

醫院：短期急性全科醫院：

- 在醫生的持續監督下，主要向患者提供診斷服務，以及為診斷、治療和護理受傷或生病患者提供治療服務；
- 設有系統化的醫學和大手術科室；
- 要求每位患者必須接受醫生或牙醫的護理；
- 由註冊執業護士 (R.N.) 或在其監督下提供 24 小時護理服務；
- 如位於 New York 州，需制定適用於所有患者、至少符合 42 U.S.C. 第 1395x(k) 條所載標準的有效住院審查計劃；
- 獲得負責授權此等醫院的機構的正式許可；及
- 除偶發情況外，並非為休息場所、主要治療肺結核的場所、長者場所、戒毒、戒毒場所、或康復期護理、看護、教育或復健護理場所。

醫院並非療養場所、水療機構或學校或校園的醫務室。

住院服務：需要作為住院病人入院並通常需要過夜方可在醫院獲得的護理。

醫院門診護理：在醫院獲得的護理，通常無需過夜。

合法居留移民：「合法居留」一詞包括：

- 「合格非公民」移民身份，無等待期
- 處於人道主義身份或情況（包括臨時保護身份、特別少年身份、庇護申請者、屬於《反對酷刑公約》的情況、人口販賣受害者）
- 有效的非移民簽證
- 其他法律授予的合法身份（臨時居民身份、LIFE 法、家庭團結個人）。若要查看合格移民身份的完整列表，請登錄網站 <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> 或致電 1-855-355-5777 聯絡 NY State of Health。

醫療必需性：定義請參閱本合約「您的保險如何運作」一節。

Medicare：《社會保障法》第 XVIII 章（經修訂）。

網絡內：與我們訂約為您提供醫療保健服務的提供者。

NY State of Health (「NYSOH」)：NY State of Health，官方的健康計劃市場。NYSOH 是一個健康保險市場，個人、家庭及小型企業可瞭解他們的保險選項，基於成本、福利及其他重要特徵比較計劃，選擇計劃，及參保的資源。NYSOH 還可提供可幫助中低收入人士的計劃資訊以及支付承保費用的資源，包括 Medicaid、Child Health Plus、保費稅收抵免及成本分攤削減。

網絡外醫療服務提供者：並未與我們訂約向您提供醫療保健服務的提供者。對於非參與提供者提供的服務，僅限急診服務、緊急護理或在經我們授權的情況下方可獲得承保。

自付費用上限：在我們開始為承保服務支付 100% 允許金額之前，您於計劃年度在分攤費用中支付的最高費用。該限額不包括差額收費或我們不承保的健康護理服務成本。

網絡內醫療服務提供者：與我們訂約向您提供醫療保健服務的提供者。如需獲取網絡內醫療服務提供者及其地點的清單，請瀏覽我們的網站或向我們索取。我們將不時修訂清單。

醫生或醫生服務：持牌醫師（M.D. — 醫生或 D.O. 骨科醫生）提供或協調的醫療保健服務。

計劃年度：自合約生效日期起或隨後的任何參保週年日起的 12 個月，合約在此期間有效。

預先授權：在您接受承保服務、程序、治療計劃、裝置或處方藥之前，我們作出的有關承保服務、程序、治療計劃、裝置或處方藥具醫療必需性的決定。我們在本合約「福利一覽表」一節指出哪些承保服務需要預先授權。

處方藥：經美國食品藥物管理局（「FDA」）批准及根據聯邦或州法律僅可依照處方單或續配處方單配發，且列於我們的處方藥一覽表上的藥物、產品或裝置。處方藥包括根據其特性，適合自行施用或由非專業護理人員施用的藥物。

主治醫生（「PCP」）：網絡內執業護士、醫師助理或通常為內科或家庭醫學科醫生的醫生，可直接為您提供或協調一系列醫療保健服務。

提供者：根據州法律要求獲許可、註冊、認證或認可的醫生、醫療保健專業人員或機構。醫療服務提供者還包括根據州法律要求獲許可、註冊、認證或認可，糖尿病設備和用品、耐用醫療設備、醫療用品或任何其他受本合約承保的設備或用品的供應商或配發者。

轉診：一個網絡內醫療服務提供者向另一個網絡內醫療服務提供者（通常為 PCP 向網絡內專科醫生發出）發出的授權，以安排受保人的其他護理。轉診可以透過電子方式傳輸，也可以由您的提供者填寫紙本轉診表進行傳輸。除本合約「獲取護理和過渡期護理」一節所規定或我們另有授權外，我們不會向網絡外醫療服務提供者進行轉診。

康復服務：幫助患者保持、恢復或改善因生病、受傷或殘障所喪失或受損的日常生活技能和身體機能的醫療保健服務。這些服務包括在住院和/或門診機構中的物理治療、職能治療與語言治療。

福利一覽表：本合約的這一章節介紹共付額、共同保險、自付費用上限、預先授權要求、轉診要求及承保服務其他限制。

服務區：由我們指定且經 New York 州批准，我們在此提供保險的地理區域。我們的服務區域包括 Allegany、Cattaraugus、Chautauqua、Erie、Genesee、Niagara、Orleans 和 Wyoming 縣。

專業護理機構：機構或機構中的專科：目前根據州或地方法律獲許可或批准；作為經聯合委員會或美國骨科協會醫院局批准的專業護理機構、長期護理機構或看護機構或作為 Medicare 規定的專業護理機構，主要提供專業看護服務和相關服務；或由我們另行確定符合任何該等管理機構標準的情況。

專科醫生：執業重點為特定醫學領域或某類患者，以診斷、管理、預防或治療特定類型的症狀和病症的醫生。

受保人：獲發本合約的人士。如果受保人在申訴或前往急診部住院或就診時需要提供通知，則「受保人」亦指受保人的指定人。

UCR（通常、慣常及合理）：在一個地理區域內用於醫療服務的金額，基於該地區的提供者通常對相同或類似的醫療服務收取的費用。

緊急護理：對有理智之人會因其嚴重程度立即尋求醫治，但並未嚴重到必須去急診部就診的疾病、受傷或症狀提供的醫療護理。緊急護理可在網絡內醫生的診所或緊急護理中心提供。

緊急護理中心：除醫院以外的提供緊急護理的持牌機構。

我們、我們的：Anthem Blue Cross Blue Shield HP 及我們合法指定的根據本合約代表我們行事的任何人。

利用情況審查：審查確定服務是否或曾為醫療必需或屬於試驗或研究性質（即治療罕見疾病或臨床試驗）。

您、您的：受保人。

第 II 節 您的保險如何運作

A. 您在本合約下的保險。

您已參保了一項 Essential Plan。我們將向您提供本合約所述的福利。您應將本合約與其他重要文件一併妥善保存，以便日後參考。

B. 承保服務。

只有當承保服務符合以下條件，您才能按照本合約的條款和條件獲取承保服務：

- 醫療必需性；
- 由網絡內醫療服務提供者提供；
- 作為承保服務列出；
- 未超出本合約「福利一覽表」一節所述的任何福利限制；及
- 在您的合約有效時獲取。

當您位於我們的服務區域之外時，承保僅限於用於治療您的急診狀況和區域外緊急護理的急診服務、入院前急診醫療服務以及救護車服務。

C. 參與提供者。

如要瞭解醫療服務提供者是否為網絡內醫療服務提供者：

- 查閱我們的醫療服務提供者目錄，我們可應您的要求提供該目錄；
- 致電您 ID 卡上面的號碼；或
- 瀏覽我們的網站。

提供者目錄將為您提供以下有關我們網絡內醫療服務提供者的資訊：

- 名稱、地址及電話號碼；
- 特殊藥物；
- 學會認證（如適用）；
- 語言；
- 網絡內醫療服務提供者是否接受新患者。

僅當您在以下情況下從非參與提供者處獲得承保的服務時，您才需要承擔適用於承保的服務的任何費用分攤：

- 該提供者在我們的線上服務提供者名錄中被列為網絡內服務提供者；
- 截至發佈之日，我們將提供者列為網絡內提供者的紙本提供者目錄不正確；
- 我們向您發出書面通知，表明該提供者是網絡內提供者，以回應您對有關提供者的網絡狀態資訊的電話請求；或者
- 我們不會在您電話請求網絡狀態資訊後的一 (1) 個工作日內向您發出書面通知。

在這些情況下，如果提供者向您收取的費用超過了您的費用分攤，並且您支付了帳單，您有權從提供者處獲得退款，外加利息。

D. 主治醫生的職責。

本合約要求您選擇主治醫生「PCP」。我們鼓勵您接受 PCP 的護理，在接受某些專科護理之前，您需要獲得 PCP 的轉診。您可選擇 Essential Plan 網絡內 PCP 名單上的任何網絡內 PCP。在某些情況下，您可以指定專科醫生為您的 PCP。有關指定專科醫生的更多資訊，請參閱本合約「獲取護理和過渡期護理」一節。若要選擇 PCP，請造訪我們的網站或撥打您 ID 卡背面的電話號碼。如不選擇，我們將為您指定一位 PCP。

就分攤費用而言，如果您向第一或第二專業非全科、家庭醫學科、內科、兒科及婦產科的 PCP（或提供 PCP 服務的醫生）尋求服務，且提供的該等服務與專科護理有關，則您必須支付本合約「福利一覽表」一節中專科醫生診室就診的分攤費用。

E. 無需獲得您主治醫生轉診的服務。

您的 PCP 負責確定對您的醫療保健需求最合適的治療。您無需獲得 PCP 向網絡內醫療服務提供者的轉診便可獲得以下服務：

- 由合格的此類服務參與提供者提供的初級和預防性婦產科服務，包括年度檢查、年度檢查產生的護理、急性婦科疾病的治療；
- 急診醫療服務；
- 院前急診醫療服務和急診救護車載送；
- 產婦抑鬱症篩檢；
- 緊急護理；
- 脊椎推拿服務；
- 門診精神健康護理；
- 門診藥物濫用戒除服務
- 門診復健服務（物理治療、職能治療或言語治療）；
- 門診康復服務（物理治療、職能治療或言語治療）；
- 驗光師提供的屈光眼睛檢查；
- 眼科醫生提供的糖尿病眼科檢查；
- 居家護理
- 放射學診斷服務；以及
- 化驗程序。

然而，網絡內醫療服務提供者必須與您的 PCP 討論服務與治療計劃；同意遵守我們的政策和程序，包括與服務（該網絡內醫療服務提供者提供的婦產科服務除外）轉診或預先授權有關的任何程序；並同意按照經我們批准的治療計劃（如有）提供服務。有關需要轉診的服務資訊，請參閱本合約「福利一覽表」一節。

F. 聯絡提供者及更換服務提供者。

有時，我們醫療服務提供者目錄中的醫療服務提供者無法提供服務。您在通知我們您選擇的 PCP 之前，應致電 PCP 確保其接受新患者。

若要向提供者求診，請致電其辦公室並告訴提供者您是 Anthem Blue Cross and Blue Shield HP 會員，並解釋您就診的原因。準備好您的 ID 卡。醫療服務提供者的診所可能會向您索要會員 ID 號。前往醫療服務提供者的診所時，應隨身攜帶 ID 卡。

您可以撥打您 ID 卡上的號碼來變更您的 PCP。

如果我們在您所居住的縣或在符合核准時間和距離標準的邊境縣內未提供某些提供者類型的參與提供者，我們將對轉介給特定非參與提供者予以核准，直至您不再需要護理或者我們的網絡中有一個符合時間和距離標準的參與提供者，您的護理即會轉移至該參與提供者。對於網絡外醫療服務提供者提供的承保服務，付款時如同該等服務由網絡內醫療服務提供者提供一樣。您將僅負責任何適用的費用分攤。

G. 網絡外服務。

網絡外醫療服務提供者的服務不承保，但緊急服務和為治療您的急診狀況而提供的院前急診醫療服務除外，或除非本合約中有明確規定。

H. 服務需預先授權。

您在獲取某些承保服務之前，需要我們的預先授權。您的參與提供者負責請求本合約福利表部分所列服務的預先授權。

I. 預先授權程序。

如果您尋求需要預先授權的服務承保，您的提供者必須撥打您 ID 卡上的號碼聯絡我們。

您的提供者必須按如下方式聯絡我們請求預先授權：

- 若您的提供者建議住院，應在計劃的入院或手術前至少兩 (2) 週提出申請。若不可能，則應在入院前盡快在正常工作時間內提出。
- 若您的提供者建議在醫院的流動手術部或流動手術中心進行手術或程序，應在流動手術或流動護理程序前至少兩 (2) 週提出申請。若不可能，則應在手術或程序前盡快在正常工作時間內提出。
- 在非急診狀況提供的救護飛機服務提供之前。

J. 醫療管理。

根據本合約向您提供的福利需接受服務前、同步和回溯性審查，以確定服務是否應由我們承保。該等審查旨在透過審核程序的使用及（如適當）提供服務的機構或地點，促進交付具有成本效益的醫療服務。承保服務對於所提供的福利必須具有醫療必需性。

K. 醫療必要性。

只要醫療保健服務、程序、治療、檢查、裝置、處方藥或用品（統稱為「服務」）為醫療必需，我們承保本合約所述的福利。醫療服務提供者提供、開處、開立、推薦或批准服務，並不意味著服務為醫療必需或表示我們必須承保。

我們可能對以下資料進行審查後作出決定：

- 您的醫療記錄；
- 我們的醫療政策和臨床指引；
- 專業協會、同行審查委員會或其他醫生團體的醫學意見；
- 同行審查醫學文獻上的報告；
- 國家認可醫療保健組織發佈的報告和指引，包括證明性的科學資料；
- 專業的安全及效力標準，即，美國公認的診斷、護理或治療標準；
- 在所涉及獲普遍認可的健康專業中，醫療保健專業人員的意見；
- 主治醫療服務提供者的意見，有證據支持但不反對相反意見。

只有在以下情況下，服務才被視為醫療必需：

- 就類型、頻率、範圍、部位和持續時間而言，服務在臨床上適當，並且被視為對您的疾病、損傷或病症有效；
- 服務為相關病症的直接護理和治療或管理所需；
- 如未提供服務，可能對您的病症造成不利影響；
- 依照普遍接受的醫療實務標準提供服務；
- 該等服務並非主要為給您、您的家人或提供者提供便利，
- 該等服務的費用不高於替代服務或一系列服務的費用，且至少可能會產生同等的治療或診斷結果；
- 在將服務機構或地點納入審查時，對於可在費用較低的機構中安全地提供的服務，若在費用較高的機構中提供則不具有醫療必需性。例如，如果可以在門診做手術，我們不會為住院手術提供承保，或者如果可在醫生診所或家中給藥，我們不會為在醫院門診部進行的輸注或注射特殊藥物提供承保。

有關您就我們判定服務不具有醫療必需性提出內部上訴和外部上訴的權利，請參閱本合約「醫療使用審查」和「外部上訴」一節。

L. 免受意外帳單影響。

1. 意外帳單意外帳單是您在以下情況下收到的承保服務帳單：

- 對於在以下情況下由非參與提供者在參與醫院或流動手術中心提供的服務：
 - 在提供健康護理服務時參與提供者不可用；
 - 非參與提供者在您不知情的情況下提供服務；或
 - 在提供健康護理服務時出現未預見的醫療問題或服務。

意外帳單不包括當網絡內醫生可提供醫療保健服務，但您選擇從網絡外醫生獲取該等服務產生的帳單。

- 將您從網絡內醫生轉診至網絡外醫療服務提供者，但未獲得您確認是向網絡外醫療服務提供者轉診的明確書面同意書，且轉診可能產生我們不承保的費用。對於意外帳單，轉診至網絡外醫療服務提供者指：

- 承保服務由網絡外醫療服務提供者在同一次就診期間在網絡內醫生診所或執業地點提供；
- 網絡內醫生向網絡外實驗室或病理醫生寄送在網絡內醫生診所為您採集的樣本；或
- 對於由網絡外醫療服務提供者在網絡內醫生的要求下提供的任何其他承保服務（當轉診根據您的合約屬必需時）。

您無需支付任何超出您的費用分攤的非參與提供者意外帳單。非參與提供者僅可從您的費用分攤收取費用。您可以簽署一份表格，通知我們您從非參與提供者處收到了意外帳單。

意外帳單福利分配表可在 www.dfs.ny.gov 取得，或您可以造訪我們的網站以取得該表格的副本。您需要將福利轉讓表的副本郵寄給我們（地址載於我們的網站）以及您的提供者。

2. 獨立爭議解決程序。我們或醫療服務提供者可向所在州指定的獨立爭議解決單位（「IDRE」）提交涉及意外帳單的爭議。提交爭議需填寫 IDRE 申請表，此表格載於 www.dfs.ny.gov。IDRE 將在收到爭議的 30 天內裁定我們的付款或醫療服務提供者的收費是否合理。

M. 使用遠程醫療提供承保的服務。

如果您的網絡內醫療服務提供者使用遠程醫療提供承保服務，我們將不會因使用遠程醫療交付承保服務而拒絕承保該等服務。保險公司可以對透過遠距醫療提供的服務承保共付額和/或共同保險，前提是它們至少與不透過遠距醫療提供的相同服務所提供的優惠對被保險人同樣有利。使用遠程醫療交付的承保服務可能須接受醫療使用審查，並需符合品質保證要求以及本合約的其他條款和條件（至少等同於不使用遠程醫療交付時相同服務的要求）。「遠程醫療」指當您與您的醫療服務提供者位於不同地點時，網絡內醫療服務提供者使用電子資訊及通訊技術向您交付承保服務。

N. 照護管理。

個案管理有助於協調由於嚴重、複雜及/或慢性健康狀況而具有健康護理需求的會員的服務。我們的計劃為同意參加個案管理計劃的會員協調福利並提供指導，幫助滿足他們的健康相關需求。

我們的護理管理計劃保密且自願參加。提供這些計劃不會向您收取額外費用，且不影響承保服務。如果您符合計劃標準並同意參加，我們將幫您滿足您已確定的保健需求。這將透過聯絡您和/或您的授權代表、治療醫生和其他醫療服務提供者並與其合作實現。此外，我們可以幫助向現有以社區為基礎的計劃和服務協調護理，滿足您的需求，這包括向您提供有關外部機構及以社區為基礎的計劃和服務的資訊。

對於若干嚴重或慢性的疾病或傷害，我們可透過未列作承保的服務的護理管理計劃提供替代護理福利。我們還可以將承保服務擴展到本合約的最大福利範圍以外。如果我們確定替代或延伸福利符合您和我們的最佳利益，我們將根據每個個案情況作出決定。

本條文的規定並不妨礙您就我們的決定提出上訴。為某個個案提供延伸福利或批准替代護理的決定，不代表我們一定要再次向您或任何其他會員提供相同福利。我們保留權利，可隨時變更或停止提供延伸福利或批准替代護理。這種情況下，我們將向您或您的代表發出書面通知。

○. 重要電話號碼及地址。

- 理賠
Anthem Blue Cross and Blue Shield HP
P.O. Box 61010,
Virginia Beach, VA 23466-1010
- 投訴、申訴和醫療使用審查上訴
請於東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點以及週六的上午 9 點至下午 5 點致電 800-300-8181 (TTY 711)，或致函以下地址：
Medical Appeals Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
- 意外帳單證明表
NYS Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit/IDR Process
1 Commerce Plaza
Albany, NY 12257
- 會員服務
800-300-8181 (TTY 711)
(會員服務部代表的工作時間為東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六為上午 9 點至下午 5 點)
- 行為健康服務
800-300-8181 (TTY 711)
- 我們的網站
anthembluecross.com/nyplans

第 III 節 獲取護理和過渡期護理

A. 向網絡外醫療服務提供者授權。

如果我們確定，我們沒有經過適當訓練並具備經驗的網絡內醫療服務提供者可治療您的病症，我們將批准向適當的網絡外醫療服務提供者授權。您的網絡內醫療服務提供者必須先提出申請，方能批准向某一網絡外醫療服務提供者的授權。對非參與提供者的授權不會為便利您或其他治療提供者的目的而作出，亦不一定授予您請求的特定非參與提供者。如果我們批准授權，網絡外醫療服務提供者提供的所有服務均須遵照我們在諮詢您的 PCP、網絡外醫療服務提供者和您之後批准的治療計劃。由非參與提供者提供的承保服務將獲得付費，如同由參與提供者提供一般。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。如果授權未獲批准，網絡外醫療服務提供者提供的任何服務將不獲承保。

B. 何時可選擇專科醫生作為您的主治醫生。

如果您患有危及生命的健康狀況或疾病、退化性及殘障性的健康狀況或疾病需要長期專科醫生護理，您可要求網絡內醫療服務提供者的專科醫生擔任您的 PCP。我們將諮詢專科醫生和您的 PCP，並決定該專科醫生是否應作為您的 PCP。任何授權均將遵照我們在諮詢您的 PCP、專科醫生和您之後批准的治療計劃。除非我們確定我們的網絡內沒有合適的醫療服務提供者，否則我們不會批准網絡外專科醫生。如果我們批准網絡外專科醫生，網絡外專科醫生根據獲批治療計劃提供的承保服務，將如同該等服務由網絡內醫療服務提供者提供一樣予以支付。您僅需負責任何適用的網絡內成本分攤。

C. 網絡內專科醫生的長期授權。

如果您需要持續的專科醫生護理，您可以獲得屬於網絡內醫療服務提供者的專科醫生的「長期授權」。這表示，您無需每次取得您 PCP 的新授權，即可前往該專科醫生處看診。我們將諮詢專科醫生和您的 PCP，並決定您是否應取得長期授權。任何授權均將遵照我們在諮詢您的 PCP、專科醫生和您之後批准的治療計劃。治療計劃可能會限制就診的次數，或授權就診的期限，並可能會要求專科醫生向您的 PCP 定期提供有關專科醫生護理的最新資料以及必要的醫療資訊。除非我們確定我們的網絡內沒有合適的醫療服務提供者，否則我們不會批准向網絡外專科醫生的長期授權。如果我們批准向非參與專科醫生授予長期轉診，由該非參與專科醫生根據批准的治療計劃提供的承保的服務將獲得付費，如同由參與提供者提供一般。您將僅負責任何適用的費用分攤。

D. 專業護理中心。

如果您患有危及生命的健康狀況或疾病、退化性及殘障性的健康狀況或疾病需要長期專科醫生護理，您可要求向具有治療您健康狀況或疾病技能的專科護理中心授權。專科護理中心是獲得州機構、聯邦政府或國家健康組織認可或認證，具有專業技能能治療您疾病或健康狀況的中心。我們將諮詢您的 PCP、專科醫生和專科護理中心，決定是否批准此類授權。任何授權均將遵照由專科護理中心制定，我們在諮詢您的 PCP、專科醫生和您之後批准的治療計劃。除非我們確定我們的網絡內沒有合適的專科護理中心，否則我

們不會批准向網絡外專科護理中心的授權。如果我們批准向網絡外專科護理中心的授權，網絡外專科護理中心根據獲批治療計劃提供的承保服務，將如同該等服務由網絡內專科護理中心提供一樣予以支付。您將僅負責任何適用的費用分攤。

E. 當您的醫療服務提供者離開網絡時。

如果在您的提供者離開我們的網絡時您正接受持續治療，從您的提供者向您提供服務的合約義務終止之日起 90 天內，您仍可繼續就該前任參與提供者提供的持續治療獲得承保的服務。如果您已懷孕，您可以繼續接受前任參與提供者的護理直至分娩，並獲得與分娩直接相關的任何產後護理。

該提供者必須接受在我們與該提供者的關係終止前生效的議定費用的支付。該醫療服務提供者還須同意向我們提供有關您的護理的必要醫療資訊，並遵守我們的政策和程序（包括有關保證護理品質、獲得預先授權、授權的政策和程序，以及我們批准的治療計劃）。您可繼續獲得承保的服務，如同該等服務由參與提供者提供一般。您將僅負責任何適用的費用分攤。請注意，如果醫療服務提供者由於欺詐、對患者即將造成傷害或面臨州委員會或機構的最終紀律處罰，導致其執業能力受損而被我們終止服務，該醫療服務提供者將無法繼續提供治療。

F. 治療期間的新會員。

如果您在本合約項下的承保開始生效時，您正在接受網絡外醫療服務提供者的持續治療，則自本合約項下的承保開始生效之日起最多 60 天內，您或許能就有關網絡外提供者提供的持續治療獲得承保服務。治療過程必須針對威脅生命的疾病或狀況或退化或致殘狀況或疾病。

為了讓您在最長 60 天內繼續獲得承保服務，非參與提供者必須同意接受我們為此類服務支付的費用。該醫療服務提供者還須同意向我們提供有關您的護理的必要醫療資訊，並遵守我們的政策和程序，包括有關保證護理品質、獲得預先授權、預先授權的政策和程序，以及我們核准的治療計劃的政策和程序。如果該醫療服務提供者同意這些條件，您將獲得有關承保服務，如同該等服務是由網絡內醫療服務提供者提供。您將僅負責任何適用的費用分攤。

第 IV 節 分攤費用和允許金額

A. 共同支付費用。

您必須為承保服務支付本合約「福利一覽表」一節中的共付額或固定金額，另有規定的情況除外。然而，如果服務的允許金額低於共付額，您負責支付較少金額。

B. 共同保險金。

您必須為承保服務支付一定比例的允許金額，另有規定的情況除外。我們將支付本合約「福利一覽表」一節所示的剩餘比例的允許金額。

C. 自付費用上限。

如果您在支付計劃年度的費用分攤方面已達到本合約福利表一節所載的現付限額，對於該計劃年度餘下時間內的承保的服務，我們將承保 100% 的允許金額。

網絡外服務的費用分攤（緊急服務、經我們批准的網絡外服務、網絡內例外情況和網絡外透析除外）不適用於您的自付費用限額。自付費用上限以計劃年度為基礎。

D. 允許金額。

「允許金額」指在扣除任何適用的共付額或共同保險費用之前，我們將為本合約承保服務或用品支付的最高金額。我們按如下方式確定我們的允許金額：

允許金額將是我們與參與提供者協商的金額或參與提供者的費用（如果較少）。

我們向網絡內醫療服務提供者的付款包括幫助改善護理品質及促進以具有成本效益的方式交付承保的服務的經濟獎勵。該經濟獎勵計劃下的付款，不會作為向您提供的具體承保服務的付款作出。您的分攤費用不會因經濟獎勵計劃中向網絡內醫療服務提供者作出的任何付款或從其收到的任何付款而發生變化。

有關非參與提供者提供的急診服務的允許金額，請參閱本合約的「急診服務和緊急護理」一節。有關非參與提供者提供的入院前急診醫療服務的允許金額，請參閱本合約的救護車和入院前急診醫療服務一節。

E. 計劃間安排揭露

區域外服務

我們與其他 Blue Cross 和/或 Blue Shield 持牌人建立不同的關係，通常稱為「計劃間安排」。這些計劃間安排是根據 Blue Cross Blue Shield Association（「協會」）發布的規則和程序運作。如果會員在我們服務的地理區域外獲得任何健康護理服務，此類服務理賠必須經過其中一項計劃間安排處理。計劃間安排概述如下。

通常，在我們服務的地理區域之外獲得護理時，會員會從與該其他地理區域的當地 Blue Cross 和/或 Blue Shield 持牌人（「Host Blue」）簽訂合約協議的醫療保健提供者（「參與提供者」）獲得護理。在某些情況下，會員可以從 Host Blue 的提供者處獲得護理。我們仍有責任履行對您的合約義務。我們在這兩種情況下的付款做法如下所述。

我們僅承保在我們的服務區域之外獲得的有限醫療保健服務。本節中使用的「區域外承保醫療保健服務」包括在我們服務的地理區域之外獲得的緊急護理。除非得到會員的初級保健醫生（「PCP」）授權，否則透過任何計劃間安排處理時，任何其他服務均不承保。

計劃間安排資格——理賠類型

如上所述，所有索賠類型都有資格透過計劃間安排進行處理，但作為醫療索賠支付的所有牙科保健福利除外，以及可能由與我們簽約以提供一項或多項特定服務的第三方管理的處方藥福利或兒科視力保健福利除外。

A. BlueCard® 計劃

BlueCard® 計劃是一項計劃間安排。根據本安排，當會員在我們服務的 Host Blue 服務的地理區域內獲得區域外承保醫療保健服務時，Host Blue 將負責簽訂合約並處理與其參與提供者的所有互動。

BlueCard 計劃的財務條款概述如下。

每項索賠的責任計算方法

除非有固定的共付額，否則透過 BlueCard 計劃處理的區域外承保醫療保健服務索賠的會員責任將根據提供者的承保費用或 Host Blue 向我們提供的協商價格中的較低者進行計算。

Host Blues 確定協商價格，該價格反映在每個 Host Blue 醫療保健提供者合約的條款中。Host Blue 提供給我們的協商價格可以用以下其中一項表示：

- i. 實際價格。實際價格是處理索賠時有效的協商付款費率，沒有任何其他增加或減少，或
- ii. 估計價格。估計價格是處理索賠時有效的協商付款費率，減少或增加一定百分比，以考慮與提供者協商的某些付款以及其他索賠和非索賠相關交易。此類交易可能包括但不限於反詐欺和濫用追償、未針對特定索賠進行的提供者退款、追溯性和解以及與績效相關的獎金或獎勵；或
- iii. 平均價格。平均價格是處理索賠時有效的計費承保費用的百分比，代表 Host Blue 與其所有提供者或其提供者的類似分類以及其他索賠和非索賠相關的協商支付總額交易。此類交易可能包括與上述估計價格相同的交易。

Host Blue 決定是否使用實際價格、估計價格或平均價格。使用估計或平均定價可能會導致您為特定索賠支付的價格與 Host Blue 向提供者支付的實際金額之間存在差異（正數或負數）。但 BlueCard 計劃要求會員支付的金額為最終價格；未來的價格調整不會導致過去索賠定價的增加或減少。

在某些情況下，聯邦或州法律或法規可能會對受保帳戶徵收附加費、稅費或其他費用。如果適用，我們將在您的保費中包含任何此類附加費、稅費或其他費用。

退還多付款項

Host Blue 或其參與提供者和非參與提供者的追償可以透過多種方式實現，包括但不限於反詐欺和濫用追償、醫療保健提供者/醫院帳單審計、信用餘額審計、使用審查退款和主動退款。依上述方式所決定的追償金額將以逐項理賠或預期原則一般適用。在某些情況下，Host Blue 將聘請第三方協助確定或收取追償金額。此類第三方的費用可能會以追償金額的一定百分比向您收取。

B. 我們服務區域之外的非參與醫療保健提供者

1. 會員責任計算

當非參與提供者在我們的服務區域之外提供區域外承保醫療保健服務時，會員為此類服務支付的金額通常將基於 Host Blue 的非參與提供者本地付款或由適用的州法律要求的定價安排。在這些情況下，會員可能需要承擔非參與提供者帳單金額與我們為本段所述的區域外承保服務支付的費用之間的差額。網絡外緊急服務的付款將受適用的聯邦和州法律管轄。

2. 例外

在某些例外情況下，我們可能會根據提供者的帳單費用向非參與提供者支付區域外承保醫療保健服務的索賠。當我們或適用的州法律確定會員無法以合理方式聯絡參與提供者時，可能會發生這種情況。在其他例外情況下，如果我們向非參與提供者支付我們服務區域內相同承保醫療保健服務的費用，我們可能會根據本協議其他部分所述的支付金額來支付此類索賠。如果 Host Blue 的相應付款高於我們服務區域內非參與提供者的付款，則可能會發生這種情況。在例外情況下，我們可能會選擇與此類提供者協商付款。

除非另有說明，在任何上述情況下，會員可能需要承擔非參與提供者帳單金額與我們為本段所述承保服務支付的金額之間的差額。

C. BlueCross BlueShield Global® Core

1. 一般資訊

如果會員在美國、Puerto Rico 自由聯邦和 U.S. Virgin Islands（以下簡稱：「BlueCard 服務區」）境外，他們在獲得承保服務時可能可以利用 BCBS Global Core。BCBS Global Core 在某些方面與 BlueCard 計劃中提供的 BlueCard 計劃不同。例如，儘管 BCBS Global Core 協助會員聯絡住院、門診和專業提供者網絡，但 Host Blue 並未為該網絡提供服務。因此，當會員從 BlueCard 服務區域以外的提供者接受護理時，會員通常必須向提供者付款並自行提交索賠以獲得這些服務的報銷。

2. 住院服務

在大多數情況下，如果會員聯絡 BCBS Global Core 服務中心尋求協助，醫院不會要求會員支付承保的住院服務費用，但費用分攤金額除外。在這種情況下，醫院將向 BCBS Global Core 服務中心提交會員索賠，以啟動索賠處理。但是，如果會員在服務時全額付款，則該會員必須提交索賠以獲得承保服務的報銷。**會員必須聯絡我們以獲得非緊急住院服務的預先認證。**

3. 門診服務

位於 BlueCard 服務區域之外的醫生、緊急護理中心和其他門診服務提供者通常會要求會員在服務時全額付款。會員必須提交索賠才能獲得承保服務的報銷。

4. 提交 BCBS Global Core 索賠

當會員在 BlueCard 服務區域之外支付承保服務費用時，他們必須提交索賠以獲得報銷。對於機構和專業索賠，會員應填寫 BCBS Global Core 索賠表，並將索賠表連同提供者的明細帳單一起發送至服務中心（地址見表）以啟動索賠處理。索賠表可從我們、服務中心或網站 www.bcbsglobalcore.com 取得。如果會員在提交索賠方面需要協助，應致電服務中心 1.800.810.BLUE (2583) 或撥打對方付費電話 1.804.673.1177，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。

第 V 節 誰在承保範圍內

A. 誰受本合約承保。

您（即獲發本合約的受保人），即為本合約的承保對象。您必須在我們的服務區內生活或居住，方可獲得本合約承保。您的家庭收入必須高於聯邦貧困線水平的 138% 至 250%。如果您已參加 Medicare 或 Medicaid，或可負擔的雇主贊助的健康保險，您將沒有資格購買本合約。此外，如果您的收入高於聯邦貧困線水平的 138%，但您未滿 19 歲或超過 64 歲，則您不符合購買本合約的資格。

您必須報告在全年內發生的可能影響您的參保資格的變更，包括您是否懷孕。如果您在本合約承保期間懷孕，您可以根據《New York 社會服務法》第 369-ii 條繼續參保。如果您繼續參加 Essential Plan，您將獲得整個懷孕期間的承保以及一年的產後承保。12 個月的產後承保期將從您懷孕的最後一天開始，到第 12 個月的最後一天結束。如果您的家庭收入低於聯邦貧困線的 223%，您可能也有資格獲得 Medicaid。如果您想要 Medicaid 承保而不是 Essential Plan，您應該聯絡 NYSOH。

B. 保險類型。

根據 Essential Plan 提供的唯一承保類型為個人承保，即只有您可獲承保。如果您家庭的其他成員也根據 Essential Plan 獲得承保，他們將會獲得單獨的合約。

C. 登記。

您可在年內任何時間內登記參加本合約。如果您是透過 NYSOH 申請承保的新申請人，您的承保將在您做出計劃選擇所在月份的第一天開始。例如，如果 NYSOH 在 2 月 18 日收到您的 Essential Plan 選擇，您在計劃下承保將在 2 月 1 日開始。您在 2 月 1 日至 2 月 18 日期間獲得的任何服務將由我們承保。如果您根據不同的項目或計劃透過 NYSOH 獲得承保並轉換至 Essential Plan，您的承保將在您做出計劃選擇次月的第 1 天開始。例如，如果您在 2 月 19 日選擇 Essential Plan，您的承保將在 3 月 1 日開始。

第 VI 節 預防性護理

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何轉診要求。

預防保健。

我們承保以下服務以促進身體健康和疾病的及早檢測。當預防性服務由網絡內醫療服務提供者根據健康資源與服務管理局（「HRSA」）支援的綜合指引提供時，或如果用品或服務獲得美國預防服務工作小組（「USPSTF」）的「A」或「B」評級，或如果免疫接種由免疫實踐顧問委員會（「ACIP」）推薦，則無需繳納分攤費用（共付額或共同保險）。但分攤費用可能適用於在接受預防性服務的就診期間所提供的服務。此外，如果預防性服務在診室就診期間提供且預防性服務不是此次就診的主要目的，則適用於診室就診的分攤費用金額將仍然適用。您可撥打您 ID 卡上的電話號碼聯絡我們或瀏覽我們的網站，索取 HRSA 支援的綜合指引的副本，瞭解 USPSTF 給予「A」或「B」評級的用品或服務以及 ACIP 推薦的免疫接種。

- A. 成人年度身體檢查。**我們承保 HRSA 支援的綜合指引中描述的成人年度體檢與預防保健和篩檢，以及 USPSTF 給予「A」或「B」評級的用品或服務。

USPSTF 給予「A」或「B」評級的用品或服務的示例包括但不限於成人血壓篩查、肺癌篩查、結腸直腸癌篩查、酒精濫用篩查、憂鬱症篩查和糖尿病篩查。承保預防性服務的完整清單可在我們的網站上找到或可應要求郵寄給您。

您有資格在每個日曆年獲得一次身體檢查，不論自上次身體檢查以來是否已過去 365 天。視力篩檢不包括屈光檢查。

如果根據 HRSA 支援的綜合指引提供此福利，且用品或服務獲 USPSTF 給予「A」或「B」評級，則此福利無需繳納共付額或共同保險。

- B. 成人免疫接種。**我們承保 ACIP 推薦的成人免疫接種。如果根據 ACIP 的推薦提供此福利，則無需繳納共付額或共同保險。

- C. 女性身體健康檢查。**我們承保婦科保健檢查，其中包括常規婦科檢查、乳腺檢查和年度宮頸癌篩檢（包括與評估宮頸癌篩檢有關的化驗和診斷服務）。我們還承保 HRSA 支援的綜合指引中描述的預防保健和篩檢，以及 USPSTF 給予「A」或「B」評級的用品或服務。承保預防性服務的完整清單可在我們的網站上找到或可應要求郵寄給您。如果根據 HRSA 支援的綜合指引提供此福利，且用品或服務獲 USPSTF 給予「A」或「B」評級，則此福利無需繳納共付額或共同保險，但保健和篩檢頻率可能比上述低。

D. 為檢測乳癌而進行的乳房 X 光檢查、篩查及診斷性成像。我們承保乳房 X 光檢查，此類檢查由乳腺斷層攝影（即 3D 乳房 X 光檢查）提供，用於乳腺癌篩查，如下所示：

- 年齡在 35 歲至 39 歲之間的會員，一 (1) 次基線乳腺照影篩檢；及
- 年齡在 40 歲及以上的會員，每年一 (1) 次乳腺照影篩檢。

任何年齡的會員，如果曾患有乳腺癌或一級親屬中有人曾患有乳腺癌，我們按會員的醫療服務提供者的建議承保乳腺照影。然而，在任何情況下，我們在每個計劃年度承保的預防性篩檢不會超過一年一 (1) 次。

乳腺癌篩檢的乳房 X 光檢查無需繳納共付額或共同保險。

我們同時承保為檢測乳腺癌而進行的額外篩查及診斷性造影，包括乳房 X 光檢查、乳房超聲及核磁共振 (MRI)。用於檢測乳腺癌的篩檢和診斷影像，包括診斷性乳房 X 光檢查、乳房超音波檢查和 MRI，無需繳納共付額或共同保險。

E. 計劃生育和生殖健康服務。我們承保計劃生育服務，包括由提供者開出的經 FDA 核准、批准或授權的的避孕方法（根據本合約的處方藥承保一節本應不予承保）、避孕用品使用及相關主題病患教育與諮詢；避孕方法後期服務，包括副作用管理、持續堅持和器材植入與拆除相關諮詢以及女性絕育程序。此類服務無需繳納共付額或共同保險。

我們亦承保輸精管結紮手術，但該項目具有共付額或共同保險。

我們不承保與恢復絕育有關的服務。

F. 骨骼礦物質密度測量或測試。我們承保骨骼礦物質密度測量或測試以及 FDA 批准的處方藥和設備或者經認可的仿製藥。處方藥承保須符合本合約「處方藥承保」一節的規定。骨骼礦物質密度測量或測試、藥物或裝置應包括根據聯邦 Medicare 計劃承保的項目以及根據美國國立衛生研究院的條件承保的項目。如您符合聯邦 Medicare 計劃或美國國立衛生研究院的條件，符合下列任一條件，則可以承保：

- 曾被診斷為骨質疏鬆或有骨質疏鬆家族史；
- 有症狀或病症顯示存在骨質疏鬆或重大的骨質疏鬆風險；
- 醫生開立的藥物治療方案產生重大的骨質疏鬆風險；
- 生活方式因素在一定程度上產生重大的骨質疏鬆風險；或
- 存在的年齡、性別和/或其他生理特點產生重大的骨質疏鬆風險。

我們亦承保在 HRSA 支援的全面指引中規定的骨質疏鬆症篩查，以及具有 USPSTF 的「A」或「B」評級的項目或服務。

如果根據 HRSA 支援的綜合指引提供此福利，且用品或服務獲 USPSTF 給予「A」或「B」評級（可能未包含上文所有服務，如藥物和裝置），則此福利無需繳納共付額或共同保險。

G. 前列腺癌篩檢。我們承保年度標準診斷檢查，包括但不限於為沒有相關症狀的 50 歲或以上的男性以及具有前列腺癌家族病史或其他前列腺癌風險因素的 40 歲或以上的男性提供的直腸指檢和前列腺特定抗原檢驗。我們還為任何年齡曾患有前列腺癌的男性承保標準診斷測試，包括但不限於直腸指檢和前列腺特異性抗原檢查。

此福利無需繳納共付額或共同保險。

H. 國家糖尿病預防計劃 (NDPP)。我們承保由 CDC 認可計劃為有患 2 型糖尿病風險的個人提供的糖尿病預防服務。福利包括 12 個月的 22 次集體訓練。如果您有醫生或其他執業醫師的推薦，且您至少 18 歲，目前沒有懷孕，體重指數 (BMI) 確定超重或肥胖，並且以前沒有被診斷為 1 型或 2 型糖尿病，並符合以下條件之一，則您可能資格獲得 NDPP 服務：

- 在過去的一年中，您的血液檢查結果在糖尿病前期範圍內，或者
- 您以前被診斷為妊娠糖尿病，或
- 您在 CDC/美國糖尿病協會(ADA) 的糖尿病前期風險測試中獲得 5 分或更高分數。

I. 結腸癌篩查。我們為 45 歲至 65 歲的會員承保結腸癌篩檢，包括根據 USPSTF 針對一般風險個體進行的所有結腸癌檢查和化驗檢測。此福利包括用於結腸癌篩檢的初始結腸鏡檢查或其他醫療檢測，以及由於非結腸鏡預防性篩檢檢測的陽性結果而進行的後續結腸鏡檢查。

第 VII 節 救護車和院前急診醫療服務

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。治療急診狀況的院前急診醫療服務和救護車服務不需要預先授權。

A. 急診救護車接送。

1. 入院前急診醫療服務。

我們承保全球範圍內為治療急診狀況而提供的院前急診醫療服務，條件是該服務由救護車服務提供。

「院前急診醫療服務」指及時評估並治療急診狀況和/或前往醫院的非空中載送。服務必須由根據《New York 公共衛生法》獲得認證的救護車服務提供。然而，我們將僅在一名謹慎的普通人以一般程度的醫療健康知識即可合理地推測出，如不提供此類載送可能導致以下後果的情況下，才承保由該救護車服務提供的醫院載送：

- 使突發該症狀者的健康於嚴重危險狀態（或就孕婦而言，使孕婦或胎兒的健康受到嚴重威脅），或當為行為上的狀況時，置該患者或他人的健康於嚴重危險狀態；
- 當事人的身體功能出現嚴重損害；
- 當事人的任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或
- 當事人出現嚴重的外形損傷。

根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的救護車服務必須使您免受損害，並且不得向您收取院前緊急醫療服務費用或要求您報銷，但收取任何適用的共付額或共同保險除外。在沒有議定費率的情況下，我們會為網絡外醫療服務提供者所提供的院前急診醫療服務向其支付常規和慣常收費，該等費用不應過多或不合常理。院前急診醫療服務的普通和常規收費標準為 FAIR Health 比率第 80 百分位或提供者的收費，以低者為準。

2. 急診救護車接送

除入院前急診服務外，我們還承保由持牌救護服務（地面、水上、救護車或空中救護）提供的全球範圍內運送至最近的可以進行急診服務的急診救護車服務。

這類承保包括當最初負責您的機構沒有能力治療您的急診狀況時，送往醫院的急診救護車接送服務。

如果沒有協商費率，我們將向根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者支付緊急救護車運輸的普通和常規收費，該費用不得過高或不合理。緊急救護車運輸的普通和常規收費是使用接送地點計算的第 80 個百分位數的 FAIR Health 費率或提供者的帳單費用中的較低者。

我們將向未根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者支付我們與非參與提供者協商的緊急救護車運輸費用或非參與提供者的緊急救護車運輸費用。但是，協商的金額不會超過非參與提供者的費用。

B. 非急診救護車載送。

當運送符合以下任何條件時，我們承保由持牌救護服務提供的在機構之間運送的非急診救護車運送服務。

- 從網絡外醫院送至網絡內醫院；
- 送至提供原醫院無法提供的更高等級醫療護理的醫院；
- 送至更具成本效益的急性護理機構；或
- 從急性護理機構送至亞急性護理機構。

如果沒有協商費率，我們將向根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者支付非緊急救護車運輸的普通和常規收費，該費用不得過高或不合理。非緊急救護車運輸的普通和常規收費是使用接送地點計算的第 80 個百分位數的 FAIR Health 費率或提供者的帳單費用中的較低者。

我們將向未根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者支付我們與非參與提供者協商的非緊急救護車運輸費用或非參與提供者的非緊急救護車運輸費用。但是，協商的金額不會超過非參與提供者的費用。

C. 空中救護服務。

- 1. 急診空中救護服務。**我們承保全球範圍內的急診救護車載送服務，即由持照救護車服務載送到可以執行緊急服務的最近醫院。這類承保包括當最初負責您的機構沒有能力治療您的急診狀況時，送往醫院的急診空中救護接送服務。
- 2. 非急診空中救護服務。**當運送符合以下任何條件時，我們承保由持牌救護服務提供的在機構之間運送的非急診空中救護運送服務。
 - 從網絡外醫院送至網絡內醫院；
 - 送至提供原醫院無法提供的更高等級醫療護理的醫院；
 - 送至更具成本效益的急性護理機構；或
 - 從急性護理機構送至亞急性護理機構。
- 3. 空中救護服務的付款。**我們將向參與提供者支付我們與參與提供者協商的空中救護服務金額。

我們將向非參與提供者支付我們與非參與提供者協商的空中救護服務金額。但是，協商的金額不會超過非參與提供者的費用。

如果向獨立爭議解決單位 (IDRE) 提交涉及支付空中救援服務費用的爭議，我們將支付 IDRE 裁定的空中救援服務金額（如有）。

您負責空中救護服務的任何費用分攤。非參與提供者只能向您收取費用分攤。如果您從非加盟提供者處收到的帳單超過您的費用分攤，您應與我們聯絡。

D. 承保限制/條款。

- 即使由醫生開立，我們也不承保出行或載送費用，除非涉及急診狀況或屬於我們批准的機構間轉移。
- 我們不承保非救護車載送，如簡易型救護車、貨車或出租車。
- 當您的醫療狀況由陸路救護車載送不合適時，且您的醫療狀況需要陸路救護車無法提供的及時快速的救護載送服務，如果符合以下條件之一 (1)，可為與急診狀況有關的救護飛機或與非緊急載送有關的救護飛機提供承保：
 - 陸路車輛無法到達接送點；或
 - 距離太遠或其他障礙（如交通擁堵）阻礙您及時轉移至擁有合適設施的最近醫院。

第 VIII 節 急診室服務和緊急護理

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 急診服務。

我們承保在醫院治療急診狀況的急診室服務。

我們定義「**緊急狀況**」是指：指醫療上或行為上的狀況，並表現為相當嚴重的急性症狀（包括劇烈疼痛），以至於具有一般醫學及健康知識的謹慎普通人都能合理地預見，如不立即就醫會導致：

- 使突發該症狀者的健康於嚴重危險狀態（或就孕婦而言，使孕婦或胎兒的健康受到嚴重威脅），或當為行為上的狀況時，置該患者或他人的健康於嚴重危險狀態；
- 當事人的身體功能出現嚴重損害；
- 當事人的任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或
- 當事人出現嚴重的外形損傷。

例如，急診狀況包括但不限於下列情況：

- 嚴重胸痛
- 嚴重或多處損傷
- 嚴重呼吸短促
- 精神狀態突然變化（例如，迷向）
- 嚴重出血
- 需要立即就醫的急性疼痛或狀況，例如，懷疑心髒病發作或闌尾炎
- 中毒
- 抽搐

不論提供者是否為網絡內醫療服務提供者，我們均將為治療您急診狀況的急診室服務提供承保。我們還將承保在全球治療您急診狀況的急診室服務。然而，我們將僅承保具有醫療必需性且為了在醫院治療或穩定您的急診狀況而提供的急診室服務和用品。

不論您在發生急診狀況時是否位於我們的服務區，請遵循下文所列的指示：

1. **醫院急診部就診。**如果您需要治療急診狀況，請立即前往最近的醫院急診部進行治療或撥打 911。急診部醫療護理不需要預先授權。**然而，僅承保在急診部治療急診狀況的急診室服務。**如果您不確定醫院急診部是否為接受治療的最適宜場所，在接受治療前，您可聯絡我們。我們的醫療管理協調員每週 7 天，每天 24 小時為您服務。您的協調員會指示您前往醫院或其他適當機構的急診部。

我們不承保醫院急診部提供的跟進護理或常規護理

2. **急診入院。**如果您住院，您或您的代表必須在您入院後 48 小時內盡快撥打您 ID 卡上所列電話號碼通知我們。

我們將按照網絡內成本分攤原則承保急診部醫療護理後在網絡外醫院提供的住院服務。如果您的醫療狀況允許您轉移至參與醫院，我們將通知您並配合您安排轉移。

3. **與所提供急診服務有關的付款。**我們將向網絡內提供者支付我們與網絡內提供者協商的急診服務金額。我們將向非參與提供者支付我們認為緊急服務合理的金額。但是，我們確定的合理金額不會超過非參與提供者的費用。

如果向獨立爭議解決單位（「IDRE」）提交涉及支付急診服務費用的爭議，我們將支付 IDRE 裁定的服務金額（如有）。

您負責任何費用分攤。您無需支付任何超出您的分攤費用的非參與提供者費用。非參與提供者只能向您收取費用分攤。如果您從非加盟提供者處收到的帳單超過您的費用分攤，您應與我們聯絡。

B. 緊急醫療。

緊急護理是為有理智之人因其嚴重程度會立即尋求醫治，但並未嚴重到必須去急診部就診的疾病、受傷或症狀提供的醫療護理。如果您在非正常營業時間（包括夜間、週末或節假日）需要護理，您可以選擇此項服務。您可致電醫療服務提供者診室或前往緊急護理中心瞭解相關說明。如果您遭遇急診狀況，請前往最近的醫院急診部接受即時護理或致電 911。

我們的服務區域內外都承保緊急護理。

1. **網絡內。**我們承保從網絡內醫生或網絡內緊急護理中心獲取緊急護理。
2. **網絡外。**我們承保來自非參與緊急護理中心或我們服務區域之外的醫生的緊急護理

如果接受緊急護理導致緊急入院，請遵循上述「急診入院」的說明。

第 IX 節 門診和專業服務

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 先進影像拍攝服務。

我們承保 PET 掃描、MRI、核醫學及 CAT 掃描。

B. 過敏測試和治療。

我們承保測試和評估，包括注射和抓刺及點刺測試，以確定是否存在過敏現象。我們還承保過敏治療，包括脫敏治療、常規過敏注射和血清。

C. 門診手術中心服務。

我們承保在門診手術中心進行的手術，包括手術當日由中心提供的服務和用品。

D. 化療和免疫療法。

我們承保在門診機構及健康護理專業人士的診室進行化學療法和免疫療法。化療和免疫療法可以透過注射或輸液執行。根據本合約「處方藥承保」一節的規定，口服抗癌藥物可獲承保。

E. 脊椎推拿服務。

我們承保由脊椎推拿醫生（「脊椎按摩師」）提供的脊椎推拿護理，此類服務是為了去除神經干擾（脊柱畸變、錯位或半脫位的結果或與之有關）和相關作用，透過手動或機械方式檢測或矯正人體的結構失衡、畸變或半脫位。這包括評估、操作及任何醫療器械。任何實驗室試驗將根據本合約保單的條款和條件承保。

F. 臨床試驗。

我們承保您參加獲批准的臨床試驗的常規患者費用，且如果您符合以下條件，該承保無需執行醫療使用審查：

- 有資格參加獲批准的臨床試驗，以治療癌症或其他危及生命的疾病或健康狀況；及
- 由認為您參加獲批准的臨床試驗較為合適的網絡內醫療服務提供者轉診。

所有其他臨床試驗，包括在您未患有癌症或其他危及生命的疾病或健康狀況的情況下，均需遵守本合約「醫療使用審查」和「外部上訴」一節的規定。

我們不承保：研究性藥物或裝置的費用；您接受有關治療所需的非保健服務的費用；管理有關研究的費用；或您在本合約項下不承保的臨床試驗所提供非研究性治療的費用。

「認可的臨床試驗」指符合以下條件的 I、II、III 或 IV 期臨床試驗：

- 由聯邦政府資助或批准的試驗；
- 依照聯邦食品藥物管理局審查的研究性藥物申請進行；或
- 豁免提出研究性新藥申請的藥物試驗。

G. 糖尿病服務

如果您被診斷出患有糖尿病，您將不負責以下承保服務的 [網絡內] 分攤費用。

- 主治醫生診室就診，以診斷、管理和治療糖尿病。但是，分攤費用可能適用於在糖尿病服務同一次就診期間提供的其他服務。此外，如果在診室就診期間提供糖尿病服務，而糖尿病服務不是就診的主要目的，則原本適用於診所就診的費用分攤金額仍然適用；
- 每年一次到診室進行散瞳視網膜檢查，包括由專科醫生進行的檢查；
- 每年一次到診室進行糖尿病足部檢查，包括由專科醫生進行的檢查；
- 用於糖尿病診斷和管理的化驗室程序和檢測。

H. 透析。

我們承保針對急性或慢性腎病的透析治療。

如符合以下所有條件，我們還承保網絡外醫療服務提供者提供的透析治療：

- 網絡外醫療服務提供者獲得執業許可並獲授權可提供此類治療。
- 網絡外醫療服務提供者不在我們的服務區。
- 為您治療的網絡內醫療服務提供者開處醫囑，指出需要由網絡外醫療服務提供者提供透析治療。
- 您至少在擬定治療日期前 30 天書面通知我們，並隨附上文所述的醫囑。如果您由於家庭或其他急診狀況突然接到通知需要外出，我們可縮短 30 天的提前通知期，但我們必須有合理機會審查您的外出和治療計劃。
- 我們有權預先授權透析治療和時間表。
- 我們將為每個計劃年度由非參與提供者進行的不超過 10 次透析治療提供福利。
- 如果滿足以上所有條件，有關網絡外醫療服務提供者服務的福利可獲承保，且該等服務須繳納適用於網絡內醫療服務提供者提供透析治療的任何適用分攤費用。但是，您還需負責支付當服務由參與提供者提供時我們本應支付的金額與該非參與提供者的收費之間的任何差額。

I. 復健服務。

我們承保的復健服務包括在機構門診部或醫療保健專業人員的診所接受的物理治療、語言治療及職能治療，每個計劃年度每種症狀最多 60 次就診。就診限制適用於所有治療項目。就該福利而言，「每種狀況」指導致需要治療的疾病或傷害。

J. 居家醫療保健。

我們承保經適當州機構認證或許可的居家護理機構在您家中提供的護理。該等護理必須依照您醫生的書面治療計劃提供，並且必須取代住院或入住專業護理機構。居家護理包括：

- a. 在註冊專業護士的監督下非全日或間斷性的看護服務；
- b. 非全日或間斷性的居家健康助理服務；
- c. 居家護理機構提供的物理、職能或語言治療；及
- d. 醫生開處的醫療用品、處方藥和藥物，以及居家護理機構或其代表提供的實驗室化驗服務，但前提是該等用品在住院服務或入住專業護理機構期間將獲承保。

居家護理僅限每個計劃年度 40 次就診。居家護理機構成員的每次看診視作一 (1) 次就診。居家健康助理每次最長四 (4) 小時的看診視作一 (1) 次就診。根據該福利獲得的任何復健服務或康復服務不會減少根據復健服務或康復服務福利可用的服務數量。

K. 不孕症治療。

我們承保不育症診斷與治療（手術與醫療）服務。「不育症」以無法使他人懷孕或女性無法懷孕為特色，根據定義，不育指在 12 個月正常、無保護措施性生活後或治療性供體人工授精或針對 35 歲或以上女性經過六 (6) 個月正常、無保護措施性生活或治療性供體人工授精後無法達到臨床受孕標準。以會員醫療病史或身體檢查為基礎儘早評估和治療效果更好。

承保範圍具體如下：

1. 基本不孕症服務。如果受保人是不孕症治療的適當候選人，我們將為受保人提供基本不孕症治療服務。我們將使用由美國婦產科學會、美國生殖醫學學會及 New York 州制定的指引確定資格，。

基本不孕症服務包括：

- 初步評估；
- 精子分析；
- 化驗評估；
- 排卵功能評估；
- 性交後測試；
- 子宮內膜活檢；
- 盆腔超音波檢查；
- 子宮輸卵管造影；
- 宮腔聲學造影；
- 睪丸活檢；
- 血液檢查；和
- 醫療上合適的排卵功能障礙治療。

如果經確定具有醫療必需性，也可承保額外的測試。

2. 綜合不孕症服務。如果基本不孕症服務未能提高生育能力，我們將承保綜合不孕症服務。

綜合不孕症服務包括：

- 排卵誘導及監測；
- 盆腔超音波檢查；
- 人工授精；
- 宮腔鏡檢查；
- 腹腔鏡檢查；和
- 剖腹手術。

3. 生育能力維持服務。在治療將直接或間接導致醫源性不孕的情況下，我們會為標準生育能力維持服務承保。標準生育能力維持服務包括收取、保留和存放卵子、精子或胚胎。「醫源性不孕」指外科手術、放射、化療或其他影響生殖器官或功能的醫療導致生育力受損。

4. 不承保項目和限制。我們不承保：

- 體外受精。
- 配子輸卵管內移植或合子輸卵管內移植；
- 與卵子或精子捐獻者有關的費用，包括捐獻者的醫療費用；
- 精子和卵子的凍存和儲存費用，但作為生育能力維持服務存放的除外
- 胚胎凍存和儲存；
- 排卵試紙；
- 輸卵管結紮後復通；
- 輸精管結紮後復通；
- 本合約不承保的代孕服務費用和與代孕有關的費用；
- 細胞複製；或
- 試驗或研究性質的醫療程序和手術，除非我們的不承保被外部上訴代理推翻。

所有服務必須由合格醫療服務提供者根據美國生殖醫學學會指定和採用的指引提供。我們在決定本福利保險時不會根據個人預期壽命、目前或預計殘疾、醫療依賴性程度、預計生活治療、其他健康病況或基於個人特色，如年齡、性別、性取向、婚姻狀態或性別認知而歧視任何人。

L. 輸液治療。

我們承保採用專門輸液系統直接注入藥物的輸液治療。藥物或營養物質直接注入靜脈中被視為輸液治療。口服或自我注射的藥物不被視為輸液治療。該等服務必須由醫生或其他授權專業保健人員指定，並在診所或由經許可或認證可提供輸液治療的機構中提供。為進行居家輸液治療的任何就診計入您的居家護理就診限制。

M. 妊娠中止。

我們承保流產服務。流產服務的承保範圍包括為流產開具的任何處方藥，包括仿製藥和品牌藥，即使這些處方藥尚未獲得 FDA 批准用於流產，前提是該處方藥是一種公認的用於流產的藥物：

- 世界衛生組織 (WHO) 基本藥物標準清單；
- WHO 流產護理指南；或
- 美國國家科學、工程和醫學院共識研究報告。

流產服務無需繳納分攤費用。

N. 實驗室程序、診斷測試和放射服務。

我們承保 X 光檢查、實驗室程序和診斷測試、服務和材料，包括診斷 X 光檢查、X 光治療、螢光透視法、心電圖、腦電圖、實驗室化驗及放射治療服務。

我們承保生物標記精密醫療檢測，包括單一分析物檢測和多重組合檢測，在由 FDA 進行 CLIA 認證或 CLIA 豁免的 [參與] 化驗室進行，當以下一項或多項認可此類檢測的有效性和適當性時，用於診斷、治療、適當管理或持續監測以對您的疾病或病症指導治療決策：

- FDA 核准或通過的檢測的標籤適應症或 FDA 核准的處方藥的指示檢測；
- Medicare 和 Medicaid 服務中心（「CMS」）全國承保範圍裁定或 Medicare 行政承包商當地承保範圍裁定；
- 國家認可的臨床實踐指南；或經同儕審查文獻和同儕審查之科學研究刊登在達到研究手稿的國家認可要求的醫學期刊，且大部分刊登的文章曾送交期刊編輯人員以外的醫學專家審查認可。

O. 產科及新生兒護理。

1. 我們承保由醫生或助產士、執業護士、醫院或分娩中心提供的產科護理服務。我們承保產前護理（包括一次基因檢測就診）、產後護理、分娩及妊娠綜合症。助產士服務如要獲得承保，助產士必須根據《New York 教育法》第 140 條獲許可，按照《New York 教育法》第 6951 條的規定執業並附屬於根據《New York 公共衛生法》第 28 條獲許可的機構或與該機構一同執業。我們不會支付助產士和醫生提供的重複常規服務。有關住院產科護理的詳情，請參閱本合約「住院服務」一節。

我們承保哺乳支援、諮詢和用品，包括每次懷孕在哺乳期間租用或購買一 (1) 個吸乳器的費用。

2. 我們承保由您的醫生或助產士、醫生助理或執業護士推薦或州法律另有規定的導樂服務。對於承保的導樂服務，導樂必須根據《New York 公共衛生法》第 25 條第 VI-a 章在 New York 州社區導樂名錄中註冊。

我們承保每次懷孕八 (8) 次產前或產後就診。我們承保每次懷孕期間分娩和出生期間的一 (1) 次現場導樂支援就診。

P. 診所就診。

我們承保診斷和治療受傷、疾病和病症的診室就診。診室就診包括上門看診。

Q. 醫院門診服務。

我們承保本合約「住院服務」一節所述的、可在門診機構接受治療時向您提供的醫院服務和用品。例如，承保服務包括但不限於吸入治療、肺病康復、輸液治療和心臟康復服務。除非您正在接受住院前測試，否則醫院不是門診實驗室程序和檢查的網絡內醫療服務提供者。

R. 住院前測試。

在以下情況下，我們承保安排在醫院進行手術之前，由您的醫生指定並在同一醫院門診機構中進行的住院前測試：

- 該等測試對於診斷並進行手術治療病症具有必需性且符合病症的診斷和治療；
- 在執行該等測試之前已預定醫院床位和手術室；
- 手術在測試後七 (7) 日內進行；及
- 患者親自到醫院進行測試。

S. 在診室使用的處方藥。

我們承保由您的提供者在提供者診室中為預防及治療目的而使用的處方藥（不包括自行注射的藥物）。此福利適用於您的醫療服務提供者開立處方藥並為您施用該藥。當處方藥根據該福利承保時，它們將不再根據本合約的處方藥承保一節承保。

T. 康復服務。

我們承保的康復服務包括在機構門診部或醫療保健專業人員的診所接受的物理治療、語言治療及職能治療，每個計劃年度每種症狀最多 60 次就診。就診限制適用於所有治療項目。就該福利而言，「每種狀況」指導致需要治療的疾病或傷害。

我們僅在以下情況下承保語言和物理治療：

- 該等治療涉及您的身體疾病或受傷的治療或診斷時；
- 治療由醫生開立；和
- 您已住院或已針對該等疾病或受傷進行了手術。

承保康復服務必須於出現以下情況之日起（以較晚者為準）六 (6) 個月內開始：

- 導致需要治療的受傷或生病之日；
- 您從提供手術治療的醫院出院之日；或
- 提供門診外科護理的日期。

在該等事件後，不論情況如何，治療絕不會超過 365 天。

U. 零售型健康診所

我們承保在零售診所「入室」為基礎提供給您的基本健康護理服務，這類服務通常在大藥房或零售店中提供。受承保的服務通常由醫師助理或護士執業者提供。零售健康診所提供的受承保的服務僅限於常規護理和常見疾病的治療。零售診所不能替代您的 PCP。您的 PCP 應該是您接受護理和定期就診的首選。

V. 第二醫療意見。

- 1. 癌症第二意見。**在診斷為癌症陽性或陰性、癌症復發或建議進行癌症療程的情況下，我們承保相關專科醫生的第二醫療意見，包括但不限於隸屬專科護理中心的專科醫生。當您的主治醫生提供轉至網絡外專科醫生的轉診書時，您可在網絡內獲得網絡外醫療服務提供者的第二意見。
- 2. 手術第二意見。**我們承保合格醫師針對是否需要手術提供的手術第二意見。
- 3. 其他情況下的第二種意見。**有時您可能不同意醫療服務提供者推薦的治療療程。這種情況下，您可要求我們指定其他醫療服務提供者提供第二意見。如果第一和第二意見診斷結果不同，我們將指定其他醫療服務提供者提供第三意見。在完成第二意見流程後，我們將批准大多數醫療服務提供者在審查您的個案後支持的承保服務。

W. 手術服務。

我們承保醫生的手術服務（包括為住院病人和門診病人進行的治療疾病或傷害的手術和切除手術、骨折和脫臼的封閉式復位術、內視鏡檢查、切開術或皮膚穿刺），包括外科醫生或專科醫生、助理（包括醫生助理或執業護士），以及麻醉師或麻醉學家的服務，連同術前和術後護理。該福利不適用於作為手術程序的一部分由外科醫生或外科醫生的助手進行的麻醉服務。

有時，兩個或更多的手術程序可在同一個手術中進行。

- 透過同一切口。若承保的多個手術程序透過同一切口執行，我們將支付具有最高允許金額的程序的費用以及我們根據本合約本應為第二程序支付的金額的 50%，除非根據國家認可的編碼規則，第二程序豁免於多個手術程序扣減。若第二程序是主程序的附帶程序，我們不會支付與主程序一同開票的第二程序的費用。
- 透過不同切口。若承保的多個手術程序透過在同一個手術中執行，但透過不同的切口執行，我們將支付：
 - 具有最高允許金額的程序的費用。
 - 50%的金額，否則我們將支付其他程序。若承保的多個手術程序透過在同一個手術中透過相同或不同的切口執行，我們將支付：
- 具有最高允許金額的程序的費用。
- 50%的金額，否則我們將支付其他程序。

X. 口腔外科手術。

我們承保以下有限的牙科和口腔手術：

- 顎骨或周圍組織的口腔手術，以及針對由於意外受傷而需要修復或替換自然完好牙齒的牙科服務。只有在無法修復時，我們才承保替換服務。必須在受傷後的 12 個月內接受牙科服務。
- 因先天性疾病或異常而需進行的顎骨或周圍組織的口腔手術和牙科服務。
- 為糾正導致嚴重功能損傷的非牙科生理狀況所需的牙科手術。
- 需要對顎骨、臉頰、嘴唇、舌頭、上顎和口底進行病理檢查的腫瘤和囊腫切除。與牙齒有關的囊腫不在承保範圍內。
- 顳頷關節病症和正頷外科的手術/非手術醫療程序。

Y. 乳房重建手術。

我們承保乳房切除術或部分乳房切除術後的乳房或胸壁重建手術。承保包括：您和您的主治醫師認為合適的已進行乳房切除術或部分乳房切除術的乳房或胸壁的重建的所有階段；對另一個乳房進行的執行產生對稱外觀的手術和重建；以及乳房切除術或部分乳房切除術的身體併發症，包括淋巴水腫。胸壁重建手術包括美國國家癌症研究所定義的美觀平面閉合手術。乳房或胸壁重建手術包括乳頭乳暈複合體的紋身，如果這種紋身是由醫療保健專業人員進行的。我們還承保乳房切除術或局部乳房切除術後的植入義乳。

Z. 其他重建或矯正手術。

我們僅在以下情況下承保除乳房重建手術以外的重建和矯形手術：

- 為矯正承保兒童已導致功能性障礙的先天性出生缺陷而進行的手術；
- 在相關部位出現創傷、感染或疾病致使需要接受附帶或後續手術治療的情況下進行的手術；或
- 其他醫療必需的情況。

AA. 遠程醫療計劃。

除了透過遠距醫療提供承保服務外，我們還承保您與參與我們的遠距醫療計劃的醫療服務提供者之間針對非緊急情況的醫療狀況進行的線上網際網路諮詢。並非所有的參與提供者都參加我們的遠程醫療計劃。您可以查看我們的供應商目錄或聯絡我們，查看參與我們遠程醫療計劃的供應商清單。

我們的遠距醫療計劃允許會員在舒適的家中或診室透過雙向視訊與醫生溝通，並且可以透過登入您的帳戶進行存取。適合此項服務的醫療狀況包括但不限於：感冒或流感症狀、週期性疼痛或一般健康問題。該服務的技術要求：存取 Online Care 需要高速網際網路連線、最新的網路瀏覽器和 Adobe Flash。

BB. 移植。

我們僅承保那些確定為非實驗性和非研究性的移植。承保的移植包括但不限於：腎臟、角膜、肝臟、心臟、胰腺和肺移植以及骨髓移植。

所有移植必須由您的專科醫生開處。此外，所有移植必須在我們明確批准並指定進行該等手術的醫院進行。

我們承保接受移植的認購者的醫院和醫療費用，包括捐獻者搜尋費。只有受贈者由我們承保，我們才承保當您是器官捐贈者時，您所要求的移植服務。如果捐贈者不是由我們承保的人士，且其醫療費用由其他保健計劃承保，則我們不承保其費用。

我們不承保：捐贈者或客人的交通費、住宿費、餐飲費或其他提供便利安排的費用；與器官移植手術有關的捐贈者費用；或收集和儲存新生兒臍帶血的常規費用。

第 X 節

附加福利、設備和裝置

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 糖尿病設備、用品和自我管理教育。

我們承保由根據《New York 教育法》第 8 款獲得合法開處權限的醫生或其他持照醫療保健專業人員推薦或開處的如下糖尿病設備、用品和自我管理教育：

1. 設備和用品。

我們承保由獲得合法開處權限的醫生或其他醫療服務提供者開處的、治療糖尿病的以下設備和相關用品：

- 丙酮試紙
- 丙酮試劑片
- 酒精或過氧化氫的品脫
- 酒精濕巾
- 所有胰島素製劑
- 自動採血套件
- 用於視障人士的注射器
- 糖尿病數據管理系統
- 一次性胰島素和注射器
- 用於視障人士的靠近設備
- 使用泵設備
- 用於提高血糖濃度的注射用胰高血糖素
- 葡萄糖丙酮試劑條
- 血糖測試器械包
- 血糖監測儀，帶或不帶用於視障人士的窺器功能、校核液以及家用血糖監測儀試紙
- 葡萄糖試劑帶
- 血糖試紙或試劑
- 注射輔助
- 自動（布氏）注射器
- 胰島素
- 胰島素藥筒交付
- 胰島素輸注設備
- 胰島素泵
- 採血針

- 葡萄糖片和葡萄糖膠等口服藥物
- 用於降低血糖水平的口服抗糖尿病藥物
- 盒裝無菌注射器和針頭（1 cc）
- 檢測葡萄糖和酮的驗尿產品
- New York 州衛生專員透過條例指定的用於治療糖尿病的其他用品。

只有從與我們簽訂協議、可按法律要求透過網絡內藥房為會員提供所有糖尿病設備或用品的指定糖尿病設備或用品製造商處獲取該等設備或用品，糖尿病設備和用品才獲承保。如果您需要的某種用品我們的指定糖尿病設備或用品製造商無法提供，您或您的醫療服務提供者必須致電您 ID 卡上的電話號碼，申請進行醫療例外處理。我們的醫療主管將作出所有醫療例外決定。在藥房購買時，糖尿病設備和用品限於 30 天份量的供給，最多 90 天份量的供給。

2. 自我管理教育。

糖尿病自我管理教育指用於指導糖尿病患者進行妥善自我管理和治療其糖尿病病症的教育，包括適當飲食的資訊。我們承保符合以下條件的自我管理及營養教育：初始確診糖尿病；醫生診斷出您的症狀或狀況發生重大變化，必須對您的自我管理教育作出變更；或者必須進行重溫課程。它必須根據以下條件提供：

- 由根據《New York 教育法》第 8 款獲得合法開處權限的醫生、其他醫療服務提供者或其工作人員在診室看診時提供；
- 由根據《New York 教育法》第 8 款獲得合法開處權限的醫生或其他醫療服務提供者向以下非醫生、醫學宣教員轉診：執業糖尿病護士宣教員；執業營養學家；執業營養師；以及在團體機構中的註冊營養師（如果可行）；及
- 在具醫療必需性時也可在家中提供教育。

3. 限制。

僅可按照醫生為您制定的治療計劃的數量提供用品。我們僅承保基本型號的血糖監測儀，除非您有與視力不好或失明有關的特殊需求。

糖尿病設備和用品的階段療法。階段療法計劃要求您先嘗試某種類型的糖尿病處方藥、用品或設備，另一種糖尿病處方藥、用品或設備具有醫療必需性的情況除外。需遵循階段療法的糖尿病處方藥、用品或設備包括：

- 糖尿病血糖儀和試紙；
- 糖尿病用品（包括但不限於注射器、採血針、針頭和注射筆）；
- 胰島素；
- 注射型抗糖尿病藥物；及
- 口服型抗糖尿病藥物。

這些用品也需要實現授權並將被審核是否具有醫療必要性。如果某個階段療法適用於您對糖尿病處方藥承保範圍的請求，您、您的指定人或您的處方醫療保健專業人員可依照本合約「利用審查」一節中所述申請階段療法撤銷裁決。在計劃年度內，我們不會在我們的處方集上的糖尿病處方藥中添加逐步治療要求，除非根據 FDA 安全考慮添加了這些要求。

B. 耐用醫療設備及支具。

我們承保租用或購買耐用醫療設備和支架的費用。

1. 耐用醫療設備。

耐用醫療設備指：

- 專門和可以反覆使用的設備；
- 主要且通常用於醫療用途的設備；
- 對不患病或受傷的人員通常不起作用的設備；及
- 適合在家裡使用。

僅承保標準設備。我們承保由於正常磨損而需要進行修理或更換的費用。我們不承保由於您誤用或濫用產生的修理或更換費用。我們將確定是否需租用或購買該等設備。我們不承保非處方耐用醫療設備。

我們不承保為了使您感到舒適或方便的設備（例如游泳池、熱水浴缸、空調、桑拿房、增濕器、除濕機、運動器材），因為這不符合耐用醫療設備的定義。

2. 支架。

我們承保在外部使用並用於臨時或永久性協助因損傷、疾病或缺陷而喪失或受損的所有或部份外部身體部位功能的支架（包括矯具支架）。僅承保標準設備。

我們承保當您的醫療狀況發展或變化時所需要更換設備的費用。我們不承保由於您誤用或濫用產生的修理或更換費用。

C. 助聽器。

1. 外部助聽器。

我們承保糾正聽障（感知聲音的能力減退，可從輕微耳聾至完全耳聾）所需的助聽器。助聽器是用於讓聲音更有效進入耳朵的電子擴音裝置。助聽器包括麥克風、放大器和接收器。

可為根據醫生的書面建議購買的助聽器提供承保的服務，包括助聽器以及與安裝及測試有關的費用。我們承保每三 (3) 年一次單 (1) 耳或雙耳（包括修理和/或更換）助聽器的費用。

2. 人工耳蝸。

我們承保在糾正聽力障礙上具有醫療必需性的骨錨式助聽器（例如人工耳蝸）。以下是具有醫療必需性的骨錨式助聽器的情形示例：

- 顱面畸形，即耳道異常或缺失導致無法使用佩帶式助聽器；或
- 聽力喪失相當嚴重，使用佩帶式助聽器不足以糾正。

我們將在您根據本合約參保的整個期間，承保每隻耳朵一 (1) 個助聽器的費用。我們僅承保植入性骨導助聽器發生故障所需的修理和/或更換費用。

D. 善終護理。

如果您的主治醫生證實您的生命還剩不超過六 (6) 個月，我們可提供善終護理。我們承保在醫院或善終機構的住院善終護理，以及由善終機構提供的居家護理和門診服務，包括藥物和醫療用品。我們可承保 210 天的善終護理。我們還承保五 (5) 次支援性護理和指導就診，幫助您和您的直系親屬應對與您身故（身故前或身故後）有關的情緒和社會問題。

我們僅承保根據《New York 公共衛生法》第 40 條獲認證的善終護理計劃提供的善終護理。如果在 New York 州以外地區提供護理，善終護理必須依據善終護理所在州規定的類似認證流程獲得認證。我們不承保：葬禮安排；教牧、財務或法律諮詢；家政、護理者或臨時護理。

E. 醫療用品。

我們承保治療本合約所承保疾病或損傷所需的醫療用品。我們還承保本合約所承保病症的維持用品（如造口術用品）。所有該等用品必須有合適的數量用於進行中的治療或維持計劃。我們不承保非處方醫療用品。有關糖尿病用品的承保說明，請參閱上文「糖尿病設備、用品和自我管理教育」一節。

F. 假體。

1. 外部假體裝置。

我們承保在外部使用並用於臨時或永久性更換因損傷或疾病而喪失或受損的所有或部份外部身體部位功能的假體裝置（包括假髮）。我們僅在您因受傷或疾病或疾病治療（化療）副作用引起嚴重脫發時才承保假髮。除非您對所有合成假髮材料過敏，否則我們不承保由人髮製成的假髮。除非因健康自然牙受到意外傷害所需或由於先天性疾病或異常所需，否則我們不承保義齒或其他與牙齒一同使用的裝置。

眼鏡及隱形眼鏡不會根據本節承保，而是根據本合約的視力護理一節承保。

我們不承保鞋墊。

我們承保乳房切除術後的外部義乳，該服務不受任何終身天數限制。

僅承保標準設備。

我們承保每個肢體終身一 (1) 個假體裝置。我們還承保維修和更換假體裝置及其零件的費用。我們不承保保固期內的修理或更換費用，或由於您誤用或濫用產生的修理或更換費用。

2. 內部假體裝置。

如果手術植入的假體裝置和特殊用具能改善或恢復因疾病或損傷而切除或受損的內部身體部位的功能，我們予以承保。這包括以您和您的主治醫生認為合適的方式進行乳房切除術或局部乳房切除術後的植入義乳。

承保亦包括因正常發展或正常磨損所致的維修和更換。

僅承保標準設備。

第 XI 節 住院服務

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 醫院服務。

如果醫療保健專業人員對嚴重到必須住院治療的疾病、損傷或不適提供或安排急性護理或治療，則我們承保該急性護理或治療所需的住院服務，包括：

- 半私人病房和食宿；
- 一般、特殊和重症看護服務；
- 餐飲和特殊飲食；
- 使用手術室、康復室和膀胱鏡檢查室及相關設備；
- 使用加護病房、特護病房或心臟病監護病房及相關設備；
- 診斷與治療用品，如藥品和用藥、血清、生物製品和疫苗、靜脈製劑和顯影染料與施用產品，但不包括非市售和不能在醫院獲得的用品；
- 敷料和石膏；
- 與氧氣、麻醉劑、物理治療、化療、心電圖、腦電圖、X 光檢查及放射療法、實驗室及病理檢查有關的用品及設備使用；
- 血液和血液製品，但您可參加志願血液置換計劃的情況除外；
- 放射治療、吸入治療、化療、肺病康復、輸液治療和心臟康復服務；
- 短期物理、語言和職能治療；及
- 當您是註冊住院病人並由醫院收取費用時所提供的任何其他醫療服務和用品。

本合約福利表一節的費用分攤要求適用於持續住院，即，作為住院病人在連續多日獲得的住院醫院服務或出院及重新入院在不超過 90 天的期間內因相同的相關原因發生的連續住院。

B. 觀察服務。

我們承保在醫院的觀察服務。觀察服務是為幫助醫生決定您入院或出院而提供的醫院門診服務。這些服務包括由護士或其他持牌員工使用病床及定期監測。

C. 住院醫療服務。

我們承保醫療保健專業人員在本合約所承保住院護理的任何一天的醫療看診。

D. 住院產科護理。

不論護理是否具醫療必需性，我們在自然產後至少 48 小時和剖腹產後至少 96 小時，為產婦承保住院產科護理並為嬰兒承保住院新生兒護理。所提供的護理應包括親子教育、哺乳或瓶喂的協助和培訓以及執行任何必要的產婦和新生兒臨床評估。一旦我們確定具有醫療必需性，我們還將承保任何額外天數的該等護理。如果產婦選擇出院並要求在 48 小時或 96 小時最短承保期結束前提供居家護理就診，我們將承保一次居家護理就

診。居家護理就診將在產婦出院後的 24 小時內或在產婦要求時（以較晚者為準）提供。我們對此居家護理就診的承保是除了本合約規定的居家護理就診以外的承保，無需繳納本合約「福利一覽表」一節適用於居家護理福利的任何分攤費用金額。

我們還承保住院期間的巴式殺菌供體母乳餵養費用（該母乳可能包含具有醫療必需性的強化劑）：只有當醫療保健專業人員已開處醫囑且嬰兒在醫學上或身體上無法吸食母乳、參與母乳餵養，或嬰兒母親在醫學上或身體上完全無法分泌母乳或存在母乳不足的情況，或儘管獲得泌乳支援但無法參與哺乳。該嬰兒必須有書面證明其出生體重不足一千五百克，或患有先天性或獲得性疾病，且該疾病會使嬰兒面臨壞死性腸炎的高風險。

E. 住院乳房切除術護理。

對於在您和您的主治醫生認為醫療上合適的期間內進行淋巴結清除術、乳房腫瘤切除術、為治療乳腺癌的乳房切除術或局部乳房切除術和出現乳房切除術所引發的任何身體併發症（包括淋巴水腫）的受保人，我們為其承保住院服務。

F. 自體採血儲存服務。

只有當自體血液儲存服務與為治療疾病或損傷進行的指定獲承保住院程序一同提供時，我們才予以承保。在這種情況下，如果儲存期間對於在需要時提供血液合適，我們承保在此合理期間的儲存費用。

G. 復健服務。

我們承保的住院復健服務包括每個計劃年度 60 天的物理治療、語言治療和職能治療。就診限制適用於所有治療項目。

H. 康復服務。

我們承保的住院康復服務包括每個計劃年度 60 天的物理治療、語言治療和職能治療。就診限制適用於所有治療項目。

我們僅在以下情況下承保語言和物理治療：

1. 該等治療與您的疾病或傷害的治療或診斷有關；
2. 治療由醫生開立；和
3. 您已住院或已針對該等疾病或受傷進行了手術。

承保康復服務必須於出現以下情況之日起（以較晚者為準）六 (6) 個月內開始：

1. 導致需要治療的受傷或生病之日；
2. 您從提供手術治療的醫院出院之日；或
3. 提供門診外科護理的日期。

I. 專業護理機構。

我們承保上文「醫院服務」中所述的在專業護理機構提供的服務，包括半私人病房的護理和治療。看護、康復期或居家護理不在承保範圍內（請參閱本合約「不承保項目和限制」一節）。入住專業護理機構必須出示您醫療服務提供者制定的治療計劃予以支援，並經我們批准。我們最多承保每個計劃年度 200 天的非看護服務。

J. 生命終期護理。

如果您被診斷出患有晚期癌症，生命還剩不到 60 天，我們將承保在持照第 28 條機構或專門照護絕症患者的急性護理機構提供的急性護理。您的主治醫生和機構的醫療主任必須同意，該機構將為您提供合適的護理。如果我們不同意您入住機構，我們有權向外部上訴代理提起加急外部上訴。我們將按照本合約的任何適用限制承保並報銷機構為您護理的費用，直至外部上訴代理作出對我們有利的裁決。

我們將為網絡外醫療服務提供者報銷臨終照護的費用，具體如下：

1. 我們將報銷我們與醫療服務提供者議定的金額。
2. 如果無議定金額，我們將按機構現行的 Medicare 急性護理費率報銷急性護理的費用。
3. 如有替代護理等級，我們將按相關 Medicare 急性護理費率的 75% 報銷費用。

K. 承保限制/條款。

1. 如果您正在機構接受住院護理，我們將不承保私人看護服務的額外費用、私人病房的費用（除非私人病房具醫療必需性）或您從機構帶回家的藥物和用品的費用。如果您佔用私人病房且私人病房不具醫療必需性，我們將按照機構的半私人病房最高收費予以承保。您需要支付該收費與私人病房費用之間的差額。
2. 我們不承保收音機、電話或電視費用，或美容或理髮服務費用。
3. 我們不承保自我們告訴您接受住院醫院護理不再屬具醫療必要性之日起產生的任何費用，除非我們的拒絕決定被外部上訴代理推翻。

第 XII 節 精神健康護理與物質濫用治療服務

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求，依照 2008 年聯邦《心理衛生平權與戒癮平等法案》，這些要求與適用於醫療和手術方面的福利相比，並沒有更多限制。

A. 精神健康護理服務。我們承保以下為治療精神健康疾病而提供的精神健康護理服務。就本福利而言，「精神健康疾病」指最新版的精神病診斷及統計手冊定義的任何精神健康障礙。

1. 住院服務。我們承保與診斷和治療精神健康疾病有關且與根據本合約提供的其他類似醫院、醫療及手術承保可比的住院精神健康護理服務。精神健康護理的住院服務承保範圍僅限於《New York 心理衛生法》第 1.03(10) 條定義的機構，例如：

- 在 New York 州心理衛生局管轄下的精神科中心或住院機構；
- 州或當地政府營運的精神科住院機構；
- 隸屬於根據 New York 州衛生署署長簽發的營運證書提供住院精神健康護理服務的醫院；
- 獲發 New York 州衛生署署長頒發的營運證書、提供住院精神健康護理的綜合精神科急診計劃或其他機構；

以及其他州的類似獲許可或認證機構。在沒有類似持牌或認證機構的情況下，該機構必須得到 健康照護組織資質認定聯合委員會或我們認可的國家認證組織的官方認可。

我們亦承保與在提供住院治療的機構診斷和治療精神健康疾病有關的住院精神健康護理服務，包括病房及食宿費用。對住院治療服務的承保僅限於屬根據 New York 精神衛生法第 1.03 節和 New York 精神衛生法第 30 條確定的飲食障礙綜合護理中心一部分的住院治療機構；以及在其他州經許可或認證可提供同等水準治療的機構。在沒有類似持牌或認證機構的情況下，該機構必須得到 健康照護組織資質認定聯合委員會或我們認可的國家認證組織的官方認可。

2. 門診服務。我們承保與診斷和治療精神健康疾病有關的門診精神健康護理服務，包括但不限於部分住院計劃服務及密集門診計劃服務。在一個計計劃年度內，我們承保最多總計 20 次家庭諮詢就診。家庭諮詢包括有參保人在場的家庭諮詢就診和沒有參保人在場的家庭諮詢就診。對門診精神健康護理服務的承保包括已根據《New York 精神衛生法》第 31 條獲簽發營運證書或由 New York 州心理衛生局營運的機構，根據《New York 精神衛生法》第 36.01 條許可的危機穩定中心，以及在其他州類似的持牌或經認證機構；以及由持牌精神病醫生或心理學家、持牌臨床社會工作者、持牌執業護理師、持牌精神健康顧問、持牌婚姻和家庭治療師、持牌心理分析學家或專業公司或大學教職員的職業公司提供的服務。在沒有類似持牌或認證機構的情況下，該機構必須得到 健康照護組織資質認定聯合委員會或我們認可的國家認證組織的官方認可。門診服務還包括治療心理健康狀況的營養諮詢。

3. 泛自閉症障礙。若以下服務由持牌醫生或持牌心理學家開方或訂購且經我們確定為在篩查、診斷或治療自閉癥譜系障礙方面具有醫療必要性，我們將承保相關服務。就本福利而言，「自閉癥譜系障礙」指在提供相關服務時最新版的精神病診斷及統計手冊定義的任何廣泛性發育障礙。

1. 篩檢和診斷。我們承保為確定某人是否患有泛自閉症障礙而進行的評價、評估和測試。

2. 輔助通訊裝置。我們承保語言病理醫生為確定是否需要輔助通訊裝置所進行的正式評估。如果您無法以正常方式溝通（即語言或書寫），且評估指出輔助通訊裝置可能會幫您改善溝通能力，則我們可根據正式的評估，承保租用或購買由持照醫生或持照心理學家安排或開處的輔助通訊裝置的費用。輔助通訊裝置的示例包括通訊板和語音溝通裝置。承保僅限於專用設備。我們將僅承保一般對沒有溝通障礙的人士無用的裝置。我們不承保的用品包括但不限於，例如筆記型電腦、桌上型電腦或平板電腦。我們承保能使筆記型電腦、桌上型電腦或平板電腦作為語音溝通裝置運行的軟體和/或應用程式。安裝程式及/或技術支援費用並不單獨償付。我們將確定是否應購買或租賃相關設備。

我們承保當正常磨損或您身體狀況發生重大變化時需要對該等裝置進行的修理、更換、驗配和調整。若由於濫用、粗暴使用或失竊導致設備損失或損壞，我們不承保相關維修或更換費用，但是，若相關損失或損害是由於行為問題所致，我們對每種類型的設備承保一 (1) 次必要的維修或更換。我們將為最適合您目前功能水平的裝置提供承保。我們不承保運送或服務費用或常規保養。

3. 行為健康治療。我們承保對於最大程度地發展、維持或恢復個人身體機能所需的諮詢和治療計劃。僅當該等計劃是由持牌提供者提供時，我們才提供該等承保。我們承保由持照或執業應用行為分析醫療保健專業人員提供的應用行為分析。「應用行為分析」指使用行為刺激及後果設計、實施及評估環境改造，以實現個人行為的重大改進，包括對環境與行為之間的關係使用直接觀察、衡量及功能分析。

4. 精神和心理護理。我們承保具有《New York 保險法》規定的經驗並在執業州獲許可的精神科醫生、心理學家或持照臨床社工提供的直接或諮詢性服務。

5. 治療護理。我們承保可行的情況下最大限度地發展、維護或恢復個人功能所必需的治療服務，前提是該等服務由持牌或經認證的治療自閉症譜系障礙的語言治療師、職能治療師、物理治療師及社工提供，且該等提供者提供的服務根據本合約另行獲得承保。除法律另行禁止外，依據本段規定提供的服務應計入適用於本合約下該等治療師或社工服務的任何最高就診次數內。

6. **藥房護理**。我們承保由根據《New York 教育法》第 8 款獲得合法開處權限的醫療服務提供者開處的治療泛自閉症障礙的處方藥。該等處方藥的承保須符合適用於本合約處方藥福利的所有條款、條文和限制。
7. **限制**。如果上述任何服務或治療根據《New York 教育法》規定的個人化教育計劃提供，我們不予承保。根據《New York 公共衛生法》第 2545 節下的個性化家庭服務計劃、《New York 教育法》第 89 條下的個性化教育計劃或 New York 州發展性殘疾人辦公室法規下的個性化服務計劃提供的服務不影響根據本合約對在教育環境外提供的補充服務的承保（若該等服務由持牌醫生或持牌心理學家開方）。

您需負責支付根據本合約支付類似服務的任何適用的共付額、自付額或共同保險。例如，適用於物理治療的任何共付額、自付額或共同保險一般亦適用於根據本福利承保的物理治療服務；處方藥的任何共付額、自付額或共同保險一般亦使用不根據本福利承保的處方藥。關於適用於應用行為分析服務及輔助交流設備的費用分攤要求，請參閱本合約福利表一節。

- B. 藥物濫用服務**。我們承保以下為物質濫用障礙而提供的物質濫用服務。就本福利而言，「物質濫用障礙」指最新版的精神病診斷及統計手冊定義的任何物質濫用障礙。

1. **住院服務**。我們承保與診斷和治療物質使用障礙有關的門診物質濫用服務。包括美沙酮治療及物質濫用障礙康復服務。住院物質濫用服務僅限由經成癮服務和支援辦公室 (OASAS) 許可、認證或授權的 New York 州機構以及在其他州經類似州機構許可、認證或授權以及經聯合委員會認證為酗酒、物質濫用或化學品依賴治療計劃的機構提供。

我們亦承保與在提供住院治療的機構診斷和治療物質使用障礙有關的住院物質濫用服務，包括病房及食宿費用。住院治療服務保險僅限由經 OASAS 許可、認證或授權的機構以及在其他州經類似州機構許可、認證或授權以及經聯合委員會認證為提供同等水準治療的酗酒、物質濫用或化學品依賴治療計劃的機構提供。

2. **門診服務**。我們承保與藥物使用失調的診斷和治療有關的門診藥物使用治療服務，包括但不限於部分住院項目服務，強化門診計劃服務，阿片類藥物治療項計劃包括同伴支援服務，諮詢和藥物輔助治療。該承保僅限由經 OASAS 許可、認證或授權提供門診藥物使用失調治療服務的 New York 州機構，以及根據《New York 精神衛生法》第 36.01 節許可的危機穩定中心，以及在其他州經類似州機構許可、認證或授權以及經聯合委員會認證為酗酒、藥物濫用或化學品依賴治療計劃的機構提供。OASAS 認證機構的承保範圍包括由 OASAS 認證提供者提供的與藥物濫用障礙的診斷和治療相關的服務。承保還適用於專業人員診所中與診斷和治療酗酒、物質濫用和依賴性相關的門診物質濫用失調服務，或根據 2000 年聯邦《藥物成癮治療法案》獲豁免的醫生在治療急性戒癮階段或康復階段為治療鴉片成癮開處的表 III、IV 和 V 麻醉藥物。

第 XIII 節 處方藥保險

請參閱本合約「福利一覽表」一節，瞭解分攤費用要求、天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 承保的處方藥。

除另有明確規定外，我們承保具醫療必需性且僅可按處方單配發並符合以下條件的處方藥：

- 按法律規定需標注說明「注意 - 聯邦法律禁止無處方配藥」；
- 經 FDA 批准；
- 由獲得開處權限的醫療服務提供者開立，且在醫療服務提供者的執業範圍內；
- 根據認可的 FDA 給藥及劑量指引開方；
- 在我們的處方集中；以及
- 由持牌藥房配藥。

獲承保處方藥包括但不限於：

- 由您的醫生或其他合法授權開處方的醫療服務提供者開出的用於治療糖尿病的處方藥，這些藥物已列入我們的處方集。
- 自行注射/施用的處方藥。
- 吸入器（和分隔器）。
- 局部牙科製劑。
- 孕期維生素、含有氟化物的維生素和單一成分維生素。
- 用於治療骨質疏鬆經 FDA 批准的骨質疏鬆藥物，或獲批准可作為替代品的等效副牌藥，需符合聯邦 Medicare 計劃或國立衛生研究院的標準。
- 苯丙酮尿、支鏈酮尿、半乳糖血及高胱氨酸。
- 家用處方或非處方小腸配方，不論是口服或透過管道餵飼，對該等藥物醫生或其他持牌提供者已簽發書面指示。該書面指示必須標明該小腸配方屬醫療必需，經證明是對具體疾病有效的治療方案。具體疾病和障礙包括但不限於：氨基酸、有機酸代謝的遺傳疾病，克隆氏病，胃食管反流，胃食管蠕動（例如慢性腸假性梗阻），以及多種嚴重的食物過敏。多種食物過敏包括但不限於：免疫球蛋白 E 和非免疫球蛋白 E 介導的多種食物蛋白過敏；嚴重食物蛋白導致的腸道炎症候群；嗜酸性障礙和影響營養吸收的疾病導致的營養吸收受損，影響營養吸收是由影響胃腸道吸收表層、功能、長度和蠕動的障礙所導致的。
- 蛋白質含量低、含有改性蛋白或氨基酸基改良固體食物可用於治療某些遺傳性氨基酸和有機酸代謝疾病以及嚴重的蛋白質過敏性疾病
- 配合在本合約門診和專業服務一節所載的不育症治療福利和生育力保留服務下承保的治療或服務而開出的處方藥。

- 標籤外抗癌藥，但該處方藥須獲認可，可治療特定類型的癌症，且已在以下 (1) 個參考概率中開方：American Hospital Formulary Service-Drug Information、National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium、Thomson Micromedex DrugDex、Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology、或聯邦衛生與公眾服務部部長或Medicare與Medicaid服務中心認可的其他權威性概略或同行評議專業期刊發佈的評議文章或編輯評論推薦的概略。
- 用於殺死或減緩癌細胞繁殖的口服抗癌藥。
- 戒煙藥物，包括有醫囑的非處方藥和醫療服務提供者開處的處方藥。
- 預防處方藥，包括有醫囑的非處方藥根據受健康資源與服務管理局（「HRSA」）支援的全面指引提供時，或若其具有美國預防服務工作小組（「USPSTF」）設定的「A」或「B」評級。
- 用於預防 HIV 感染的暴露前預防 (PrEP) 和暴露後預防 (PEP) 的處方藥。
- 用於治療心理健康和藥物濫用障礙的處方藥，包括用於戒毒和維持治療的藥物、所有丁丙諾啡產品、美沙酮和長效注射納曲酮，以及阿片類藥物過量逆轉藥物，包括非處方藥。
- 維持和過量逆轉。
- 避孕藥物、裝置及其他產品，包括非處方避孕藥、裝置及其他產品，經 FDA 核准、批准或授權，並根據州或聯邦法律規定或以其他方式授權。「非處方避孕產品」指按照 HRSA 提供支援的綜合指南所規定的產品。保險也包括根據處方或醫生說明提供或根據法律合法提供的非處方緊急避孕。您可以要求承保由您的主治醫療保健專業人員確定的避孕藥物、裝置和其他產品的替代版本。您可以透過讓您的主治醫療保健專業人員填寫避孕例外表並將其發送給我們來請求例外。請造訪我們的網站或撥打您 ID 卡上的電話號碼以取得表格副本或瞭解有關此例外流程的更多資訊。

您可以索取一份我們的處方藥一覽表。我們的處方藥一覽表也可在我們的網站上找到。您可以按照您 ID 卡上的電話號碼聯絡我們，諮詢某種特定的藥物是否受本合約承保。

B. 續配。

僅當處方藥是從獲授權提供者指示的零售或郵購或專科藥房購買時，我們才會承保處方藥的配藥。如果已超出原處方單日期一 (1) 年，則不再提供重配藥物福利。就處方眼藥水而言，我們允許在批准的劑量期最後一天前重配一定量的處方藥，且不考慮提前重配補充藥物的任何承保限制。如果可行，提前重配的眼藥水數量將僅限於最初配發劑量所剩餘的數量。限量重配的分攤費用是適用於本合約「福利一覽表」一節所載各處方藥或重配藥物的金額。

國家災難緊急情況期間的緊急續配。如果宣布州發生災難緊急情況，您、您的指定人員或代表您的醫療保健提供者可以立即獲得您目前正在服用的處方藥的 30 天續配。您將支付適用於 30 天續配的分攤費用。New York 衛生專員確定的某些處方藥不符合此緊急續配的資格，包括附表 II 和 III 管制藥物。

C. 福利和付款資訊。

- 1. 分攤費用。**如果從零售或郵購或專科藥房獲取承保處方藥，您應承付本合約福利表一節所列的費用。

您的處方藥為三 (3) 種等級，即您為第 1 級處方藥支付的自付費用一般為最低，為第 3 級處方藥支付的最高。您第 2 級處方藥的自付費用一般高於第 1 級，低於第 3 級。

您應承付任何不承保處方藥的全部費用（藥房向您收取的金額），我們的簽約費率（我們的處方藥費用）不適用於您。

優惠券和其他經濟援助。我們將應用任何第三方付款、經濟援助、折扣或其他優惠券來幫助您支付自付費用限額的費用分攤。

- 2. 網絡內藥房。**對於在零售或郵購或參與藥房購買的處方藥，您應承付以下金額較低者：

- 適用的成本分攤；或
- 該處方藥的處方藥成本。

（您的分攤費用不會超出處方藥的普通和常規收費。）

- 3. 網絡外藥房。**除上述情況之外，我們將不會為您在網絡外零售或郵購藥房購買的任何處方藥付費。
- 4. 專科藥房。**如果您需要某些處方藥（包括但不限於特殊處方藥），我們可能會要求您到與我們簽約提供這些處方藥的指定藥房購買。

然而，如果專科藥房不是零售藥房，您也可以從零售藥房獲取這些處方藥，前提是該零售藥房是參與藥房並且同意與專科藥房相同的報銷金額。

一般而言，特殊處方藥指具有以下特徵的處方藥：經批准用於治療有限的患者群體或病症；通常為注射型、輸注型藥物或需要醫療服務提供者進行密切監控；或供應量有限、具有特殊配藥和供藥要求和/或需要提供額外的患者支援。

如果我們要求您到專科藥房購買您的處方藥，而您未在專科藥房購買，則該處方藥將不獲承保。然而，如果專科藥房不是零售藥房，您可以在同意與非零售指定藥房相同報銷金額的零售參與藥房獲取您的處方藥。

以下為已納入本計劃治療類別的處方藥：

- 年齡相關性黃斑水腫；
- 貧血，中性粒細胞減少症，血小板減少症；
- 心血管疾病；

- 克羅恩病；
- 囊腫纖維化症；
- 巨細胞病毒；
- 內分泌疾病/神經系統疾病，如嬰兒痙攣症；
- 酶缺乏症/脂質體貯積症；
- 高歇氏病；
- 生長荷爾蒙；
- 白血病；
- 乙型肝炎、丙型肝炎；
- 遺傳性血管性水腫；
- HIV/AIDS；
- 免疫缺陷；
- 免疫調節劑；
- 不孕症治療；
- 鐵超載；
- 鐵毒性；
- 多發性硬化；
- 腫瘤；
- 骨關節炎；
- 骨質疏鬆症；
- 帕金森氏症；
- 肺動脈高壓藥；
- 呼吸道疾病；
- 風濕病及相關疾病（類風濕性關節炎、銀屑病關節炎、強直性脊柱炎、幼年型類風濕性關節炎、銀屑病）
- 移植；
- 呼吸道合胞病毒 (RSV) 預防。

5. 維持藥物的指定零售藥房。您也可以在指定零售藥房配取最多 90 天供應量的維持藥物處方單，但可供 12 個月供應量的避孕藥物、裝置或產品除外。您需負責支付以下金額（以較低者為準）：

- 適用的成本分攤；或
 - 該處方藥的處方藥成本。
- （您的分攤費用不會超出處方藥的普通和常規收費。）

為最大限度地保證您的福利，請讓您的醫生開出帶有適當配藥次數的90天供應量的處方或配藥指示（而非配藥三次 (3) 的 30 天供應量）。

以下為已納入本計劃治療類別的處方藥或疾病：

- 鎮痛藥 - 抗炎；
- 哮喘；
- 血壓；
- 心血管治療藥物；
- 中樞神經系統藥劑；
- 認知障礙治療；
- 避孕用品；
- 皮膚科藥劑；
- 糖尿病；
- 內分泌治療；
- 胃腸藥劑；
- 泌尿生殖器治療；
- 血液系統藥物；
- 高膽固醇；
- 免疫抑制劑；
- 眼科和耳科藥物；
- 呼吸療法藥物；
- 陰道產品

您或您的服務提供者瀏覽我們的網站或致電您的 ID 卡上的號碼，透過一家指定零售藥房獲得處方藥清單的副本。維持藥物清單會定期更新。請瀏覽我們的網站或致電您的 ID 卡上的號碼以查明某種特定的處方藥是否在維持型藥物清單上。

6. 郵購：某些處方藥可透過我們的郵購藥房訂購。您需負責支付以下金額（以較低者為準）：

- 適用的成本分攤；或
 - 該處方藥的處方藥成本。
- （您的分攤費用不會超出處方藥的普通和常規收費。）

為最大限度地保證您的福利，請讓您的醫生開出帶有適當配藥次數的 90 天供應量的處方或配藥指示（而非配藥三次的 30 天供應量）。您可能需為寄送給郵購供應商的任何處方單或續配處方單支付郵購分攤費用，不論該處方單或續配處方單上開立的是多少天份量的供藥。

郵購的處方藥將直接配送至您家或您的辦公室。

若零售藥房與我們的供應商之間有參與協議，並同意與參與郵購藥房相同的條款和條件約束，我們會將適用於由郵購藥房銷售的藥物的福利提供予在零售藥房購買的藥物。

您或您的醫療服務提供者可瀏覽我們的網站，或撥打 ID 卡上的號碼，獲取可透過郵購服務購買的處方藥清單副本。

7. **層級狀態。**處方藥層級狀態可能定期改變，但每歷年不會超過四 (4) 次或基於我們所做的分級決定，在原廠藥物按照下文規定作為仿製藥供應的情況下，也可能改變層級。發生這些變動可能不會事先通知您。但是，如果您的處方中的某種藥物轉移至較高層級或從我們的處方藥清單中移除，我們會至少在變更生效前 30 日通知您。當出現該等變化時，您的成本分攤可能會發生變化。您也可以根據下文及本合約「外部上訴」章節規定針對已從處方藥清單移除的處方藥一覽表請求處方例外。您可瀏覽我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼，瞭解最新等級狀態。
8. **當原廠藥物可作為仿製藥供應時。**當原廠藥有同等副牌藥供應時，該品牌處方藥的等級定位可能會發生變更。如果出現這種情況，您將支付適用於該處方藥所分配的層級的費用分攤，或者從處方藥一覽表中刪除該原廠藥物，您不再享有該特定原廠藥物物的福利。請注意，如果您正在服用的原廠藥物由於仿製藥推出而被排除或調整至更高層級，您會在變更生效前 30 日收到相關書面通知。您可以根據下文及本合約「外部上訴」章節規定針對已從處方藥清單移除的處方藥一覽表請求處方例外。
9. **例外處理流程。**如果處方藥未列於我們的處方藥一覽表內，您、您的指定人或您的處方醫療保健專業人員可透過書面、電子或電話形式就臨床適用的處方藥申請處方藥一覽表例外處理。該申請應包含您的處方醫療保健專業人員提供的聲明，證明處方藥一覽表中的所有藥物將會或已經無效、效果不及非處方藥一覽表中的藥物或具有不良反應。如果在我們的標準或加急處方藥一覽表例外處理程序中，承保遭到拒絕，您有權按照本合約中「外部上訴」一節中所載的程序提出外部上訴。請瀏覽我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼，瞭解有關此程序的詳細資訊。

處方藥一覽表例外處理的標準審核。在我們收到您的請求後，我們將在不超過 72 個小時內作出決定並通知您或您指定的人士或為您開方的健康護理專業人士。我們將在收到您請求後的三 (3) 個工作日內書面通知您。如果我們批准有關申請，我們將在您使用該處方藥期間承保該處方藥（包括任何續配藥物）。

處方藥一覽表例外處理的加急審核。如果您所患疾病可能會嚴重危及您的健康、生命或最佳康復的能力或您目前正在接受非處方藥一覽表的處方藥治療，您可申請處方藥一覽表例外處理加急審核。該申請應包含您的處方醫療保健專業人員提供的聲明，證明如果未在我們的標準處方藥一覽表例外處理程序規定期限內提供所申請的藥物，可能會對您造成傷害。在我們收到您的請求後，我們將在不超過 24 個小時內作出決定並通知您或您指定的人士或為您開方的健康護理專業人士。我們將在收到您請求後的三 (3) 個工作日內書面通知您。如果我們批准有關申請，我們將在您患有可能會嚴重危及您的健康、生命或最佳康復能力的疾病期間或在您目前接受的非處方藥一覽表處方藥治療期間承保該處方藥。

- 10. 供應限制。** [除避孕藥物、裝置或產品外，]對於在零售藥房購買的處方藥，我們將為不超過 30 天的供應量付款。對於不超過 30 天份量的供藥，您需支付一 (1) 份分攤費用。

您可能同時收到處方避孕藥物、裝置或產品的所有配藥（最多 12 個月）。避孕藥物、裝置或產品不需繳費。

我們將針對郵購藥房配發的處方藥（數量不超過 90 天份量的供藥）提供福利。對於 30 天份量的供藥，您需支付一 (1) 份分攤費用；對於 90 天份量的供藥，需支付兩份半（2.5 份）分攤費用。

某些處方藥可能需受根據我們制定的標準確立的數量限制的規限，並可能由我們定期進行審查及變更。該限制可能限制每張處方或配藥指示可購買的數量及/或每月供應可分配的數量。您可以透過造訪我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼來確定處方藥是否已分配最大配藥數量水準。如果我們拒絕要求承保超出我們的數量水平的數量的請求，您有權根據本合約使用審查及外部上訴等章節提出上訴。

- 11. 處方鴉片類藥物的初始限量供應** 如果您獲得醫生開立的任何第二級、第三級或第四級管制鴉片類藥物的七 (7) 天或以下份量的初始限量供藥處方，用於治療劇烈疼痛，且您有共付額，則您的共付額將按比例計算。如果您在獲得七 (7) 天份量的供藥後 30 天期間內獲取該處方藥的額外供藥，您就剩餘的 30 天份量供藥支付的共付額也將按比例計算。無論如何，按比例計算的共付額總額不會超過您的 30 天份量供藥共付額。

- 12. 口服抗癌藥物的分攤費用。** 您就口服抗癌藥物支付的分攤費用至少與適用於本合約中門診和專業服務一節下承保的靜脈輸注型或注射型抗癌藥物的分攤費用金額（如有）享有同等優惠。

- 13. 半片計劃。** 某些處方藥可能被指定為有資格參加我們的自願半片計劃。

該計劃使您有

機會透過適用更高效率藥物及將其一分為二的方式，將您的處方藥現付費用減少 50%。如果您正服用合資格的處方藥並願意參與該計劃，請致電您的醫生，以確定半片計劃是否適合您的狀況。如果您的醫生同意，他或她必須為您的藥物開具新處方，以便您參與。

您可登入我們的網站，或致電（您 ID 卡上的號碼）瞭解處方藥是否有資格納入自願參與式半片計劃。

- 14. 分裝配藥計劃。** 分裝配藥計劃旨在防止在您的處方藥或劑量發生變化時浪費處方藥。該計劃中包含的處方藥已被確定為需要更頻繁的隨訪以監測對治療和反應的反應。對於在專科、零售、郵購藥房配取的某些藥物，您最初將獲得最多 15 天的供應量（或平均不孕治療週期所需的適量藥物），而不是全部處方藥。您最初根

據配取的藥物支付較少的費用分擔額，第二次配取將有完整的30天成本分擔。該計劃中包含的處方藥治療類別是：抗病毒藥/抗感染藥、不孕症、鐵中毒、精神/神經系統疾病、多發性硬化症和腫瘤疾病。該計劃適用於您開始使用新處方藥後的前 60 天。當您或您的服務提供者提出要求時，此計劃將不適用。您或您的提供者可以透過造訪我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼來選擇退出。

D. 醫療管理。

本合約介紹了裁定何時應承保處方藥的幾項依據，具體載列如下。作為該等功能的一部分，在我們能夠確定處方藥是否屬醫療必需前，您的開方提供者可能需提供更多資訊。

- 1. 事先核准。**某些處方藥可能需要預先授權，以確保適當使用及遵守處方藥承保指引。若適當，您的醫療服務提供者需負責就處方藥取得預先授權。如果您選擇在未獲得預先授權的情況下購買處方藥，您必須支付該處方藥的全額費用，並向我們提交償付申索。用於治療或預防 HIV 或 AIDS 的承保抗逆轉錄病毒處方藥以及治療藥物濫用障礙的藥物（包括向您開具或配發的阿片類藥物過量逆轉藥物）不需要預先授權。

如需獲取需要預先授權的處方藥清單，請瀏覽我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼。該清單將不時審核並更新。我們還保留對市面上的任何新處方藥或開方協議及/或指示正發生變化的任何現時可用的處方藥要求作出事先核准的權利，不論其治療分類如何，包括不論清單上的處方藥或相關項目是否在您的合約下承保。您的醫療服務提供者可諮詢我們，瞭解哪些處方藥獲承保。

- 2. 階段療法。**漸進式治療是指以下流程：您需要使用一 (1) 或多種處方藥，然後我們才會將另一種藥物視為具醫療必要性及予以承保。「階段療法方案」是指我們確立順序的政策、協議或計劃，我們依此順序為您的醫療狀況批准處方藥。確立階段療法方案時，我們將採用公認的循證和同行審查臨床審核標準，同時也會考慮非典型患者群體和診斷的需求。我們會檢查某些處方藥以確保遵守正確的處方指引。這些指引可幫助您取得優質低價的處方藥。階段治療計劃下需要預先授權的處方藥也包含在預先授權藥物清單中。如果某個階段療法適用於您對處方藥承保範圍的請求，您、您的指定人或您的處方醫療保健專業人員可依照本合約使用審查及外部上訴一節中所述申請階段療法撤銷裁決。
- 3. 治療替代方案。**治療替代是可選計劃，可告訴您和您的提供者關於若干已開方藥物的替代藥物資訊。我們會聯絡您和您的醫療服務提供者，告知您這些選擇。只有您和您的醫療服務提供者可決定相關治療替代方案是否適合您。我們制定有治療性藥物替代方案清單，我們會不時審核並更新該清單。如對治療性藥物替代方案存有問題或疑問，請瀏覽我們的網站或撥打您 ID 卡上的號碼。

E. 承保限制/條款。

1. 我們保留根據醫療必需性（包括可接受的醫療標準和/或 FDA 推薦指引）限制某些藥物的數量、供藥天數、提前續配藥物使用權和/或治療期限的權利。
2. 僅當調配處方藥包含至少一 (1) 種屬於承保處方藥的成份，且從獲批准調配藥物的藥房獲取時，該調配處方藥才可獲得承保。所有價格超過 \$200 的複合處方藥都需要您的提供者獲得預先授權。
3. 為確保藥物的恰當使用，將不時使用各類指定和/或一般「使用管理」方案。此類方案將符合標準醫療/藥物治療指引。該等方案的主要目的在於向我們的會員提供優質處方藥福利。如果實行使用管理方案，且您正使用的藥物受該方案影響，您將獲得事先通知。
4. 本節不承保注射型藥物（自行注射藥物除外）和糖尿病胰島素、口服降血糖藥，以及糖尿病用品和設備，但本合約中的其他章節會就此提供承保。
5. 我們不承保施用或注射任何處方藥的費用。在醫生診室接受或施用的處方藥可根據本合約中的「門診和專業服務」一節獲得承保。
6. 我們不承保根據法律無需處方的藥物，但戒煙藥物除外或除非本合約另行規定。我們不承保有等效非處方藥的處方藥，但處方藥一覽表中明確指定承保的藥物，或本合約另行規定的情況除外。非處方等效藥物是無需處方即可提供，且與其對應的處方藥具有相同的名稱/化學成份。我們不承保經重新包裝的產品，例如包含受承保處方藥物的治療藥盒或便利包，除非該處方藥物僅作為治療藥盒或便利包的一部分提供。治療藥盒或便利包包含一種或多種處方藥物，並且可以與非處方藥物一同包裝，例如手套、指套、衛生用擦拭物或局部潤膚劑。
7. 如果處方藥丟失或遭盜，我們不承保替換該等藥物的處方藥。
8. 我們不承保在醫院、療養院、其他機構、設施時或者當您是居家護理病人時向您配發的處方藥，但您或您的代表向醫院、療養院、家庭保健機構或居家護理服務機構，或者其他機構支付款項的依據中不包含藥物服務的情況除外。
9. 對於依照與標準醫療實踐相反的方式開處或配發的任何藥物，我們保留因不具備醫療必需性或屬於試驗或研究性質而拒絕提供福利的權利。如果承保遭到拒絕，您有權按照本合約中「醫療使用審查和外部上訴」一節中所述的程序提出上訴。
10. 如果經藥劑師的專業判斷認定不應配取，則藥房無需按處方單配發藥物。

F. 一般條件。

1. 在購買處方藥時，您必須向零售藥房出示您的 ID 卡或者您必須向藥房提供身份識別資訊，以便我們在正常營業時間內進行核實。您必須在購買藥品的郵購藥房向您提供的表格中填寫識別號。
2. **藥物使用、成本管理及回扣。**我們進行各種使用管理活動，以確保適當的處方藥使用，避免不當的使用，及鼓勵使用具成本效益的藥物。透過這些努力，您可透過以具成本效益的方式獲得適當的處方藥而獲益。該等活動產生的成本節省可反映在您的保費中。我們亦可不時簽訂協議，從而使我們能夠直接或間接從處方藥製造商、處方藥分銷商或其他人士處獲得回扣或其他資金（「回扣」）。任何回扣均基於處方藥在我們所有業務中的使用，而非僅基於單個會員對處方藥的使用。我們收到的任何回扣或會或不會全部或部分應用於透過調整理賠成本或調整處方藥保費的行政費用的方式減少保費。我們可全部或部分保留任何該等回扣，以資助以下活動：新的使用管理活動、社區福利活動及增加會員保護儲備。回扣不會改變或減少在我們的處方藥承保下適用的任何共付額或共同保險的金額。

G. 定義。

本節中使用的術語定義如下。（其他術語定義可在本合約的定義一節找到。）

1. **原廠藥：**具有下述特徵的處方藥：1) 由特定藥物製造商製造及以特定商標或名稱營銷；或 2) 我們給予可用的數據資源確定為原廠處方藥。我們可能不會將製藥商、藥房或您的醫生確認為「原廠藥」的所有處方藥都分類為原廠藥。
2. **專科藥房：**已與我們或代表我們的組織簽訂協議，以提供特定處方藥（包括但不限於專科處方藥）的藥房。藥房是參與藥房的事實並不表示它是專科藥房。
3. **處方藥一覽表：**明確可根據本合約獲得承保的有關處方藥的清單。該清單可由我們定期審核及變更（每年不超過四 (4) 次或在原廠藥物作為仿製藥推出時）。您可登入我們的網站或致電您 ID 卡上的號碼，確定特定處方藥已獲分派哪個層級。
4. **副牌藥：**具有下述特徵的處方藥：1) 與原廠藥物具有同等的化學功效；或 2) 我們基於可用的數據資源確定為仿製處方藥。我們可能不會將製藥商、藥房或您的醫生確認為「副牌藥」的所有處方藥都分類為副牌藥。
5. **維持藥物：**一種處方藥，用於治療被認為是慢性或長期的、通常需要每天使用處方藥的疾病。
6. **網絡外藥房：**並未與我們訂立協議以向受保人提供處方藥的藥房。除上文所述者外，我們不會為在非參與藥房進行的配藥付款。
7. **網絡內藥房：**以下幾類藥房：
 - 已與我們或我們的指定人訂立協議，以向會員提供處方藥的藥房；

- 同意接受配發處方藥的規定報銷費率；及
 - 由我們指定為網絡內藥房的藥房。
- 網絡內藥房可為零售或郵購藥房。

- 8. 處方藥：**經 FDA 批准及根據聯邦或州法律僅可依照處方單或續配處方單配發，且列於我們的處方藥一覽表上的藥物、產品或裝置。處方藥包括根據其特性，適合自行施用或由非專業護理人員施用的藥物。
- 9. 處方藥費用：**我們與我們的藥房福利經理就在參與藥房配取的承保處方藥簽訂的合約金額，包括配藥費和任何銷售稅。如果您的合約包括網絡外藥房承保項目，則在網絡外藥房配發處方藥的處方藥費用將按適用於在大多數網絡內藥房配發該特定處方藥的處方藥費用計算。
- 10. 處方單或續配處方單：**由正式持照的醫療保健專業人員在其執業範圍內開立的配發處方藥的醫療指示。
- 11. 普通和常規收費：**在未參考第三方根據 New York 教育法第 6826-a 條求向藥房作出償付的情況下，藥房就處方藥向個人慣常收取的費用。

第 XIV 節 健保福利

A. 會員折扣計劃。

作為會員，您將獲得參與供應商提供的與健康和生活方式相關的折扣。這些折扣旨在鼓勵健康的行為；範例包括但不限於健身中心、休閒健身、文化活動（即瑜伽、兒童體育活動和訓練計劃等）、營養課程、體重和壓力管理課程。請定期查看我們的網站以獲取最新列表，或撥打您 ID 卡背面的電話號碼以獲取更多資訊。

B. 糖尿病管理計劃

這個糖尿病管理計劃的目的是透過為您提供血糖儀、試紙和刺血針等教育資源和用品，鼓勵您在管理糖尿病方面發揮更積極的作用。我們為您提供與糖尿病診斷和治療相關的額外福利。聯絡糖尿病管理計劃的首選方法是透過我們的網站。您需要擁有可存取網際網路的設備才能參與糖尿病管理計劃。但是，如果您無法上網，請透過您 ID 卡上的電話號碼致電我們，我們將為您提供有關如何在無法存取網際網路的情況下參與的資訊。您有權在每個計劃年度獲得支援細胞功能的血糖儀、檢測試紙和刺血針。您可以使用的檢測用品數量沒有限制。在您參與此計劃的整個過程中，您的檢測用品將被續配並自動運送到您的家庭住址。透過我們的糖尿病管理計劃，您將可以向參與糖尿病管理計劃的醫療保健提供者進行遠距醫療諮詢。

第 XV 節 視力護理

請參閱本合約福利一覽表一節，瞭解天數或就診限制，以及適用於那些福利的任何預先授權或轉診要求。

A. 視力護理。

我們承保緊急、預防性和常規視力護理。

B. 視力檢查。

我們承保為確定是否需配取矯正鏡片及提供矯正鏡片處方（如有需要）而進行的視力檢查。我們每個計劃年度承保一 (1) 次視力檢查，除非有適當文件證明在醫療上有必要進行更頻繁的檢查。視力檢查可能包括但不限於：

- 病歷；
- 眼睛的外部檢查或眼睛的內部檢查；
- 眼底鏡檢查；
- 確定屈光狀態；
- 雙目測距；
- 青光眼眼壓測量；
- 肉眼視野和色覺測試；及
- 發現彙總及矯正眼鏡建議。

C. 指定鏡片和鏡框。

我們每個計劃年度都會承保一 (1) 次標準處方鏡片或隱形眼鏡，除非您出於醫療原因需要更頻繁地佩戴新鏡片或隱形眼鏡（如相應文件所證明）。處方鏡片可能由玻璃或塑膠製成。如果您選擇非標準鏡片，我們將支付本應為標準鏡片支付的金額，您需負責支付標準鏡片與非標準鏡片之間的成本差額。該費用差額不計入您的自付費用限額。

我們也承保每個計劃年度足以承載鏡片的標準鏡框一 (1) 次，除非您出於醫療原因需要更頻繁地更換新鏡架（如相應文件所證明）。如果您選擇非標準鏡框，我們將支付原本應就標準鏡框支付的金額，而您需負責承擔標準鏡框與非標準鏡框費用之間的差額。該費用差額不計入您的自付費用限額。

D. 如何獲得視力服務。

如果您需要尋找參與提供者或更換您的提供者，請透過您的 ID 卡背面的電話號碼聯絡我們或造訪我們的網站。

第 XVI 節 牙科護理

請參閱本合約福利一覽表一節，瞭解天數或就診限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求。

我們承保以下牙科護理服務：

- A. 緊急牙科護理。**我們承保緊急牙科護理服務，包括減輕因牙科疾病或創傷導致的疼痛和痛苦所需的緊急服務。緊急牙科護理服務無需取得我們的預先授權。
- B. 預防性牙科護理。**我們承保包含有助於預防口腔疾病的程序在內的預防性牙科護理服務，包括：
 - 每六 (6) 個月一次預防（牙齒刮治和磨光）。
- C. 常規牙科護理。**我們承保在牙科醫生診所提供的常規牙科護理，包括：
 - 每六 (6) 個月一次牙科檢查、就診和諮詢；
 - 間隔時間為 36 個月的 X 光檢查、全口 X 光或全景 X 光以及間隔時間為 12 個月的咬翼片 X 光，以及其他醫療必需的 X 光（一旦乳牙萌出）； -
 - 不需要住院的簡單拔牙和其他常規牙科手術程序，包括術前護理及術後護理；並且
 - 診室內清醒鎮靜
 - 汞齊合金和複合材料修復（填充物）
- D. 牙冠。**如有醫療需要，我們會承保牙冠，包括不銹鋼牙冠。需要事先授權。
- E. 牙髓治療。**我們承保牙髓治療，包括無需住院的患病牙髓和牙根管治療程序。

當有醫療必要性時，我們承保根管治療。需要事先授權。

- F. 牙周病治療。**我們承保有限的牙周治療服務。我們承保非外科手術牙周治療服務。我們承保與激素紊亂、藥物治療或先天性缺陷相關的牙周外科治療服務。我們也承保本合約以其他方式承保的預期或導致正畸的牙周服務。

只有在與醫療上必要的牙冠或根管手術相關時，我們才承保牙冠延長術。需要事先授權。

- G. 假牙修復。**我們承保以下假牙修復服務：
 - 可摘全口或局部假牙，包括有醫療必要性時的六 (6) 個月後續護理，包括緩解嚴重病症或確定影響就業能力的病症所需時；以及
 - 其他服務，包括插入識別片、修復、重襯、基底復位及裂腭治療。可能需要預先授權。

所有義齒和部分義齒，不論是否無法使用、缺失、遭竊或破損在首次安裝後至少八 (8) 年內均不得取代，但判斷具有具醫療必要性的情況除外。八 (8) 年前更換假牙的預先授權請求必須包含您牙醫的一封信，解釋需要更換假牙的具體情況。如果在已經更換過一次後在八 (8) 年內再次提出更換義齒請求，支援檔案必須包括採取的預防措施，以減少後期更換需求的解釋內容。

所有可摘式假體的一般準則：

僅當現有修復體無法使用並且無法重新襯托或重新基托時，才會核准全口和/或局部義齒。如果在新假肢交付後六 (6) 個月內除了為同一牙弓更換新假肢之外還進行了現有假肢的重襯或重新基托手術，則不會獲得承保。

在交付新假體之前的六 (6) 個月內，僅承保「組織調理」。

與天然牙齒或植體不直接相關的可摘假牙或軟組織的清潔不屬於承保服務。僅在自然牙列上進行預防和/或刮治和根面平整術時才承保。

「即時」假體裝置不屬於承保服務範圍。

其他可摘式假體服務

在進行更明確的最終修復之前，使用旨在治愈不健康牙槽嵴的材料進行治療重襯的「組織調理」是**唯一**在交付新假體之前六 (6) 個月內承保的重襯類型。在現有假牙中插入組織調理襯墊僅限於每個假牙單位一次。

固定式牙橋不獲承保，除非在以下情況下需要：

- 為本應具有全副功能完好的天然牙及/或修復牙的患者更換上前牙（中央/側切牙或尖牙）；
- 進行裂腭穩定治療；或
- 經醫學文件證明，由於存在神經系統或生理問題，阻礙置入活動假牙。

植牙服務。當有醫療必要性時，我們承保植牙（包括單一植體）和植體相關服務。植牙服務需要預先授權。

植牙的預授權請求必須有您牙醫的支援文件。除其他事項外，您的牙醫辦公室必須記錄您的病史、目前正在治療的醫療狀況、目前正在服用的所有藥物清單、解釋為什麼植牙在醫療上是必要的以及為什麼其他承保的假體置換功能性替代方案無法糾正您的牙齒狀況，並證明您是植牙的合適候選人。如果您的牙醫表明您目前正在接受嚴重疾病的治療，則可能需要您的主治醫生提供文件。

H. 口腔外科手術。我們承保非常規口腔手術，如部分及全部骨拔除、牙齒再植、牙齒移植、未萌出牙齒的手術介入、萌出或錯位牙齒的移動以協助萌出，以及放置裝置以協助阻生牙齒萌出。我們承保預計將涉及或可能涉及本合約在其他情況下承保的正畸的口腔外科手術。

- I. 口腔正畸。**我們承保用於幫助修復口腔結構的健康和功能，治療裂顎畸形、唇裂、上頷/下頷畸形（上頷或下頷發育不全）、極端下頷前突、嚴重不對稱（顱面畸形）、顱下頷關節強直以及其他重大骨骼發育不良等嚴重疾病的牙齒矯正。

手術包括但不限於：

- 快速腭擴展 (RPE)；
- 更換零部件（例如矯正器、矯正帶）；
- 阻斷口腔正畸治療；
- 全面口腔正畸治療（治療期間會置入矯正裝置以進行積極治療和定期調整）；
- 可摘除裝置治療；及
- 口腔正畸保持（裝置摘除、保持器的製作及置入）。

- J. 如何獲得牙科服務。**如果您需要尋找牙醫或更換牙醫，請撥打您 ID 卡背面的電話號碼與我們聯絡。客戶服務代表可為您提供幫助。我們很多服務代表會說您的語言，或會翻譯成任何您所需的語言向您提供服務。

第 XVII 節 不保項目及限制

本合約不承保以下服務：

A. 航空學。

我們不承保航空引起的服務，但定期航班航空公司營運的班機或包機的付費乘客除外。

B. 康復護理及看護。

我們不承保相關靜養、看護或載送服務。「看護」指協助進行移動、進食、穿衣、沐浴、如廁及其他此類相關活動。看護不包括經確定具有醫療必需性的承保服務。

C. 轉化療法。

我們不承保轉換治療。轉換治療指專業心理工作者試圖改變未滿 18 歲會員的性取向或性別認同的任何行為，包括力圖改變他們的行為、性別表達，或消除或減少其對同性人士的性或情感吸引力或感覺的行為。轉化療法不包括為尋求性別轉變或正在經歷性別轉變的個人提供諮詢或治療，以提供對個人的接受、支持和理解，或促進個人的狀況應對、社會支持和身份探索與發展，包括性取向中立化干預，以防止或處理非法行為或不安全的性行為，前提是諮詢或治療不尋求改變性取向或性別認同。

D. 美容服務。

我們不承保整形服務、處方藥或手術（另行指明者除外），但整形手術不包括在相關部位出現創傷、感染或疾病致使需要接受附帶或後續手術治療的情況下進行的重建手術，以及因獲承保兒童患有先天性疾病或異常且已導致功能性障礙而進行的重建手術。我們還承保與接受乳房切除術之後的重建手術有關的服務（詳見本合約其他部份中所述）。整形手術不包括經確定具有醫療必需性的手術。如果就 11 NYCRR 56 中所列的程序（例如，特定整形手術和皮膚科程序）追溯性地提交理賠但未提供醫療資訊，則任何拒絕決定均無須執行本合約的「醫療使用審查和外部上訴」一節中所載的醫療使用審查程序，但是已提交醫療資訊的情況除外。

E. 牙科服務。

除本合約牙科護理一節明確規定者外，我們不承保正畸服務。

F. 實驗性或研究性治療。

我們不承保任何試驗性或研究性醫療保健服務、程序、治療、裝置或處方藥。但是，我們承保本合約門診和專業服務一節所述的實驗或研究性質的治療，包括為您的罕見病提供的治療或者您參與臨床試驗時產生的患者成本；當我們拒絕服務的決定被經州認證的外部上訴代理推翻時，我們亦將承保。然而，就臨床試驗而言，我們將不承保任何研究性藥物或裝置的費用、您接受有關治療所需的非保健服務、管理有關研究的費用，或本合約項下不承保的非研究性治療的費用。請參見本合約中的醫療使用審查和外部上訴章節，瞭解有關您的上訴權利的進一步說明。

G. 重罪參與。

我們不對因您參與嚴重犯罪、暴亂或叛亂造成的任何疾病、治療或醫療狀況提供承保。此不承保項目不適用於因家暴行為的受害者受傷或因您的醫療狀況（包括身體和精神健康狀況）而提供的承保服務。

H. 足部護理。

我們不承保與雞眼、胼胝、扁平足、足弓下陷、軟腳、慢性足部壓力或有症狀的足部疾病有關的常規足部護理，除非本合約另有規定。然而，在您出現特定醫療狀況或疾病，導致循環系統疾病或者導致您腿部或足部知覺減退的情況下，我們將承保足部護理。

I. 公立醫療機構。

我們不承保在任何聯邦、州或其他政府實體擁有或運營的醫院提供的護理或治療，除非法律另行規定，或您之所以被送到該醫院是因為它距離您受傷或患病的地方比較近，並且向您提供急診服務治療您的急診狀況。

J. 醫療必需的。

一般而言，我們不承保我們認為不具醫療必需性的任何醫療保健服務、程序、治療、檢查、裝置或處方藥。然而，若經該州認證的外部上訴代理推翻我們的拒絕承保決定，我們將對原本拒絕承保的有關服務、程序、治療、檢測、裝置或處方藥提供承保，但僅限在本合約條款中對該等服務、程序、治療、檢測、裝置或處方藥規定的範圍內承保。

K. Medicare 或其他政府計劃。

若聯邦 Medicare 計劃或其他政府計劃（除 Medicaid 之外）就服務提供福利，則我們不承保該等服務。

L. 兵役。

我們不對因在軍隊或其附屬單位服兵役而導致的疾病、治療或醫療狀況提供承保。

M. 無過失汽車保險。

我們不對已就其追討強制性汽車無過失保險福利或可追討該福利的任何損失或其中任何部份承保任何福利。此不承保項目亦適用於您未就強制性無過失保單下向您提供的有關福利做出適當或及時理賠的情況。

N. 未列明的服務。

我們不承保本合約未列明承保的服務。

O. 由家庭成員提供的服務。

我們不承保由受保人的直系親屬提供的服務。「直系親屬」是指子女、繼子女、配偶、父母、繼父母、兄弟姐妹、繼兄弟姐妹、岳父母/公公/公婆、兒媳、姻兄弟姐妹、祖父母、祖父母的配偶、孫子女或孫子女的配偶。

P. 由醫院員工單獨收費的服務。

我們不承保由醫院、實驗室或其他機構的員工提供並單獨收費的服務。

Q. 免費服務。

我們不承保通常情況下免費提供的服務。

R. 視力服務。

我們不承保眼鏡或隱形眼鏡的檢查或驗配。

S. 戰爭。

我們不對因宣戰或不宜而戰的戰爭而導致的疾病、治療或醫療狀況提供承保。

T. 工傷賠償。

若任何州或聯邦工傷賠償、僱主責任或職業病法律就服務提供福利，則我們不承保該等服務。

第 XVIII 節 理賠決定

A. 理賠。

理賠即要求根據本合約條款提供或支付福利或服務。您或醫療服務提供者必須向我們提交理賠申請表。如果提供者不願意提交理賠申請表格，您需要親自向我們提交。

B. 理賠通知。

服務理賠申請必須包含我們指定的處理有關理賠所需的所有資訊，包括但不限於：會員識別號；姓名；出生日期；服務日期；服務類型；每項服務的收費；有關服務的程序編碼（如適用）；診斷代碼；進行收費的醫療服務提供者姓名和地址；以及相應的醫療記錄（如必要）。我們不會接受未包含所有必需資訊的理賠，您必須重新提交含有所有必需資訊的理賠申請表格。您可以撥打您 ID 卡上的號碼向我們索取索賠表。您應將填妥的理賠申請表寄送至本合約中「您的保險如何運作」一節所載的地址。您也可以透過造訪我們的網站以電子方式向我們提交索賠。

C. 提交理賠申請的期限。

您必須在接受申請付款的服務之後 120 天內向我們提交服務理賠申請，以便我們處理相關付款事宜。若無法在 120 天期限內提交理賠，您必須盡快提交。

D. 禁止轉診的理賠。

如果根據《New York 公共衛生法》第 238-a(1) 條規定，所提供的服務屬於停用的轉診服務，則我們無需就有關臨床實驗室化驗服務、藥房服務、放射治療服務、物理治療服務或 X 光檢查或造影服務向醫療服務提供者作出任何理賠，或支付其任何帳單或請求或要求的其他付款。

E. 理賠決定。

我們的理賠決定程序適用於所有與需要確定醫療必要性或實驗或研究性質的項目無關的理賠。例如，我們的理賠決定程序適用於合約福利遭拒和轉診的情況。若您不同意我們的理賠決定，您可根據本合約中的「申訴程序」一節提出申訴。

如需瞭解醫療必需性或試驗性或研究性裁決的醫療使用審查程序和上訴程序說明，請參見本合約中的「醫療使用審查和外部上訴」一節。

F. 服務前理賠裁決。

1. 服務前理賠是要求在收到服務或治療之前獲得批准的請求。如果我們擁有就服務前理賠申請（例如承保福利裁決或轉診）作出裁決所需的所有資訊，則會在收到理賠申請 15 天內作出裁決，並通知您（或您的指定人）。

如果需要其他資訊，我們會在收到理賠申請 15 天內提出要求。您有 45 日的時間來提交資訊。如果在 45 天內收到有關資訊，則我們將在收到資訊 15 天內作出裁決，並書面通知您（或您的指定人）。如果我們未在 45 天內收到所需的所有資訊，則會在 45 天期限結束後 15 日內作出裁決。

2. **緊急服務前審查。**如果我們具有作出裁決所需的所有資訊，我們會在收到請求後 72 小時內作出裁決並電話通知您（或您的指定人）。在作出裁決三 (3) 日內，我們會相繼發出書面通知。如果需要其他資訊，我們會在 24 小時內提出要求。屆時您將有 48 小時的時間來提交資訊。我們會在收到資訊或 48 小時期限結束後（以較早者為準）的 48 小時內作出裁決，並透過電話通知您（或您的指定人）。在作出裁決三 (3) 日內，我們會相繼發出書面通知。

G. 服務後判定醫療必要性。

服務後理賠申請指在您已經接受某項服務或治療後提出理賠申請。如果我們擁有就服務後理賠申請作出裁決所需的所有資訊，且如果我們拒絕賠付全部或部分費用，則會在收到理賠申請 30 日內作出裁決，並通知您（或您的指定人）。如果需要其他資訊，我們會在 30 日內提出要求。您可於 45 個曆日內提供資訊。如果我們拒絕了理賠的全部或部分內容，我們將在收到資訊後或 45 天期限屆滿後（以較早者為準）15 個行事曆日內作出決定並向您（或您的指定人士）發出通知。

H. 理賠的支付。

如果我們支付理賠的義務合理清晰，我們將在收到理賠申請後的 30 天內（透過網際網路或電子郵件提交）內或 45 天內（透過其他方式提交，包括郵寄或傳真）支付理賠款項。如果我們需要額外資訊，我們將在我們認定付款到期後的 15 天內、但不遲於 30 天（透過網際網路或電子郵件提交），或 45 天內透過其他方式（包括郵寄或傳真提交）支付理賠款項。

第 XIX 節 申訴程序

A. 申訴。

我們的申訴程序適用於與我們作出的醫療必需性或試驗性或研究性裁決無關的任何問題。例如，它適用於合約福利遭拒的情況或您在我們的管理政策或獲取醫療服務提供者的服務方面遇到的問題或疑慮。

B. 提出申訴。

您可親自致電您 ID 卡上的電話號碼聯絡我們或以書面形式提出申訴。您可就拒絕轉診或拒絕提供承保福利的裁決提出口頭申訴。我們可能會要求您簽署一份由我們編製的關於您口頭申訴的書面確認函。您或您的指定人可在收到要求我們進行審核的裁決後 180 日內提出申訴。

當我們收到您的申訴時，會於 15 個工作日內寄送一封確認函。該確認函會提供處理您申訴的人士的姓名、地址和電話號碼，並指明還須提供哪些額外資訊（如有）。

我們會對所有請求和討論保密，並且不會因您的問題而產生任何歧視。我們制定有標準和加急申訴程序，具體視您的申訴內容而定。

您可要求我們以電子方式向您傳送申訴通知書或申訴上訴裁決，而不是書面或電話通知。如果您想收到電子通知，那麼您必須提前告訴我們。若要選擇電子通知，請致電您 ID 卡上的號碼。您隨時可選擇停止接收電子通知。

C. 申訴裁決。

您的申訴將由合格人員進行審理，若為臨床問題，則會由持照、執業或已註冊的醫療保健專業人員進行調查。我們會在下列期限內對您的申訴作出裁決並通知您：

<u>加急/緊急申訴</u> ：	在收到所有必要資訊後 48 小時內或在收到您的申訴後 72 小時內（以較早者為準）透過電話通知您。書面通知將於收到您的申訴後 72 小時內提供。
<u>服務前申訴</u> ：（申請獲取尚未提供的服務或治療。）	在收到您的申訴後 15 日內書面通知您。
<u>服務後申訴</u> ：（就已經提供的服務或治療申請理賠。）	將在收到您的申訴後 30 個曆日內書面通知您
<u>其他所有申訴</u> ：（與服務或治療理賠或申請無關的申訴。）	書面，在收到所有必要資訊後 45 個日曆日內

D. 協助。

如果您對我們的申訴裁決仍不滿意，或在任何其他時候對此不滿意，您可：

撥打 1-800-206-8125 致電紐約 New York 州衛生部或按以下地址致函：

New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237
電子郵箱：managedcarecomplaint@health.ny.gov
網站：www.health.ny.gov

如果您在提出申訴時需要協助，您可聯絡州的獨立消費者援助計劃：

Community Health Advocates 105 East 22nd Street
New York, NY 10010
或撥打免費電話：1-888-614-5400，或發送電子郵件至 cha@cssny.org
網站：www.communityhealthadvocates.org

第 XX 節 使用審查

A. 利用情況審查。

我們會審查健康服務，以裁定有關服務是否具有醫療必需性或是否屬於試驗或研究性質（「醫療必需性」）。該程序稱為醫療使用審查。醫療使用審查包括所有審查活動，不論是在服務提供前（預先授權）、服務正在提供期間（同步審核）或是服務提供後（回溯性）的審查活動。如果您對醫療使用審查程序有任何疑問，請撥打您 ID 卡上的號碼。該免費電話配有在工作時間之外啟動的應答機，每週至少有 40 小時可用。

認為服務非具醫療必要性的初始決定將由以下人士做出：1) 持牌醫生；或 2) 與管理您的醫療狀況或疾病或提供正接受審查的健康護理服務的提供者具有相同專業或相同或類似專科的持牌、經認證、註冊或受信健康護理專業人士；或 3) 就精神健康或物質使用障礙治療而言，則由持牌醫生或專長行為健康及在提供精神健康或物質使用障礙治療方面具有經驗的持牌、經認證、註冊或受信健康護理專業人士作出。所有認為服務非具醫療必要性的上訴決定將由以下人士做出：1) 委員會認證或符合委員會資格的執業醫師，與通常管理您的醫療狀況或疾病或提供受審查的醫療保健服務的提供者具有相同或相似的專業；2) 獲得許可、認證、註冊或認可的醫療保健專業人員，他們與通常管理您的醫療狀況或疾病或提供受審查的醫療保健服務的提供者具有相同的職業和相同或相似的專業；或 3) 對於心理健康或藥物濫用障礙治療，需要有執照的醫生或專門從事行為健康並且在提供精神健康或物質使用障礙課程方面有經驗的有執照、認證、註冊或認可的醫療保健專業人員。我們不會向作出關於服務並非醫療必需決定的員工或審查人員提供報酬或財務激勵。

我們制定有協助我們處理此程序的指引和方案。針對物質濫用障礙治療，我們將使用 OASAS 指定的適合病患年齡階段的臨床審核工具，該工具以證據為基礎且經同行審核過，或經 OMH 核准用於精神健康治療。我們可應要求提供特定指引和方案以供您進行查閱。如需瞭解更多資訊，請撥打您 ID 卡上的號碼。

您可要求我們以電子方式向您傳送醫療使用審查裁決通知書，而不是書面或電話通知。如果您想收到電子通知，那麼您必須提前告訴我們。若要選擇電子通知，請致電您 ID 卡上的號碼。您隨時可選擇停止接收電子通知。

B. 預先授權審查。

1. **非緊急預先授權審查。**如果我們擁有就預先授權審查作出裁決所需的所有資訊，則會在收到申請後三 (3) 個工作日內作出裁決，並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。

如果需要其他資訊，我們會在三 (3) 個工作日內提出要求。屆時您或您的醫療服務提供者將有 45 日的時間來提交資訊。如果在 45 天內收到所需資訊，則我們將在收到資訊後三 (3) 個工作日內作出裁決，並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。如果我們未在 45 天內收到所需的所有資訊，則會在收到部分請求資訊或 45 天期限結束後（以較早者為準）15 日內作出裁決。

2. **緊急預先授權審查。**對於緊急事先核准請求，如果我們具有作出決定所需的所有資訊，我們會在收到請求後 72 小時內作出決定並電話通知您（或您的指定人士）和您的提供者。書面通知將於收到申請後三 (3) 個工作日內提供。如果需要其他資訊，我們會在 24 小時內提出要求。屆時您或您的醫療服務提供者將有 48 小時的時間來提交資訊。我們將在收到資訊後或 48 小時期限屆滿後（以較早者為準）48 小時內作出決定並電話及書面通知您（或您的指定人士）和您的提供者。
3. **法院命令提供的治療。**就申請尚未提供的精神健康和/或物質濫用失調服務而言，如果您（或您的指定人）以金融服務署規定的形式證明，您即將或已經到具有司法管轄權的法庭席前應訊，且可能會取得需要該等服務的法院命令，我們將在收到申請後 72 小時內作出裁決並透過電話通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。書面通知將於我們收到申請後三 (3) 個工作日內提供。在可行的情況下，亦將向法庭提供電話及書面通知。
4. **危機穩定中心。**根據《New York 精神衛生法》第 36.01 條獲得許可的參與危機穩定中心提供的服務，以及在其他州，那些經聯合委員會認可為酗酒或化學依賴物質使用治療計劃並獲得類似許可、認證或以其他方式授權的中心。我們可能會回顧性地審查危機穩定中心提供的治療，以確定它是否具有醫療必要性，我們將使用 OASAS 指定或 OMH 核准的臨床審查工具。如果參與的危機穩定中心的任何治療因非醫療必要性而被拒絕，您只需承擔原本適用於您的治療的任何費用分攤。
5. **狂犬病治療預先授權。**由縣衛生當局授權的暴露後狂犬病治療足以被視為已獲得我們的預先授權。

C. 同步審核。

1. **非緊急同步審核。**我們將在收到所有必要資訊後一 (1) 個工作日內就護理過程中提供的服務作出醫療使用審查決定（同步審核），並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。如果需要其他資訊，我們會在一個 (1) 個工作日內提出要求。屆時您或您的醫療服務提供者將有 45 日的時間來提交資訊。我們會在收到有關資訊後一 (1) 個工作日內，或者如果我們未收到有關資訊，則在收到部分請求資訊的 15 日內，或 45 天期限結束後（以較早者為準）15 日內作出裁決，並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人）[及您的醫療服務提供者]。
2. **緊急同步審查。**對於涉及延長緊急護理的同步審核，如果承保請求在先前批准的治療期滿前提前至少 24 小時提出，我們將在收到請求後 24 小時內作出決定並電話通知您（或您的指定人士）以及您的醫療服務提供者。書面通知將於收到申請後一 (1) 個工作日內提供。

如果承保請求未在先前批准的治療期滿前提前至少 24 小時提出，且我們有作出決定所需的所有資訊，我們將在 72 小時或收到請求後一 (1) 個工作日內（以較早者為準）作出決定並書面通知您（或您的指定人士）。如果需要其他資訊，我們會在

24 小時內提出要求。屆時您或您的醫療服務提供者將有 48 小時的時間來提交資訊。我們會在收到資訊後一 (1) 個工作日或 48 小時內（以較早者為準）作出決定並書面通知您（或您的指定人）和您的醫療服務提供者，或若我們並沒有收到相關資訊，我們會在 48 小時期限屆滿後的 48 小時內作出決定及發出通知。

3. **居家護理服務審核。**收到您在住院後提出的居家護理服務承保申請後，我們將在收到有關必要資訊後一 (1) 個工作日內作出裁決，並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。如果申請翌日適逢週末或假日，則我們會在收到必要資訊後 72 小時內作出裁決，並通知您（或您的指定人）及您的醫療服務提供者。如果我們在您出院之前收到居家護理服務申請及所有必要資訊，則在就有關申請作出裁決之前，我們將不會拒絕為有關居家護理服務提供承保。
4. **物質濫用失調住院治療審核。**如果您在接受物質濫用失調住院治療出院之前至少 24 小時向我們提交物質濫用失調住院治療承保申請，我們將在收到申請後 24 小時內作出裁決，並且在作出裁決前，我們將為有關物質濫用失調住院治療提供承保。
5. **在 OASAS 許可、認證或以其他方式授權的參與機構接受住院藥物濫用障礙治療。**在 OASAS 許可、認證或以其他方式授權的參與機構進行的住院藥物濫用障礙治療不受預先授權的約束。如果 OASAS 認證機構在住院後兩 (2) 個工作日內通知我們住院和初步治療計劃，則住院頭 28 天內的同步審核將不會受到承保。前 28 天的住院治療結束後，我們可能審核全部住院服務，以裁定有關服務是否具有醫療必需性，並且我們將使用 OASAS 指定的臨床審核工具。如果住院服務的任何部份因不具有醫療必需性而遭拒絕承保，您僅需負責支付適用於您住院服務的網絡內分攤費用。
6. **在參與 OASAS 認證的機構進行門診藥物濫用治療。**對於在網絡內 OASAS 認證機構接受的門診治療、密集式門診治療、門診康復治療和鴉片類治療，無需就承保取得預先授權。如果 OASAS 認證機構在兩 (2) 個工作日內通知我們開始治療和初步治療計劃，則連續治療的頭四 (4) 週（不超過 28 次看診）的住院期間審核將不會受到承保。在連續治療的頭四 (4) 週（不超過 28 次看診）後，我們可以對整個門診治療進行審核，以確定它是否具有醫療必要性，我們將使用 OASAS 指定的臨床審核工具。如果門診治療服務的任何部份因不具有醫療必需性而遭拒絕承保，您僅需負責支付適用於您門診治療的網絡內分攤費用。

D. 事後審核。

如果我們擁有就回溯性理賠申請作出裁決所需的所有資訊，則會在收到申請後 30 日內作出裁決，並通知您和您的醫療服務提供者。如果需要其他資訊，我們會在 30 日內提出要求。屆時您或您的醫療服務提供者將有 45 日的時間來提供資訊。我們會在收到資訊或 45 天期限結束後（以較早者為準）15 日內作出裁決，並書面通知您和您的醫療服務提供者。

一旦我們擁有作出裁決所需的所有資訊，若未在上述適用期限內作出醫療使用審查裁決將視為不利裁決，須提出內部上訴。

E. 預先授權服務的追溯審查。

我們僅可在以下情況下透過追溯審查逆轉事先核准的治療、服務或程序：

- 在回溯性審核時向我們提供的相關醫療資訊與在預先授權審核時提供的資訊存在重大差異；
- 在回溯性審核時向我們提供的相關醫療資訊在預先授權時已經存在，但遭到扣留或未向我們提供；
- 在事先核准審查時，我們不知該等資訊的存在；以及
- 若我們知曉該等資訊，所請求的治療、服務或程序將不會獲得批准。該裁決乃採用與在預先授權審核時所採用的相同特定標準、條件或程序作出。

F. 階段療法撤銷裁決。

您、您的指定人或您的醫療保健專業人員可能會要求對您的醫療保健專業人員選擇的處方藥保險進行階段療法撤銷裁決。在展開醫療使用審查以進行階段療法撤銷裁決時，我們將採用適用於您和您的醫療狀況的公認循證和同行審查臨床審核標準。

1. 支持理由和文件。階段療法撤銷裁決申請必須包括來自醫療保健專業人員的支持理由和文件，證明：

- 要求使用的處方藥被禁用，或可能會對您造成不良反應或身體精神上的傷害；
- 根據您的已知臨床病史、狀況和處方藥方案，要求使用的處方藥預期無效；
- 在獲得我們承保時或在您之前的健康保險下，您已經嘗試了要求使用的處方藥或其他屬於同一藥理學類別或作用機制相同的處方藥，但由於該處方藥缺乏療效或有效性、效果不佳或出現不良反應而停藥；
- 您使用醫療保健專業人員根據您的病情為您選擇的處方藥，且病情穩定，但這並不代表我們不可要求你使用該處方藥的 AB 級副牌藥；或
- 要求使用的處方藥並不符合您的最佳利益，因為這可能會嚴重阻礙您遵醫囑或遵守您的護理計劃，可能會令共生病症惡化，或者可能會影響您在日常活動中實現或維持合理功能。

2. 標準審核。我們將在收到支持理由和文件後的 72 小時內作出階段療法撤銷裁決，並通知您（或您的指定人），在適當情況下還會通知您的醫療保健專業人員。

3. 加快審核。如果您的醫療狀況使您的健康處於嚴重危險之中，而沒有使用您的醫療保健專業人員開立的處方藥，我們將做出逐步治療方案優先決定，並在 24 天內通知您（或您的指定人員）和您的醫療保健專業人員收到支援理由和文件的時間。

如果要求的支援理由和文件沒有隨分步治療撤銷裁決申請一併提交，我們將要求提供資訊以在以下時限內進行審核：預先授權和回溯性審核的時間為 72 小時，同步審核的時間為 72 小時或一(1) 個工作日（以較早者為準），加急審核的時間為 24 小時。您或您的醫療保健專業人員將有 45 日來提交資訊以供事先核准，同步審核和回溯性審核，而對於加急審核則需 48 小時內提交。對於事先核准審核，我們將在收到資訊後的 72 小時，或如果沒有收到資訊，則在 45 天期限結束後的 15 日（以較早者為準），作出裁決並通知您（或您的

指定人)及您的醫療保健專業人員。對於同步審核,我們將在收到資訊後的72小時或一(1)個工作日,或如果沒有收到資訊,則在45天期限結束後的15日(以較早者為準),作出裁決並通知您(或您的指定人)。對於追溯審核,我們將在收到資訊後的72小時,或如果沒有收到資訊,則在45天期限結束後的15個曆日(以較早者為準),作出裁決並通知您(或您的指定人士)。對於加急審核,我們將在收到資訊後的24小時,或如果沒有收到資訊,則在48小時期限結束後的48小時(以較早者為準),作出裁決並通知您(或您的指定人)及您的醫療保健專業人員。

如果我們沒有在收到支持理由和文件後的72小時(對於加急審核為24小時)作出裁決,階段療法方案撤銷裁決申請將獲得批准。

如果我們裁定應撤銷階段療法方案,我們將授權立即承保您的醫療保健專業人員開處的處方藥。您可對分步治療撤銷的不利決定進行上訴。

G. 重新考慮。

如果在作出不利裁決之前,我們並未嘗試諮詢推薦有關承保服務的醫療服務提供者,則該醫療服務提供者可請求由作出該不利裁決的同一名臨床同行審查員,或在原有臨床同行審查員無法提供服務時由一名指定的臨床同行審查員重新考慮有關裁決。對於預先授權和同步審核,重新考慮程序將在請求作出重新考慮後一(1)個工作日內進行。如果仍然維持不利裁決,則會透過電話和書面形式向您和您的醫療服務提供者提供不利裁決通知。

H. 使用審查內部上訴。

您、您的指定人士以及(在追溯審查中)您的提供者,可親自透過電話或書面請求針對不利決定提出內部上訴。您可在收到不利裁決通知後180日內提出上訴。我們將在收到上訴後15日內確認您的內部上訴申請。該確認函將通知您作出裁決所需的任何其他資訊(如有需要)。有關上訴將由臨床同行審查員進行審查,該審查員為(1)醫生,或(2)醫療保健專業人員,他們與通常管理有爭議的疾病或病症的醫療服務提供者具有相同或類似專業,且並非作出初始不利裁決的臨床同行審查員的下屬。

1. 網絡外服務拒絕承保決定。當我們裁定有關網絡外健康服務與現有網絡內健康服務並無重大差異時,您亦有權就該網絡外健康服務的預先授權請求被拒提出上訴。拒絕的網絡外健康服務是指由網絡外提供者提供的服務,但僅當網絡內提供者並未提供該服務時,相關請求方屬合理。如果您請求的服務可由參與提供者提供,您將不符合使用審查上訴的資格,即使非參與提供者在診斷或治療您的狀況方面擁有更多經驗。(該上訴將作為申訴處理。)如需就拒絕承保網絡外健康服務的決定提出醫療使用審查上訴,您或您的指定人須提交以下資料:

- 由您的主治醫生提供的書面聲明(該名主治醫生必須是在適於治療您病症的特定執業領域持有執業資格並通過專業認證或符合專業資格的持照醫生),證明所請求的網絡外健康服務與經我們批准治療您病症的網絡內醫療提供者提供的替代健康服務存在重大差異;及

- 兩 (2) 份可用的醫療及科學證據，證明網絡外服務：1) 可能比替代網絡內服務對您更具臨床效益；及 2) 網絡外服務的不利風險相比網絡內健康服務可能不會大幅增加。

2. 網絡外轉介拒絕。如果我們認為我們的參與提供者具有適當的培訓和經驗，能夠滿足您的特定健康護理需求，並能夠提供所需健康護理服務，並因此拒絕您的非參與提供者轉診請求，您也有權對我們的拒絕轉診決定提出上訴。如需就網絡外服務拒絕轉診決定提出醫療利用審查上訴，您或您的指定人士須提交一份由您的主治醫師提供的書面聲明（該名主治醫師必須是在適於治療您病症的特定執業領域持有執業資格並通過專業認證或符合專業資格的持照醫生），證明：

- 我們推薦的參與提供者並無滿足您對健康護理服務的特定健康護理需求的適當培訓經驗；及
- 推薦一位具有滿足您的特定健康護理需求的適當培訓及經驗且能夠提供所需健康護理服務的網絡外提供者。

I. 標準上訴。

1. **預先授權上訴。**如果您的上訴涉及預先授權申請，我們將在收到上訴申請後 30 日內就上訴作出裁決。在作出裁決後兩 (2) 個工作日內（但不得遲於收到上訴申請後 30 日），將向您（或您的指定人）以及您的醫療服務提供者（如適當）提供書面裁決通知。

2. **回溯性上訴。**對於有關追溯申索的上訴，我們將在收到進行上訴所需資訊後的 30 個曆日內或在收到上訴後的 60 日內對上訴作出決定，以先者為準。在作出裁決後兩 (2) 個工作日內（但不得遲於收到上訴申請後 60 曆日），將向您（或您的指定人）以及您的醫療服務提供者（如適當）提供書面裁決通知。

3. **加急上訴。**關於持續或延長健康護理服務、持續護理期間提供的額外服務、從醫院出院後接受的家庭健康護理服務、提供者請求立即審查的服務或其他任何緊急事務的審查的上訴將加急處理。回溯性審核無法進行加急上訴。對於加急上訴，您的提供者可在我們收到上訴請求後一(1)個工作日內以合理的方式聯絡指定負責該上訴的臨床同行審議人員。您的醫療服務提供者與臨床同行審查員可透過電話或傳真交流資訊。加急上訴將在我們收到上訴後72小時或收到執行上訴所需的資訊後兩(2)個工作日內（以較早者為準）作出決定。關於裁決的書面通知將在作出裁決後 24 小時內（但不遲於收到上訴申請後 72 小時）提供予您（或您的指定人士）。

我們未在收到所需資訊後 60 日內（對於標準上訴）或未在收到所需資訊後兩 (2) 個工作日內（對於加急上訴）就您的上訴作出裁決，即視為推翻初始不利裁決。

4. **物質濫用上訴。**如果我們拒絕您在出院前至少 24 小時提交的物質濫用失調住院治療承保申請，且您或您的醫療服務提供者對我們的不利裁決提出加急內部上訴，我們將在收到上訴申請後 24 小時內就該上訴作出裁決。如果您或您的醫療服務

提供者在收到我們的不利裁決後 24 小時內提出加急內部上訴和加急外部上訴，則在對該內部上訴和外部上訴作出裁決之前，我們亦將為有關物質濫用失調住院治療提供承保。

J. 對上訴的全面公正審核。

我們將免費向您提供我們考慮、依據或產生的任何新增或額外的證據，或是與您上訴有關的任何新增或額外的理由。在規定向您提供最終不利裁決通知的日期之前，我們將儘量提前留出充裕的時間為您提供上述證據或理由，以讓您有合理的機會在該日期之前回應我們。

K. 上訴協助。

如果您在提出上訴時需要協助，您可聯絡州的獨立 消費者援助計劃：

Community Health Advocates

633 Third Avenue, 10th Floor

New York, NY 10017

或撥打免費電話：1-888-614-5400，或發送電子郵件至 cha@cssny.org

網站：www.communityhealthadvocates.org

如果您在提出申訴時需要協助，您可聯絡州的獨立 消費者援助計劃：

Community Health Advocates

633 Third Avenue, 10th Floor

New York, NY 10017

或撥打免費電話：1-888-614-5400，或發送電子郵件至 cha@cssny.org

網站：www.communityhealthadvocates.org

第 XXI 節 外部上訴

A. 您的外部上訴權利。

在某些情況下，您有權對承保遭拒進行外部上訴。如果我們基於服務並非具醫療必要性（包括適當性、健康護理環境、護理等級或承保福利的有效性），或為實驗或研究性質（包括臨床試驗及罕見病症治療），或為網絡外治療，或緊急服務或意外帳單（包括是否採用了正確的費用分攤）等理由拒絕承保，您或您的代表可就該決定向外部上訴代理（經州認證的獨立第三方）提出上訴，由外部上訴代理進行審議。

若要符合外部上訴條件，您必須滿足以下兩 (2) 項要求：

- 有關服務、程序或治療須為本合約項下承保的服務；以及
- 一般而言，您必須已收到透過我們的內部上訴程序作出的最終不利裁決。但是，在下述情況下，即使您未收到透過我們的內部上訴程序作出的最終不利裁決，您也可以提出外部上訴：
 - 我們書面同意豁免內部上訴。我們不一定會同意您的豁免內部上訴請求；或
 - 您在申請加急內部上訴的同時提出外部上訴；或
 - 我們未遵守醫療使用審查理賠處理規定（如屬輕微違反行為，不致對您造成損害或傷害，並且我們證明有關違反行為存在正當理由或因超出我們控制的事件引起，且該違反行為是在您與我們之間進行持續、善意的資訊交流期間發生則除外）。

B. 您就服務不具有醫療必需性的裁決提出上訴的權利。

如果我們以服務不具有醫療必需性為由拒絕承保，在滿足上文「A」段所載外部上訴要求的情況下，您可以向外部上訴代理提出上訴。

C. 您就服務屬於試驗或研究性質的裁決提出上訴的權利。

如果我們以服務屬於試驗或研究性質的治療（包括針對罕見疾病進行的臨床試驗和治療）為由拒絕承保，則您必須滿足上文「A」段所載的兩 (2) 項外部上訴要求，且您的主治醫生必須證明您的病症或疾病屬於以下情況之一：

1. 標準健康服務無效或從醫療角度看不適當；或
2. 在我們承保的項目中，不存在更有利的標準服務或程序；或
3. 目前存在臨床試驗或罕見疾病治療（詳見法律定義）。

此外，您的主治醫生必須推薦以下服務中的一 (1) 項：

1. 有兩 (2) 份有效的醫療與科學證據文件表明這是可能比任何標準承保服務對您更有利的服務、程序或治療（只有特定文件可視為此推薦的證明 — 您的主治醫生應聯絡州政府，瞭解關於哪些文件會被考慮或接受的最新資訊）；或
2. 您有資格參加的臨床試驗（僅會考慮特定臨床試驗）；或

3. 屬於罕見疾病治療，您的主治醫生證明沒有任何標準治療可能比所請求的服務對您更具臨床效益，所請求的服務可能有益於治療您的罕見疾病，且該益處勝過此項服務的風險。此外，您的主治醫生須證明您的病症屬於美國國立衛生研究院罕見疾病臨床研究網絡目前正在或先前曾經對其開展臨床研究或每年患病的美國居民少於 200,000 人的罕見疾病。

就本條而言，您的主治醫生須為在適於治療您病症或疾病的領域持有執業資格並通過專業認證或符合專業資格的持照醫生。此外，對於罕見疾病治療，主治醫生不能是您的治療醫生。

D. 您對關於服務為網絡外服務的決定提出上訴的權利。

如果我們以其與現有網絡內健康服務並無重大差異為由拒絕承保某項網絡外治療，在滿足上文「A」段所載的兩 (2) 項外部上訴要求並且您已就該網絡外治療申請預先授權的情況下，您可以向外部上訴代理提出上訴。此外，您的治療醫生必須證明，網絡外服務與推薦的網絡內替代健康服務截然不同，且根據兩 (2) 份可用的醫療及科學證明文件證明，網絡外服務可能比網絡內替代服務更具臨床效益，且所請求的健康服務的不利風險可能不會高於網絡內替代服務。

就本節而言，您的主治醫生必須是持有執照、委員會認證或符合委員會資格的醫生，並且有資格在適合為您提供醫療服務的專業領域執業。

E. 您對非參與提供者的網絡外授權拒絕提出上訴的權利。

如果我們裁定我們有經過適當培訓且具備適當經驗的網絡內醫療提供者可滿足您的特定醫療保健需求，能夠提供所請求的醫療保健服務時，因此拒絕對網絡外醫療提供者提供授權的申請時，在滿足上文「A」段所載的兩 (2) 項外部上訴要求的情況下，您可以向外部上訴代理提出上訴。

此外，您的主治醫生必須：證明我們推薦的網絡內醫療提供者未經適當培訓且不具備適當經驗，無法滿足您的特定醫療保健需求；並推薦一名經過適當培訓且具備適當經驗，可滿足您的特定醫療保健需求，能夠提供所請求的醫療保健服務的網絡外醫療提供者。

就本節而言，您的主治醫生必須是持有執照、委員會認證或符合委員會資格的醫生，並且有資格在適合為您提供醫療服務的專業領域執業。

F. 您對處方藥一覽表例外情況拒絕決定提出上訴的權利。

如果我們透過處方藥一覽表例外處理程序拒絕您提出的非處方藥一覽表處方藥承保申請，您、您的指定人或處方醫療保健專業人員可就該處方藥一覽表例外處理拒絕決定向外部上訴代理提出上訴。請參閱本合約中的「處方藥承保」一節，瞭解關於處方藥一覽表例外處理程序的更多資訊。

G. 外部上訴程序。

您可在收到最終不利裁決或收到內部上訴程序豁免通知後四 (4) 個月內提交書面外部上訴申請。若基於我們未遵守理賠處理規定而提出外部上訴，您可在發生此類違規行為後四 (4) 個月內提交書面外部上訴申請。

我們將提供外部上訴申請，連同我們透過內部上訴流程簽發的最終不利決定或我們的內部上訴書面豁免。您也可以致電 1-800-400-8882 向 New York 州金融服務部索取一份外部上訴申請表。請將填妥的申請表格寄送至表格上所示的金融服務部的地址。如果您符合外部上訴條件，州政府會將申請轉遞給經認證的外部上訴代理。

您可在提交外部上訴申請時一併提交其他文件。若外部上訴代理認為您提交的資訊與我們作出拒絕決定時所依據的資訊之間存在重大變更，外部上訴代理會與我們分享此資訊，以便我們行使權利重新考慮我們的決定。如果我們選擇行使此項權利，我們將有三 (3) 個工作日的時間修改或確認我們的決定。請注意，如為加急外部上訴（詳見下文所述），我們將無權重新考慮我們的決定。

一般而言，外部上訴代理須在收到您填妥的申請表後 30 天內作出裁決。外部上訴代理可能會要求您、您的醫生或我們提供其他資訊。如果外部上訴代理索要額外的資訊，他/她將有額外五 (5) 個工作日的時間作出決定。外部上訴代理必須在兩 (2) 個工作日內以書面形式向您提供裁決通知。

如果您的主治醫生證明延誤提供服務（已遭承保拒絕）會對您的健康造成迫切或嚴重的威脅；或如果您的主治醫生證明標準外部上訴期限會嚴重危及您的生命、健康或獲得最佳康復的能力；或者如果您已接受急診室服務且尚未從治療機構出院，並且拒絕決定涉及住院、護理的獲取或繼續住院，則您可申請加急外部上訴。在此情況下，外部上訴代理須在收到您填妥的申請表後 72 小時內作出裁決。作出裁決後，外部上訴代理必須即時透過電話或傳真通知您和我們有關裁決。外部上訴代理還須以書面形式向您提供裁決通知。

如果您的內部處方集例外請求由我們透過處方集例外處理流程進行標準審查，外部上訴代理必須在收到您填妥的申請表格後 72 小時內對您的外部上訴作出決定並通知您或您的指定人士以及開放的健康護理專業人士。外部上訴代理將在作出決定後的兩 (2) 個工作日內書面通知您或您的指定人員及為您開方的健康護理專業人員。如果外部上訴代理推翻我們的拒絕決定，在您服用該處方藥期間，我們將承保該處方藥，包括任何重新配藥。

如果您的內部處方集例外請求由我們透過處方集例外處理流程進行加急審查，外部上訴代理必須在收到您填妥的申請表格後 24 小時內對您的外部上訴作出決定並通知您或您的指定人士以及開放的健康護理專業人士。外部上訴代理將在作出決定後的兩 (2) 個工作日內書面通知您或您的指定人員及為您開方的健康護理專業人員。如果外部上訴代理推翻我們的拒絕裁決，我們將在您患有可能會嚴重危及您的健康、生命或最佳康復能力的疾病期間或在您目前接受的非處方藥一覽表處方藥治療期間承保該處方藥。

如果外部上訴代理推翻我們作出的服務不具有醫療必需性的裁決，或批准承保試驗性或研究性治療或網絡外治療，我們將根據本合約的其他條款和條件提供承保。請注意，如果外部上訴代理批准承保屬於臨床試驗部份的試驗性或研究性治療，我們將僅承保根據試驗設計方案向您提供治療所需的服務費。我們不承保研究性藥物或裝置的費用、非健康護理服務的費用、管理研究的費用、或根據本合約規定對在臨床試驗中提供的非研究性治療不予承保的費用。

外部上訴代理作出的裁決對您和我們均具有約束力。外部上訴專員的決定在任何法庭程序中都是可接受的。

H. 您的責任。

您有責任提出外部上訴程序。您可透過向 New York 州金融服務管理局提交一份填妥的申請表提出外部上訴程序。您可委任一名代表協助您處理申請事宜；但是，金融服務管理局可能會聯絡您並要求您書面確認您已委任該代表。

根據 New York 州法律，您填妥的外部上訴申請必須在您收到最終不利裁決之日，或收到任何內部上訴的書面豁免通知之日，或我們未遵守理賠處理規定後四 (4) 個月內提交。
我們沒有權限延長此截止日期

第 XXII 節 承保終止

本合約可按下述規定終止：

A. 本合約自動終止。

在下列情況下，本合約須自動終止

1. 您身故後。
2. 當您年滿 65 歲時，您的承保將在您年滿 65 歲並有資格參加 Medicare 所在月份結束時終止，以先到者為準。
3. 當您符合 Medicaid 參保資格或參保 Medicaid 計劃時，您的保險將於確定您符合 Medicaid 參保資格當月月底終止。如果您因懷孕或處於 12 個月的產後承保期而符合 Medicaid 資格，則本合約不會自動終止。如果您懷孕了，家庭收入低於聯邦貧困線的 223%，並且想要選擇參加 Medicaid 而不是 Essential Plan，您應該聯絡 NYSOH。
4. 當您的移民身份發生變化，使您符合其他保險（包括 Medicaid）的參保資格時，您的保險將於確定您符合 Medicaid 參保資格前一個月的月底終止。
5. 當您透過 New York State of Health 市場參保其他計劃時。
6. 當您參加了可負擔的雇主贊助健康保險。

B. 由您終止。

您可隨時終止本合約，但須至少提前 14 天向 NYSOH 發出書面通知。

C. 由我們終止。

我們可以提前 30 天以書面通知終止本合約（除非下面提供了更長的通知），具體如下：

1. 欺詐或故意對重要事實作出失實陳述。
如果您作出構成欺詐的行為（在您的書面登記申請中蓄意作出關於重大事項的失實陳述）以獲得服務承保，本合約將在 NYSOH 書面通知您後立即終止。但是，如果您在您的書面登記申請中蓄意作出關於重大事項的失實陳述，而失實陳述的事實本應使我們拒絕簽發本合約，且相關申請乃涉及本合約，我們將撤銷本合約。撤銷指在簽發本合約之前，終止您的保險將具有回溯效力。
2. 若您不再居住於我們的服務區內。

3. 因我們停止提供本合約所屬類別的合約而致使合約終止之日，不論本合約的理賠歷史或健康相關狀況如何。我們至少會提前五個月向您發出書面通知。
4. 因我們終止或停止在本州個體市場提供所有醫院、手術和醫療費用承保而致使合約終止之日。我們將至少提前 180 天向您提供書面通知。

任何終止均不得損害就終止前產生的福利申請理賠的權利。

請參閱本合約中的「終止後轉換至新合約的權利」一節，瞭解您轉換至其他個人合約的權利。

第 XXIII 節

軍人的暫停保險權利。

若您（即受保人）是美國軍隊（包括國民警衛隊）的預備役成員，則在以下情況下，您有權在現役服役期間暫停保險，並在現役結束時恢復保險：

1. 在總統獲授權命令預備部隊服現役期間，您的現役服役期延長，但前提條件是該額外現役是應聯邦政府的要求及為其服務；及
2. 您的現役服役期不超過五 (5) 年。

如需在服現役期間暫停保險，您必須向我們提出書面申請。

在完成服役後，只要您向我們提出書面申請，您的承保可予以恢復。

對於在服役期間暫停的承保，承保可追溯至服役終止的日期。

第 XXIV 節 一般條款

1. 我們與網絡內醫療提供者之間的協議。

我們與網絡內醫療提供者之間的任何協議僅可由我們或該醫療服務提供者終止。本合約並未要求任何提供者接受認購者為其患者。我們概不保證受保人能獲得任何網絡內醫療提供者的服務或能加入任何健康福利計劃。

2. 轉讓。

您不得將本合約下任何福利轉讓至任何人士、公司或其他組織，除非是就意外帳單向您的提供者作出轉讓。除了應付意外帳單的款項或應付給醫院的緊急服務款項（包括急診科護理後的住院服務）外，您的任何轉讓都是無效和不可執行的。轉讓表示將您獲得根據本協議提供的服務的權利或您就這些服務向我們收取款項的權利轉讓予其他人士、公司或其他組織。

轉讓表示將您獲得根據本協議提供的服務的權利或您就這些服務向我們收取款項的權利轉讓予其他人士或組織。

3. 本合約的更改。

續簽時，我們可單方面更改本合約，但是須提前 60 天向您發出書面通知。

4. 法律選擇。

本合約須受 New York 州法律管轄。

5. 文書上的錯誤。

就本合約、或我們簽發的與本合約相關的任何其他文件、或保留與本合約項下的保險有關的任何記錄而言，您或我們所造成的文書錯誤不得對有效執行的保險作出修改或令其失效，亦不得令致有效終止的保險繼續生效。

6. 法律遵從。

若本合約的任何條款與 New York 州法律或與對 New York 州法律項下的規定施加額外規定的任何適用聯邦法律存在衝突，則須予以修訂，以使其符合該等法律的最低要求。

7. 福利限制的延續。

本合約中的某些服務可能設有特定就診次數限制。如果年內您的承保狀態發生變更，您將無權獲得任何額外額外福利。例如，您的保險終止且您在年內稍晚時候參保有關產品。

8. 完整協議。

本合約（包括任何背書、附則和隨附的申請書（如有））構成完整合約。

9. 欺詐和濫用帳單。

我們制定有程序在付款前後審核理賠，以偵測欺詐和濫用帳單行為。網絡外醫療提供者可能會針對因合理認為存在欺詐或其他故意失當行為或濫用帳單行為而裁定不予付費的服務，向從該網絡外醫療提供者處獲取服務的會員收取差額費用。

10. 提供資訊與審核。

您須儘快向我們提供我們為履行於本合約項下的義務而不時要求提供的所有資訊和記錄。您須透過電話向我們提供資訊，以便我們：確定您所需的護理水平；核實經您的醫生授權的護理；或裁定您的護理是否具有醫療必需性。

11. 身份識別卡。

身份識別（「ID」）卡由我們簽發，僅供用於身份識別用途。持有任何 ID 卡並不表示獲授權享有本合約項下的服務或福利。

12. 不可抗辯性。

您在申請本合約下的承保時作出的任何聲明均不得使本合約無效或用於任何法律程序，除非相關申請或其真確副本隨附於本合約。在自本合約簽發之日起計兩年後，您在申請承保時作出的失實陳述（欺詐性失實陳述除外）不得用於使本合約無效或否認理賠。

13. 獨立承包商。

網絡內醫療提供者為獨立簽約商。他們並非我們的代理或員工。我們及我們的員工並非任何網絡內醫療提供者的代理或員工。若您聲稱從任何網絡內醫療提供者處或在任何網絡內醫療提供者機構內接受護理時受到任何傷害，並就因此而引起或以任何方式與之相關的損害提出任何索賠或訴求，對於該等索賠或訴求，我們概不負責。

14. 在我們制定政策時提出建議。

您可以透過撥打您 ID 卡上的號碼參與我們的政策製定。

15. 資料可獲取性。

我們將為您提供您的ID卡、合約、附文及其他必要的資料。

16. 關於您的保健計劃的更多資訊。

您可索取關於您於本合約項下的保險的更多資訊。我們將應您的要求提供以下資訊：

- 我們的董事會成員、管理人員和員工的姓名、營業地址及職位清單；以及我們的最新經認證年度財務報表（包括資產負債表及收支摘要）。
- 我們向州政府提供的關於我們的會員投訴的資訊。
- 我們的受保人資訊保密程序的副本。
- 我們的處方藥一覽表副本。您亦可諮詢特定藥物是否獲本合約承保。
- 我們的品質保障計劃的書面說明。
- 我們關於臨床試驗中的試驗性或研究性藥物、醫療器械或治療的醫療政策副本。

- 醫療服務提供者與網絡內醫院的隸屬關係資訊。
- 我們的臨床審核標準（例如醫療必需性標準）副本，及在適當情況下我們可能考慮的關於特定疾病、療程或醫療利用審查指引的其他臨床資訊，包括與階段療法方案撤銷裁決相關的臨床審核標準。
- 書面申請程序及醫療服務提供者的最低資格要求。
- 包含用於根據本合約對醫療/手術福利和精神健康或物質濫用失調福利實行治療限制的程序、策略、證據標準和其他因素的文件。

17. 通知。

我們根據本合約向您發出的任何通知都將郵寄到我們記錄中顯示的您的地址，或者如果您同意電子交付，則以電子方式交付。您同意通知我們關於您地址的任何變更情況。如果您必須向我們提供任何通知，應以郵資預付的平郵發送至：P.O. Box 61010, Virginia Beach, VA 23466-1010

18. 多付款項的追討。

有時，將會在您未獲承保時，或就未獲承保的服務向您作出支付或支付超過正常金額的款項。若發生這種情況，我們會向您解釋有關問題，您須在收到我們的通知後 60 天內將多付款項退還給我們。但是，除非我們合理認為存在欺詐或其他故意失當行為，否則不得在作出原始付款後超過 24 個月追討多付款項。

19. 續期日期。

本合約的續期日期為本合約生效日期後 12 個月。除非我們按照本合約許可的方式另行終止合約，否則，只要您仍然符合本合約項下規定的資格，本合約將每年於續期日期自動續期。

21. 制定指引和行政管理規定的權利。

我們可制定或採納更詳細地說明我們在什麼情況下將會或不會根據本合約作出付款的標準。採用這些標準的目的包括：裁定住院治療是否具有醫療必需性；裁定治療您傷病的手術是否具有醫療必需性；或裁定服務是否屬於專業護理。

該等標準不得與本合約中的說明相悖。如果對適用於特定福利的標準存有疑問，您可聯絡我們，我們將向您解釋有關標準或向您寄送一份有關標準的副本。我們還可制定有關參保和其他行政事務的行政管理規定。我們須擁有能夠就本合約的執行履行我們職責的所有必要或適當權力。

22. 抵銷權利。

如果我們向您或代您作出的理賠有誤或您欠付我們任何費用，您必須償付您欠付我們的款項。除法律另有規定，否則，如果我們欠付您其他理賠款項，我們有權從我們欠付您的任何付款中扣除您欠付我們的任何款項。

23. 服務標記。

保戶特此明確承認，其理解本合約僅構成保戶與 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 之間的協議，Anthem Blue Cross Blue Shield HP 是根據 Blue Cross and Blue Shield Association（一個獨立的 Blue Cross and Blue Shield Plans 協會（「協會」））授權經營的獨立公司，允許 Blue Cross Blue Shield 在我們的服務區域使用 Blue Cross and Blue Shield 服務標誌，且 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 並非作為協會的代理簽訂合約。保戶進一步承認並同意，其簽訂本協議並非基於 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 以外的任何人的陳述，並且除 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 之外的任何個人、實體或組織均不承擔 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 根據本協議對保戶承擔的任何義務。除本協議其他條款所列責任外，此段規定不得致使 Anthem Blue Cross Blue Shield HP 承擔任何其他責任。

24. 可分割性。

本合約任何條文的不可強制執行性或無效性概不影響本合約其餘條文的有效性和可強制執行性。

25. 情況發生重大變化。

如果我們因無法控制的事件而無法依照本合約規定安排承保服務，我們將努力作出其他安排。此類事件包括重大災難、疫情、機構全部或部分毀壞、暴亂、內亂、網絡內醫療提供者的內部重要人事異動或類似原因。我們將盡合理努力安排承保服務。如果因此類事件而延誤或未能提供或安排承保服務，我們及我們的網絡內醫療提供者無需為此承擔法律責任。

26. 代位權及償還。

該等條文適用於我們已發現或可能發現另一方（包括任何保險公司）須對您的傷病或其他醫療狀況負責，而我們已就有關傷病或醫療狀況提供相關福利的情況。經適用州法律允許，對於我們已根據本合約提供的福利，我們將取得針對任何該等當事方（包括您的保險運營商）的代位求償權，除非聯邦法律先行制止。代位權指我們有權不經由您而直接向其他方追討我們已提供的福利。

根據適用的州法律規定，如果您或代表您的任何人士透過任何和解、裁決或保險賠款就我們已提供福利的傷害、疾病或狀況收到任何負責方（包括您的保險運營商）的付款，我們將有權獲得償付，除非聯邦法律先行制止。New York 一般義務法第 5-335 節規定，當原告與被告之間達成和解時，我們的追償權將不適用，除非存在法定償付權。該法律亦規定，在達成和解時，應視為您並未採取任何侵犯我們的權利的行動或違反您與我們之間的任何合約。法律法律最終假定您與負責方之間的和解並不包含任何賠償我們為之提供福利的健康護理服務的成本。

若您向任何一方（包括保險公司或律師）發出任何通知，告知其您要追索或調查某項理賠，以追討損害賠償或獲取我們已提供福利的傷病或醫療狀況的補償，我們要求您在發出通知後 30 天內通知我們。您必須提供我們或我們的代表要求的所有資訊，包括但不限於填寫並提交我們可能合理要求的任何申請表或其他表格或聲明。

27. 第三方受益人。

本合約無意設立任何第三方受益人，且本合約中概無任何條文授予除您或我們之外的任何人士或實體根據或藉由本合約產生任何性質的任何權利、福利或補救。任何其他方均無權執行本合約條文或針對我們或您履行或未能履行本合約的任何部份尋求任何補救，或就違反本合約任何條款的行為提出訴訟或起訴。

28. 起訴時間。

在根據本合約規定向我們提交書面理賠申請後滿 60 天之前，不得繼續針對我們提出任何法律或衡平法上的訴訟。您必須在需要提出申索之日起兩 (2) 年內根據本合約提起針對我們的任何訴訟。

29. 翻譯服務。

對於不講英文的認購者，可根據本合約提供免費翻譯服務。請撥打您 ID 卡上的號碼聯絡我們，以獲取這些服務。

30. 法律訴訟的審判地點。

若本合約項下產生爭議，必須在位於 New York 州境內的法院議決。您同意不在任何其他地區的法院對我們提起訴訟。您亦同意，New York 州法院對您具有屬人司法管轄權。

即，在已遵循於該等法院提起訴訟的適當程序的情況下，法院可命令您就我們對您提出的任何訴訟作出抗辯。

31. 豁免。

任何一方寬免違反本合約任何條文的任何行為不得理解為寬免其後發生的違反相同條文或違反任何其他條文的任何行為。未能行使本合約的任何權利不得視為豁免該權利。

32. 誰可更改本合約。

本合約不得變更、修訂或修改，除非以書面形式進行並經我們的總裁或總裁指定的人士簽字。任何員工、代理或其他人士均未獲授權以擴大或限制承保範圍、或資格、登記或參與條件的方式解釋、修訂、修改或另行變更本合約，除非以書面形式進行並經我們的總裁或總裁指定的人士簽字。

33. 本合約項下的付款由誰收取。

本合約項下就網絡內醫療提供者提供的服務進行的付款將由我們直接向該醫療服務提供者作出。如果您獲得非參與提供者的服務，我們保留向您或該提供者付款的權利，不論是否已作出轉讓。

對於院前緊急醫療服務、緊急地面和水上救護車運輸以及非緊急救護車運輸，如果您將福利分配給根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者，我們將直接向非參與提供者支付費用。如果您不將福利分配給根據《New York 公共衛生法》第 30 條獲得許可的非參與提供者，我們將共同向您和非參與提供者支付費用。

34. 工傷賠償不受影響。

本合約項下提供的承保不得取代且不會影響工傷賠償保險或法律規定的任何承保。

35. 您的醫療記錄和報告。

為了向您提供本合約項下的承保，我們可能需從治療過您的醫療服務提供者處獲取您的醫療記錄和資訊。接受本合約下的承保，即表示您同意您的 PCP 或健康護理提供者將您的任何醫療資訊透露給我們，以便我們、我們的指定人士或您的提供者可用於執行治療、付款或健康護理運營。這些資訊可能包括與 HIV、精神健康、酒精和藥物濫用或殘障相關的資訊。透過接受本合約下的承保範圍（州或聯邦法律禁止的情況除外），您也授權向您提供服務的每個提供者：

- 向我們或向我們可能聘請來協助我們審核某項治療或理賠，或與某項投訴或護理品質審核相關的醫療、牙科或精神健康專業人員披露與您的護理、治療和身體狀況有關的所有資訊；
 - 向我們或向我們可能聘請來協助我們審核某項治療或理賠的醫療、牙科或精神健康專業人員提供與您的護理、治療和身體狀況有關的報告；及
- 允許我們複製您的醫療記錄。

我們同意依照州和聯邦保密規定保存您的醫療資訊。然而，除非州或聯邦法律禁止，您自動許可我們與 New York 州衛生部及對 Essential Plan 擁有管理權限的其他經授權聯邦、州和地方機構、品質監督機構，以及與我們簽約協助我們管理本合約的第三方分享您的資訊，只要上述機構同意依照州和聯邦保密規定儲存該資訊。若要取消已授出的提供該資訊的任何許可，您可撥打您 ID 卡所示號碼聯絡我們。

36. 您的權利和責任。

作為會員，您在接受醫療保健服務時具有相應的權利與責任。作為您的健康護理合作夥伴，我們想要確保您在享有健康福利的同時，自身的權利也受到保護。您有權獲得由醫生或其他醫療服務提供者以您能合理理解的方式提供的有關診斷、治療和預後情況的全部及最新資訊。當該等資訊不宜提供給您時，有關資訊應提供給代表您行事的適當人士。

您有權向您的醫生或其他醫療服務提供者獲取所需資訊，以便在開始進行任何程序或治療之前給出知情同意。

您有權在法律允許的範圍內拒絕接受治療並獲知拒絕治療可能產生的醫療後果。

您有權就您的護理制定預立醫療指示。

您有權使用我們的網絡內醫療服務提供者。

作為會員，您也應在自身的護理上積極參與配合。我們鼓勵您：

- 儘可能瞭解自己的健康問題，並與您的醫療服務提供者一起制定雙方均同意的治療計劃；
- 遵照您與醫生或醫療服務提供者達成一致的治療計劃；
- 向我們、您的醫生以及其他醫療服務提供者提供必要資訊，以幫助您獲得自身需要的護理以及合約項下的全部福利。這可能包括您在加入我們保險的同時享有的其他健康保險福利；以及
- 如果您的姓名、地址或合約承保的受撫養人有任何變化，請通知我們。

如需更多資訊或想要與我們聯絡，請前往我們的網站或撥打會員 ID 卡上的電話。

Essential Plan 200-250 福利表 Anthem Blue Cross Blue Shield HP			
分攤費用	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	
自付額 • 個人 自付費用上限 • 個人 構成您自付費用限額的共同保險和共付額會在每年 12 月 31 日結束的日曆年中累計。	\$0 \$2,000	不適用 不適用 除急診護理和緊急護理所需的服務外，非參與提供者的服務不在承保範圍內。	
診所就診	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
主治醫生診室就診（或出診）	共付額 \$15	非參與提供者的服務不屬於承保範圍，並且您支付全部費用	請參閱相關福利說明
專科醫生診所就診（或出診）	共付額 \$25	非參與提供者的服務不屬於承保範圍，並且您支付全部費用	請參閱相關福利說明
預防性護理	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
• 成人年度體檢* • 成人免疫接種* • 常規婦產科服務/女性身體健康檢查* • 檢測乳腺癌的乳腺照影篩檢和診斷影像 • 女性絕育程序* • 輸精管結紮術 • 骨密度測試* • 前列腺癌篩檢 • 結腸直腸癌篩檢	全額承保 全額承保 全額承保 全額承保 全額承保 請參閱「手術服務」的分攤費用 全額承保 全額承保 全額承保	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
• SPSTF 和 HRSA 要求的所有其他預防性服務 • *當預防性服務並未根據 USPSTF 和 HRSA 支援的綜合指引提供時。	全額承保 就適當服務（主治醫生診所就診；專科醫生診所就診；放射線診斷服務；化驗程序和診斷測試）使用分攤費用	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
急診室醫療護理	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
入院前急診醫療服務（救護服務）	共付額 \$75	共付額 \$75	請參閱相關福利說明
非急診救護車服務	共付額 \$75	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
急診部 如果住院則免收分攤費用	共付額 \$75 根據公共衛生法 § 2805-i 進行的健康護理法醫鑒定不受共付額限制	共付額 \$75 根據公共衛生法 § 2805-i 進行的健康護理法醫鑒定不受共付額限制	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明
緊急護理中心	共付額 \$25	共付額 \$25	請參閱相關福利說明
專業服務和門診護理	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
某些服務需要預先授權			
先進影像拍攝服務 • 在獨立放射學機構或診室環境下執行 • 在專科醫生診室執行 • 作為門診醫院服務執行	共付額 \$25 共付額 \$25 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
過敏測試和治療 • 在 PCP 診室執行 • 在專科醫生診室執行	共付額 \$15 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
門診手術中心機構費用	共付額 \$50	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明

麻醉服務 (所有環境)	全額承保	非參與提供者的服務不屬於承保範圍，並且您支付全部費用	請參閱相關福利說明
心臟及肺病康復			請參閱相關福利說明
- 在專科醫生診室執行 - 作為門診醫院服務執行 - 作為住院醫院服務執行	共付額 \$25 共付額 \$25 納入為住院醫院服務成本分攤的一部分	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
化療和免疫療法			請參閱相關福利說明
- 在 PCP 診室執行 - 在專科醫生診室執行 - 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
脊椎推拿服務	共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
臨床試驗	就適當服務使用分攤費用	非參與提供者的服務不屬於承保範圍，並且您支付全部費用	請參閱相關福利說明
診斷測試			請參閱相關福利說明
- 在 PCP 診室執行 - 在專科醫生診室執行 - 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$25 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
透析			請參閱相關福利說明
- 在 PCP 診室執行 - 在專科醫生診室執行 - 在獨立中心執行 - 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
復健服務（物理治療、職業治療或言語治療）	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每種病症 60 次看診，每個計劃年度綜合療法
居家護理	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個計劃年度 40 次就診
不孕症服務	就適當服務（診所就診、放射線診斷服務、手術、化驗與診斷程序）使用分攤費用	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
輸液治療			請參閱相關福利說明
- 在 PCP 診室執行 - 在專科醫生診室執行 - 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
居家輸液治療	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	居家輸液治療計劃家庭健康護理就診次數限制
住院醫療就診	每次入院 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
妊娠中止			
流產服務	全額承保	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
化驗程序			請參閱相關福利說明
- 在 PCP 診室執行 - 在專科醫生診室執行 - 在獨立化驗室機構進行 - 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$25 共付額 \$25 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
產科和新生兒護理			請參閱相關福利說明
產前護理	全額承保	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	

• 住院醫療服務及生育中心 • 醫生和助產士的分娩服務 • 母乳餵養支援、諮詢和用品，包括吸奶器	全額承保 全額承保 全額承保	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	如果母親提前出院，則有一 (1) 次家庭護理訪診可受到承保，無費用分攤 在母乳餵養期間提供承保
• 產後護理 根據 USPSTF 和 HRSA 支援的綜合指南提供的產後護理	全額承保	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
醫院門診手術機構收費	共付額 \$50	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
住院前測試	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
診室內處方藥給藥 • 在 PCP 診室執行 • 在專科醫生診室執行	共付額 \$15 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明
放射線診斷服務 • 在 PCP 診室執行 • 在專科醫生診室執行 • 在獨立放射學機構環境下執行 • 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$25 共付額 \$25 共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明
放射線治療服務 • 在專科醫生診室執行 • 在獨立放射學機構環境下執行 • 作為門診醫院服務執行	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明
康復服務（物理治療、職業治療或言語治療）	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每種病症 60 次看診，每個計劃年度綜合治療 言語和物理治療僅在住院或手術後受到承保
關於癌症診斷、外科手術及其他的第二醫療意見	共付額 \$25	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 獲得轉診後，有關癌症診斷的第二意見將包含在非參與專科醫生的分攤費用中。	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明
外科服務（包括口腔手術；乳房重建手術；其他重建和矯正手術；移植） • 住院醫院手術 • 門診醫院手術 • 在流動手術中心進行的手術 • 診室手術	共付額 \$50 共付額 \$50 共付額 \$50 \$15（在主治醫生診所進行時） \$25（在專科醫生診所進行時）	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明 所有移植必須在指定機構進行
遠程醫療計劃	\$15（在主治醫生診所進行時） \$25（在專科醫生診所進行時）	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明 請參閱相關福利說明

額外的服務、設備和裝置	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
某些服務需要預先授權			
糖尿病設備、用品和自我管理教育 • 糖尿病設備、用品和胰島素（30 天供應量） • 糖尿病教育 • 糖尿病管理計劃	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
• 耐用醫療設備和支架	5% 共同保險	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
外部助聽器 • 處方助聽器	5% 共同保險	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每三 (3) 年購買一次
人工耳蝸	5% 共同保險	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	（每次承保一隻耳朵的一 (1) 個人工耳蝸）
臨終關懷護理 • 住院病患 • 門診	每次住院的共付額為 \$150 共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個計劃年度 210 天 五 (5) 次喪親諮詢
醫療用品	5% 共同保險	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
假體裝置 • 外部 • 內部	5% 共同保險 每次入院 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個肢體終身一 (1) 個假體裝置，並承保維修和更換費用 納入為住院醫院費用分攤的一部分
住院服務和機構	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
某些服務需要預先授權			
自體血液儲存	5% 共同保險	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
連續住院（包括乳房切除術護理、心臟及肺病康復以及臨終照護的住院） 需要事先授權。然而，急診入院或在新生兒加護病房提供的服務不需要預先授權。依據《公共衛生法》第 28 條認證的醫院。	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
觀察住院 若直接從門診外科機構轉至觀察病房，則豁免共付額	共付額 \$75	共付額 \$75	請參閱相關福利說明
專業護理機構（包括心臟及肺病康復）	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個計劃年度 200 天 若直接自醫院住院機構轉移至專業護理機構，豁免每次入院的共付額
住院康復服務（物理、言語及職業治療）	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	組合治療每個計劃年度不限天數
住院複健服務（物理、言語及職業治療）	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個計劃 60 次年度綜合治療 言語和物理治療僅在住院或手術後受到承保

心理健康及藥物濫用障礙服務	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
某些服務需要預先授權			
住院精神健康護理 對於連續入住一間醫院或住宅設施 需要事先授權。但是，緊急入院或 18 歲以下會員在參與 OHM 許可的設施入院時不需要預先授權。	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
門診精神健康護理 (包括部份住院和強化門診計劃服務)	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
泛自閉症障礙相關的 ABA 治療	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
泛自閉症障礙相關的輔助通訊裝置	共付額 \$15	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
在醫院中 持續住院（包括住院治療）的住院物質濫用服務 需要事先授權。然而，緊急入院或經 OASAS 許可、認證或以其他方式授權的參與設施不需要預先授權。	每次住院的共付額為 \$150	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
門診物質濫用服務 (包括部分住院、密集門診計劃服務和藥物輔助治療) • 診所就診 • 類鴉片藥物治療計劃	共付額 \$15 共付額 \$15 共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	無限：每個日曆年最多可進行 20 次家庭諮詢就診
處方藥 *處方藥物在按照 HRSA 提供支援的綜合指南提供時，或者如果該項目或服務獲得 USPSTF 的「A」或「B」評級並可在參與藥房獲得時，則不受費用分攤限制。	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
零售藥房			
30 天供應量 第1級 第2級 第3級 適用於治療物質濫用障礙的承保處方藥，包括管理阿片類藥物戒斷和/或穩定及阿片類藥物劑量過多逆轉的處方藥，無須預先授權	共付額 \$6 共付額 \$15 共付額 \$30	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
郵購藥房			
長達 90 天的 第1級 第2級 第3級	共付額 \$15 共付額 \$37.50 共付額 \$75	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
腸內配方奶粉 第1級 第2級 第3級	共付額 \$6 共付額 \$15 共付額 \$30	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用 非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	請參閱相關福利說明
健保福利	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
健康	每個計劃年度 \$250 的健康卡	非參與提供者的服務不屬於承保範圍，並且您支付全部費用	

牙科護理	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
預防性牙科護理	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每六 (6) 個月期限內一 (1) 次牙科檢查和洗牙
主要牙科護理（口腔外科、牙髓科、牙周病科和假牙修復科）	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每隔 36 個月進行全口 x 光檢查或全景 x 光檢查，以及每隔六 (6) 個月進行咬翼片 x 光檢查
視力護理	參與提供者的會員費用分攤責任	非參與提供者的會員費用分攤責任	限制
檢查	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每個日曆年一 (1) 次檢查
鏡框	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每曆年一 (1) 副處方鏡片和鏡框，除非具有醫療必要性
鏡片	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	每曆年一 (1) 副處方鏡片和鏡框，除非具有醫療
隱形眼鏡	共付額 \$0	非參與提供者的服務不受承保，您須支付全額費用	
所有網絡內事先授權請求由您的參與提供者負責提出。您不會因參與提供者未能獲得所需的預先授權而受到懲罰。但是，如果相關服務並未根據合約獲得承保，您需支付服務的全額費用。			



800-300-8181 (TTY 711) | anthembluecross.com/nyplans

服務由 Anthem Blue Cross and Blue Shield HP 提供。Anthem Blue Cross and Blue Shield HP 是 Anthem HP, LLC 的商業名稱，後者是 Blue Cross and Blue Shield Association 的獨立持牌人。Anthem 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的註冊商標。

1058221NYMCTABS 09/24