



2023 年 1 月

投保人合同

纽约州 | 基本计划 1

会员服务部

1-866-265-1893, 听障专线 (TTY) 711

这是您的

基本计划合同

由

UnitedHealthcare Community Plan 发布

这是您的基本计划保险个人合同，由 UnitedHealthcare Community Plan 发布。本合同以及随附的保障利益明细、申请表以及修改本合同条款的任何修订或附加条款，构成您与我们签订的完整协议。

您有权退回本合同。请仔细审读本合同。如果您对本合同的条款不满意，您可以将本合同退给我们，并要求我们取消。您必须在收到本合同之日后的十 (10) 天内以书面形式提出此要求。

可续约。本合同的续约日期为保险生效日期之后 12 个月之日。本合同将在每年的续约日期自动续约，除非我们在本合同允许的情况下终止本合同，或者您通过提前 30 天向我们发送书面通知来终止本合同。

本合同为您提供了网络内承保服务，您可选择是否接受此类服务：

网络内福利。本合同仅适用于网络内福利。如要获得网络内福利，您必须仅从加入我们 UnitedHealthcare Community Plan 网络的参与提供者以及加入我们的网络并位于我们服务区域内的参与药房处接受护理。除本合同“急诊服务和紧急护理”一条中所述的急诊或紧急状况下的护理外，您应负责支付非参与提供者提供的所有护理的费用。

请仔细阅读本合同全文。本合同阐述了团体合同项下提供的福利。您有责任了解本合同中的条款和条件。

本合同受纽约州法律管辖。

UnitedHealthcare Community Plan

目录

第 1 条 定义	4
第 2 条 您的保险如何运作	10
参与提供者	11
初级护理医师的职责	11
需要预授权的服务	13
医疗必要性	14
重要的电话号码和地址	17
第 3 条 获得护理和过渡护理	18
第 4 条 分摊费用和允许金额	20
第 5 条 纳入承保范围的人员	22
第 6 条 预防护理	23
第 7 条 救护车服务和入院前紧急医疗服务	26
第 8 条 急诊服务和紧急护理	28
第 9 条 门诊和专业服务	30
第 10 条 额外福利、设备和装置	40
第 11 条 住院服务	45
第 12 条 心理健康护理和药物使用服务	49
第 13 条 处方药承保范围	53
第 14 条 健康福利	62
第 15 条 视力护理	63
第 16 条 牙科护理	65
第 17 条 例外情况和限制	67
第 18 条 索赔裁定	70
第 19 条 申诉程序	72
第 20 条 使用审查	74
第 21 条 外部上诉	82
第 22 条 保险的终止	87
第 23 条 武装部队成员的临时暂停权	88
第 24 条 一般条款	89
第 25 条 保障利益明细	97
非歧视声明	110

第 1 条

定义

以下为本合同全文中使用的术语。

急性: 是指投保人的疾病或伤势发作或者状况发生变化, 需要及时就医。

允许金额: 是指我们为承保服务支付的最高金额。有关如何计算允许金额的说明, 请参见本合同的“分摊费用和允许金额”一条。

门诊手术中心: 是指当前得到适当州监管机构颁发的执照, 可提供门诊手术服务和相关医疗服务的机构。

上诉: 是指要求我们再次对使用审查裁定或申诉进行审查的要求。

差额收费: 是指非参与提供者向您收取非参与提供者的收费与允许金额之间的差额。参与提供者不会对您收取承保服务差额费用。

合同: 是指由 UnitedHealthcare Community Plan 发布的本合同, 包括保障利益明细和任何随附的附加条款。

共同保险额: 是指您分担的承保服务费用, 按照您需要向提供者支付的服务允许金额的百分比计算。具体金额可能因承保服务的类型而异。

共同给付额: 是指您在接受承保服务时直接向提供者支付的承保服务的固定金额。具体金额可能因承保服务的类型而异。

分摊费用: 是指您必须为承保服务支付的金额, 以共同给付额和/或共同保险额表示。

承保、纳入承保范围或承保服务: 是指我们在本合同的条款和条件项下为您付款、安排或批准的有医疗必要性的服务。

耐用医疗器械 (“DME”) : 耐用医疗器械是指以下器械:

- 经设计可重复使用的器械;
- 主要和通常用于医疗用途的器械;
- 在没有疾病或伤势的情况下通常对人无用的器械; 及
- 适合在家中使用的器械。

急诊状况: 是指一种医疗状况或行为状况, 表现为足够严重的急性症状 (包括剧烈疼痛), 以致于即使一名仅拥有一般医学和健康知识的谨慎的外行也可以合理地预期, 缺乏及时的医疗护理会导致:

- 遭受此类状况的人的健康处于极度危险之中; 或者, 就孕妇而言, 会导致孕妇或其未出生婴儿的健康处于极度危险之中; 或者 (如果是行为状况), 会导致遭受此类状况的人或他人的健康处于极度危险之中;
- 上述人员的身体机能受到严重损害;
- 上述人员的任何身体器官或部分身体器官出现严重功能障碍; 或
- 上述人员严重毁容。

急诊科护理: 是指您在医院急诊科得到的急诊服务。

急诊服务: 是指为评估急诊状况而在医院急诊科能力范围内进行的医疗筛查, 包括急诊科日常提供的辅助服务; 以及在医院现有工作人员和设施的能力范围内为稳定病人病情而必须进行的进一步的医疗检查和治疗。“稳定病情”是指对急诊状况进行必要的医疗治疗, 以确保 (在合理的医疗概率范围内) 在将患者从医疗机构转出或在新生儿 (包括胎盘) 分娩之前, 病情不会严重恶化或不会因此严重恶化。

例外情况: 是指我们不为之付款或不承保的医疗护理服务。

外部上诉代理人: 是指经纽约州金融服务局认证, 可根据纽约州法律进行外部上诉的实体。

纽约州基本计划 1 投保人合同

机构: 是指: 医院; 门诊手术中心; 分娩中心; 透析中心; 康复机构; 专业护理机构; 临终关怀机构; 根据《纽约州公共卫生法》第 36 条经认证或获得执照的家庭护理机构或家庭护理服务机构; 由经美国卫生部许可并在我们的服务区域内的国家癌症中心研究所指定的癌症中心; 根据《纽约州精神卫生法》第 30 条设立的进食障碍综合护理中心; 以及《纽约州精神卫生法》第 1.03 条中定义的并经纽约州戒毒服务和支持办公室认证或者根据《纽约州公共卫生法》第 28 条认证的机构 (或者其他州以类似方式得到许可或认证的机构)。如果您在纽约州以外的地方接受药物使用障碍治疗, 则机构还包括一家联合委员会认可的提供药物使用障碍治疗计划的机构。

联邦贫困水平 (FPL): 是指美国卫生与公众服务部每年发布的收入水平衡量指标。联邦贫困水平用于确定您是否符合某些计划和福利 (包括基本计划) 的资格, 并每年更新。

申诉: 是指您向我们提出的不涉及使用审查裁定的投诉。

复健服务: 是指帮助人保持、学习或改进日常生活技能和能力的医疗护理服务。复健服务包括对能力受限和残疾的管理, 包括有助于维持生理、认知或行为能力或防止此类能力退化的服务或计划。此类服务包括物理疗法、职业疗法和言语疗法。

专业医护人员: 是指: 以适当方式持照、注册或认证的医师; 牙科医生; 验光师; 整脊师; 心理医生; 社会工作者; 足科医生; 理疗师; 职业治疗师; 助产士; 言语-语言病理学家; 听力学家; 药剂师; 行为分析师; 执业护士; 或者在《纽约州教育法》(或其他类似的州法律, 视情况而定) 第 8 篇项下并且《纽约州保险法》规定必须得到承认的任何其他持照、注册或认证的专业医护人员, 向患者收取承保服务的费用。专业医护人员的服务必须在此类提供者的合法执业范围内提供才可在本合同项下纳入承保范围。

家庭护理机构: 是指目前在纽约州或在其运营并提供家庭医疗护理服务所在的州获得认证或执照的组织。

临终关怀护理: 是指由根据《纽约州公共卫生法》第 40 条认证或者通过临终关怀机构所在州规定的类似认证程序得到认证的临终关怀机构提供的护理, 为处于绝症末期的患者及其家人提供安慰和支持。

医院: 是指一种短期急性综合性医院, 此类医院:

- 主要向患者提供诊断和治疗服务, 以便对受伤或患病人员进行诊断、治疗和护理, 此类服务由医师提供或在医师的持续监督下提供;
- 由内科和大外科科室组成;
- 要求每位患者均必须接受医师或牙医的治疗;
- 提供 24 小时护理服务, 此类服务由注册职业护士 (R.N.) 提供或在其监督下提供;
- 如果位于纽约州, 则应具有适用于所有患者的有效住院审查计划, 并且此类计划至少应符合《美国法典》第 42 编第 1395x(k) 条规定的标准;
- 得到负责为此类医院颁发执照的机构正式颁发的执照; 及
- 不是: 休息场所、主要用于治疗结核病的场所、老年人场所、吸毒者场所、酗酒者场所或者疗养、监护、教育或康复护理场所, 但偶然发生的情况除外。

医院并不是指疗养胜地、水疗中心或者学校或校园中的医务室。

住院治疗: 是指要求住院治疗且通常需要住院过夜的医院护理。

医院门诊护理: 是指不需要住院过夜的医院护理。

合法居留移民: “合法居留”一词包括以下移民:

- 具有“合格非公民”身份, 无需护照等待期的移民
- 具有人道主义身份或处于此情况下 (包括临时保护身份、特殊少年身份、庇护申请者、《联合国禁止酷刑公约》中规定的身份或情况、人口贩卖受害者) 的移民
- 持有有效的非移民签证的移民
- 具有根据其他法律授予的合法身份 (临时居民身份、《活婴公平平等法案》中规定的身份、“纽约移民家庭团聚项目”个人) 的移民。如需查看符合资格条件的移民身份的完整清单, 请访问以下网站: <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> 或致电纽约州健康计划市场, 电话号码: 1-855-355-5777。

有医疗必要性: 有关定义, 请参见本合同的“您的保险如何运作”一条。

社保法: 是指经修订的《社会保障法》第 18 篇。

网络: 是指与我们签约, 为您提供医疗护理服务的提供者。

纽约州基本计划 1 投保人合同

纽约州健康市场 (“NYSOH”) : 纽约州健康市场是指纽约州的官方健康计划市场。NYSOH 是一种健康保险市场, 其中个人、家庭和小型企业可以了解其健康保险方案; 根据成本、保险赔偿金和其他重要特征来比较各项保险计划; 选择保险计划; 以及参保。NYSOH 还提供与各项计划 (包括 Medicaid、Child Health Plus、保费税收抵免和分摊费用减免计划) 相关的信息, 帮助中低收入人群和人力资源为保险付费。

非参与提供者: 是指为您提供医疗护理服务但未与我们签约的提供者。非参与提供者的服务只有在急诊服务或经我们批准的情况下才会纳入承保范围。

自付限额: 是指在我们开始为承保服务支付 100% 的允许金额之前, 您在计划年度内支付的最高分摊费用。此限额无论如何均不包括差额收费费用或我们不承保的医疗护理服务的费用。

参与提供者: 是指与我们签约, 为您提供医疗护理服务的提供者。如需查看参与提供者及其位置的清单, 请访问我们的网站: myuhc.com/CommunityPlan, 或者我们也可根据您的要求提供此清单。我们会不时修订该清单。

医师或医师服务: 是指由执业医师 (即 M.D: 医师或 D.O.: 骨科医师) 提供或协调的医疗护理服务。

计划年度: 是指自本合同生效日期或此后该日期的任何周年日开始的 12 个月, 本合同在此期间有效。

预授权: 是指我们在您接受承保服务、程序、治疗计划、装置或处方药之前所做的裁定, 裁定所述承保服务、程序、治疗计划、装置或处方药有医疗必要性。我们会在本合同的“保障利益明细”一条中注明哪些承保服务需要预授权。

处方药: 是指经美国食品药品监督管理局 (“FDA”) 批准并列入我们的处方集的药物、产品或装置; 根据联邦或州法律, 此类药物、产品或装置只能按照处方单或重新配药处方配发。处方药包括由于其特性而适合自我给药或由非专业护理人员给药的药物。

初级护理医师 (“PCP”) : 是指通常为内科医师或家庭执业医师并直接为您提供或协调一系列医疗护理服务的参与医师。

提供者:是指按照州法律的规定获得执照、经注册、经认证或经认可的医师、专业医护人员或机构。提供者还包括糖尿病设备和用品、耐用医疗器械、医疗用品或者本合同项下承保的任何其他设备或用品的供应商或配药员,其按照州法律的规定获得执照、经注册、经认证或经认可。

转介:是指一名参与提供者向另一名参与提供者给予的批准(通常是 PCP 给予参与专科医生),目的是为投保人安排额外的护理。转介可采用以下形式:电子传输文件,或者由您的提供者填写的纸质转介表。除非本合同的“获得护理和过渡护理”一条中另有规定或者我们另行批准,否则非参与提供者不得进行转介。转介不是硬性规定,但如果您想要为本合同“保障利益明细”一条中列出的某些服务支付较低的分摊费用,您就需要转介。

康复服务:是指帮助某人保持、恢复或改进该人因疾病、伤势或残疾而丧失或受损的日常生活技能和能力的医疗护理服务。此类服务包括住院和/或门诊环境中的物理疗法、职业疗法和言语疗法。

保障利益明细:是指本合同中阐述承保服务的共同给付额、共同保险额、自付额限额、预授权要求、转介要求及其他限制的条款。

服务区域:是指由我们指定并经纽约州批准的地理区域,我们在其中提供保险。我们的服务区域包括:奥尔巴尼、布朗克斯、布鲁姆、卡尤加、肖托夸、切蒙、希南戈、克林顿、哥伦比亚、埃塞克斯、富兰克林、富尔顿、杰纳西、杰斐逊、国王、刘易斯、麦迪逊、门罗、拿骚、纽约、尼亚加拉、奥奈达、奥农达加、安大略、奥尔治、奥尔良、奥斯威戈、皇后、伦斯勒、里士满、罗克兰、萨拉托加、斯克内克塔迪、塞内卡、圣劳伦斯、萨福克、泰奥加、阿尔斯特、沃伦、韦恩、威彻斯特和耶茨县。

专业护理机构:是指一种机构或机构中的独立部分,此类机构或机构部分:目前根据州或地方法律获得执照或得到批准;主要提供专业护理和相关服务(作为专业护理机构、延伸护理机构或者经联合委员会或美国骨病协会医院管理局批准的护理机构提供,或者作为 Medicare 计划项下的专业护理机构提供);或者经我们确定符合上述任何机构的标准。

专科医生:是指专注于某一特定医学领域或一组患者以诊断、管理、预防或治疗某些类型的症状和病症的医师。

投保人:是指向其发布本合同的人。如果投保人因申诉或者急诊科住院或就诊而需要发出通知,则“投保人”也指投保人的指定人员。

纽约州基本计划 1 投保人合同

UCR（通常、习惯和合理）金额：是指在某个地理区域内，根据该区域提供者通常针对相同或类似医疗服务收取的费用而支付的医疗服务金额。

紧急护理：是指疾病、伤势或状况严重到一个有理性的人会立即寻求护理，但又没有严重到需要急诊科护理的医疗护理。紧急护理可以在参与医师的诊所或紧急护理中心提供。

紧急护理中心：是指提供紧急护理的持照机构（医院除外）。

我们、我们的：是指 UnitedHealthcare Community Plan 以及我们合法委托其代表我们履行本合同的任何人。

使用审查：是指为确定服务是否现在或曾经是有医疗必要性、实验性或研究性的服务（即罕见疾病的治疗或临床试验）而进行的审查。

您、您的：是指投保人。

第 2 条 您的保险如何运作

A. 您在本合同项下的保险

您已加入基本计划。我们将向您提供本合同中所述的福利。您应该将本合同与您的其他重要文件一同备存，以便供您将来参考。

B. 承保服务

您只有在以下情况下才可获得本合同的条款和条件项下的承保服务：

- 承保服务有医疗必要性；
- 承保服务是由参与提供者提供的；
- 承保服务是被列为承保服务的服务；
- 承保服务未超出本合同“保障利益明细”一条中所述的任何保障利益限制；及
- 您在您合同的有效期内接受承保服务。

如果您在我们的服务区域之外，则承保范围仅限于急诊服务、为治疗您的急诊状况而提供的入院前紧急医疗服务和救护车服务以及紧急护理。

C. 参与提供者

如需确定某提供者是否是参与提供者：

- 请查看我们的提供者名录，该目录可应您的要求提供；
- 或致电 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**；或
- 访问我们的网站：**myuhc.com/CommunityPlan**。

提供者名录中将为您提供与我们参与提供者相关的以下信息：

- 姓名/名称、地址和电话号码
- 所属专科
- 委员会认证（如适用）
- 使用的语言
- 提供者是否正在接诊新患者

如果您在以下情况下接受由某个不是参与提供者的提供者提供的承保服务，则您只需承担适用于承保服务的任何分摊费用：

- 该提供者在我们的在线提供者名录中列为参与提供者；
- 我们的纸质版提供者名录将该提供者列为参与提供者，但这一点在名录发布之日之后是不正确的；
- 我们向您发出书面通知，说明该提供者是参与提供者，以回应您通过电话提出的关于提供该提供者网络状态信息的要求；或
- 我们未在您通过电话提出网络状态信息要求的一（1）个工作日内向您发出书面通知。

在上述情况下，如果该提供者向您收取的费用超过您的分摊费用，并且您支付了账单，则您有权从该提供者处获得退款（外加利息）。

D. 初级护理医师的职责

本合同要求您选择一名 PCP。虽然我们鼓励您接受 PCP 的护理，但在接受参与提供者的专科医生护理之前，您不需要 PCP 的书面转介。您可以从基本计划 UnitedHealthcare Community Plan 网络的 PCP 名单中选择任何有空的参与 PCP。在某些情况下，您可以指定一名专科医生作为您的 PCP。有关指定专科医生的更多信息，请参见本合同的“获得护理和过渡护理”一条。如要选择一名 PCP，请访问我们的网站：**myuhc.com/CommunityPlan**。如果您未选择 PCP，我们会为您指定一位 PCP。

纽约州基本计划 1 投保人合同

就分摊费用而言，如果您向其主要或次要专科而非全科、家庭全科、内科、儿科和产科/妇科的 PCP（或为 PCP 投保的医师）寻求服务，则如果该 PCP 提供的服务与专科护理相关，您就必须支付本合同“保障利益明细”一条中的专科诊所就诊分摊费用。

E. 到提供者处就诊和更换提供者

有时，我们的提供者名录中的提供者可能没空。在向我们告知您所选择的 PCP 之前，您应先致电该提供者，以确保其正在接诊新患者。

如需到某提供者处就诊，请致电该提供者的诊所，告知该提供者，您是 UnitedHealthcare Community Plan 会员，并说明您就诊的原因。请带上您的 ID 卡。提供者的诊所可能会要求您提供会员 ID 号。如果您将前往提供者的诊所，请带上您的 ID 卡。

如需在正常工作时间之外联系您的提供者，请致电该提供者的诊所。电话将转接至该提供者，电话应答机将指导您获得服务；或者转接至其他提供者。如果您遇到急诊状况，请立即前往最近的医院急诊科寻求护理或者拨打 **911**。

您可以通过以下方式更换您的 PCP：拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**，联系会员服务部。

如果我们在您居住的县或邻近县没有符合经批准的时间和距离标准且属于某些提供者类型的参与提供者，我们将为向某非参与提供者授权给予批准，除非您不再需要护理，或者我们的网络中有符合时间和距离标准的参与提供者且您的护理已转介给该参与提供者。您的 PCP 必须致电 UnitedHealthcare 的事先授权部（电话：1-866-604-3267），以获得授权，以便您可前往不在 UnitedHealthcare 网络内的专科医生处就诊。该专科医生必须同意与 UnitedHealthcare 合作，并接受我们的付款作为全额付款。此授权称为“预授权”。如果您的 PCP 将您转介给不在 UnitedHealthcare 网络内的专科医生，则其将在进行转介时向您解释这一切。如需了解与您要求到不在 UnitedHealthcare 网络内的提供者处就诊时应提供哪些文件相关的更多信息，请参见“服务授权”一条。如果 UnitedHealthcare Community Plan 就使用不在 UnitedHealthcare 网络内的提供者给予批准，则您无需承担任何费用，但本手册中所述的任何共同给付额除外。由非参与提供者提供的承保服务将按参与提供者提供的服务来支付费用。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。

F. 网络外服务

非参与提供者的服务不在承保范围内，但急诊服务、为治疗您的急诊状况而提供的入院前紧急医疗服务和救护车服务除外，或者本合同中明确承保的情况除外。

G. 需要预授权的服务

在您接受某些承保服务之前，不需要我们的预授权。您的 PCP 或参与提供者负责为本合同“保障利益明细”一条中列出的网络内服务申请预授权。

H. 预授权程序

如果您为需要预授权的服务寻求承保，则您的提供者必须致电 UnitedHealthcare 的事先授权部，电话：1-866-604-3267。

为申请预授权，您的提供者必须按下文所述联系我们：

- 如果您的提供者建议住院治疗，则其必须在计划的住院或手术之前至少提前两 (2) 周联系我们。如果无法做到这一点，则必须在住院前，在正常工作时间内尽快联系我们。
- 如果您的提供者建议在医院的门诊手术部门或门诊手术中心接受手术或任何门诊护理程序，则其应在此类门诊手术或程序之前至少提前两 (2) 周联系我们。如果无法做到这一点，则必须在此类手术或程序前，在正常工作时间内尽快联系我们。
- 如果您的住院时间预期将超过 48 小时 (对于阴道分娩) 或 96 小时 (对于剖宫产)，则其必须在您怀孕后的前三 (3) 个月内联系我们；或者其必须在您怀孕后尽快联系我们，并在您实际分娩日期之后的 48 小时内再次联系我们
- 在非急诊状况下，在提供救护飞机服务之前

您必须按下文所示联系我们，发出通知：

- 如果在急诊状况下提供救护飞机服务，则必须尽快联系我们
- 如果您在急诊状况下住院治疗，则您必须在住院后 48 小时内或尽快致电联系我们

I. 未能申请预授权

如果您未能按照本条规定向我们申请福利预授权，则我们支付的费用将比我们本应支付的护理费用少 500 美元，或者我们将仅支付本应支付的护理费用的 50%，以两者中令您获益更多者为准。其余服务费用必须由您支付。即使您没有申请我们的预授权，我们也只有在确定护理有医疗必要性的情况下才会支付上述款项。如果我们确定护理服务没有医疗必要性，则您应负责支付此类服务的全部费用。

J. 医疗管理

在本合同项下向您提供的福利将接受服务前审查、同时审查和回顾性审查，以确定我们应在何种情况下承保服务。这些审查的目的是审查服务程序的执行情况以及提供服务的环境或地点（在适当情况下），从而促进以高性价比的方式提供医疗护理服务。为了确保获得福利，承保服务必须是有医疗必要性的服务。

K. 医疗必要性

如果医疗护理服务、程序、治疗、测试、装置、处方药或用品（统称为“服务”）有医疗必要性，我们将承保本合同中所述的福利。提供者提供、开具处方、订购、推荐或批准服务这一点并不会导致服务具有医疗必要性，也不意味着我们必须为服务承保。

我们可能根据对以下各项进行的审查来作出裁定：

- 您的病历
- 我们的医疗政策和临床指南
- 专业学会、同行评审委员会或其他医师团体的医学意见
- 经同行评审的医学文献中的报告
- 由国家公认的卫生保健组织发布的报告和指南，包括支持性科学数据
- 美国公认的诊断、护理或治疗方面的安全性和有效性专业标准
- 所涉及的公认健康专科中专业医护人员的意见
- 主治提供者的意见，此类意见具有可信度，但不会推翻与之相反的意见

只有在以下情况下，服务才可视为有医疗必要性：

- 服务的类型、频率、程度、地点和持续时间在临床上是合适的，并且服务被认为对您的疾病、伤势或病情有效
- 服务是上述状况的直接护理以及治疗或管理所必需的
- 如果不提供服务，您的状况将受到不利影响
- 服务是根据公认的医疗实践标准提供的
- 服务主要不是为了方便您、您的家人或您的提供者
- 服务的成本并不比至少可能产生同等治疗或诊断效果的其他一项或一系列服务更高

-
- 如果服务的环境或地点构成审查的一部分,而在高成本环境下向您提供的服务本可以在成本更低的环境下安全地提供,则此类在高成本环境下提供的服务将视为没有医疗必要性。例如,如果某项手术本可以在门诊进行,我们不会将住院手术纳入承保范围;或者,如果某种特殊药品本可以在医师诊所或家庭环境中输注,我们不会将在医院住院部输注的此类药品纳入承保范围。

如果我们确定某项服务没有医疗必要性,则您有权对此提出内部和外部上诉。有关此项权利,请参见本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款。

L. 防范意外账单

1. 意外账单。意外账单是指您在以下情况下收到的承保服务账单:

- 对于非参与提供者在参与医院或门诊手术中心提供的服务,为以下情况:
 - 参与提供者在提供医疗护理服务时没空;
 - 非参与提供者在您不知情的情况下提供服务;或
 - 在提供医疗护理服务时产生未预料到的医疗问题或服务。

意外账单不包括在参与医师有空,但您仍选择接受非参与医师的服务的情况下的医疗护理服务账单。

- 参与医师在未经您明确书面同意(确认同意转介给非参与提供者)的情况下将您转介给非参与提供者,而这可能会导致我们不为费用承保。就意外账单而言,转介给非参与提供者是指:
 - 您在参与提供者处就诊,但在就诊期间承保服务由非参与提供者在该参与提供者的诊所提供;
 - 参与医师将其在诊所中从您身上采集的样本发送给非参与实验室或病理学家;或
 - 对于非参与提供者按照参与医师的要求提供的任何其他承保服务,为您的合同项下要求转介的情况。

如果任何非参与提供者就超出您网络内分摊费用的意外账单收费,则我们将为您提供保障,确保您无需支付此类费用。非参与提供者只能向您收取分摊费用。您可以签署一份表格,告知我们和非参与提供者您收到了意外账单。

意外账单认证表可从以下网址下载: www.dfs.ny.gov, 或者您可以访问我们的网站(网址: myuhc.com/communityplan), 获取该表的副本。您需要按照您 ID 卡上的地址将该表的副本邮寄给我们以及您的提供者。

纽约州基本计划 1 投保人合同

2. **独立争议解决流程。**我们或提供者均可将涉及意外账单的争议提交给州指定的独立争议解决实体（“IDRE”）。独立争议解决实体将在收到争议后的 30 天内确定我们的付款或提供者的收费是否合理。

M. 使用远程医疗提供承保服务

如果您的参与提供者使用远程医疗提供承保服务，我们不会以此类服务是使用远程医疗提供的为由而拒绝为此类服务承保。使用远程医疗提供的承保服务可能受使用审查和质保要求以及本合同其他条款和条件的约束，所述其他条款和条件至少与未使用远程医疗提供的相同服务的条款和条件一样优惠。“远程医疗”是指在您的位置与您的提供者的位置不同的情况下，参与提供者使用电子信息和通信技术向您提供承保服务。

N. 病例管理

对于因严重、复杂和/或慢性健康状况而需要医疗护理的会员，病例管理有助于对为其提供的服务进行协调。我们的计划对福利进行协调并对同意加入病例管理计划的会员进行培训，以帮助满足其健康相关需求。

我们的病例管理计划是保密的，且仅凭自愿加入。此类计划不会向您收取额外费用，也不会改变承保服务。如果您符合计划标准并同意加入，我们将帮助您满足您确定的医疗护理需求。这项工作需要通过与您和/或您的授权代表、治疗医师和其他提供者的联系人和团队合作来完成。此外，我们还可能会帮助协调护理与现有的社区计划和服务，以满足您的需求，其中可能包括向您提供与外部机构以及社区计划和服务相关的信息。

对于某些严重或慢性疾病或伤势病例，我们可能通过病例管理计划为未列为承保服务的替代护理提供福利。我们还可能将承保服务的范围扩展到本合同的最大受益范围之外。如果我们确定替代福利或扩展后的福利符合您和我们的最佳利益，我们将根据具体情况做出决定。

本条款中的任何内容均不应阻止您对我们的决定提出上诉。如果我们决定为某个病例提供扩展后的福利或对替代护理给予批准，则此决定并不意味着我们有义务再次向您或任何其他成员提供相同的福利。我们有权随时更改或停止提供扩展后的福利，或者更改对替代护理给予的批准或停止批准。在这种情况下，我们将提前向您或您的代表发出书面通知。

O. 重要的电话号码和地址

- **索赔:**

UnitedHealthcare Community Plan Medical Claims
P.O. Box 5240
Kingston, NY 12402-5240

UnitedHealthcare Community Plan Dental Claims
P.O. Box 2061
Milwaukee, WI 53201

- **投诉、申诉以及使用审查上诉:**

请致电会员服务部, 电话: **1-866-265-1893**。

或致信:

UnitedHealthcare Community Plan
收件人: Essential Plan Complaints, Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

- **意外账单认证表:**

参见您 ID 卡上的地址。

(按照此地址提交意外账单的意外账单认证表。)

- **急诊和紧急护理部:**

1-866-265-1893

周一至周五, 上午 8 点至下午 6 点

- **会员服务部: 1-866-265-1893**

可在周一至周五, 上午 8 点至下午 6 点联系会员服务部代表。

- **预授权: 1-866-604-3267**

- **行为健康服务部: 1-866-265-1893, 听障专线 711**

- **我们的网站: myuhc.com/CommunityPlan**

第 3 条

获得护理和过渡护理

A. 向非参与提供者进行授权

如果我们确定我们的任何参与提供者均未经过适当培训, 也无适当经验, 无法治疗您的病情, 我们将批准向合适的非参与提供者进行授权, 以便由后者进行治疗。您的参与提供者必须事先申请批准向特定非参与提供者进行授权。如果对向非参与提供者进行授权给予了批准, 则此类批准不是为了方便您或其他进行治疗的提供者而给予的批准, 也不一定是为您申请的须授权的特定非参与提供者给予的批准。如果我们批准授权, 非参与提供者提供的所有服务均受我们在与您的 PCP、非参与提供者和您进行协商后批准的治疗计划的约束。由非参与提供者提供的承保服务将按参与提供者提供的服务来进行承保。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。如果授权未获批准, 非参与提供者提供的任何服务将不在承保范围内。

B. 专科医生在何种情况下可成为您的初级护理医师

如果您患有危及生命的病症或疾病或者需要长期专科护理的退行性和致残性病症或疾病, 您可以申请身为参与提供者的专科医生担当您的 PCP。如果您想要您的专科医生担当您的 PCP, 您应与您的专科医生商讨, 并询问该医生是否愿意担当您的 PCP。这意味着, 您的专科医生将负责管理您的整体健康需求、协调实验室测试、X 光以及其他专科医生就诊。如果您的专科医生同意, 请要求其向以下地址发送一封书面信函, 确认其愿意担当您的 PCP, 并说明原因: Member Services Director, UnitedHealthcare Community Plan, One Penn Plaza, 8th Floor, New York, NY 10119。我们将审查您的申请, 并在更换 PCP 之后通知您。任何授权将根据我们在与您的 PCP、专科医生和您进行协商后批准的治疗计划进行。除非我们确定我们的网络内没有合适的提供者, 否则我们不会批准非参与专科医生。如果我们批准非参与专科医生, 则非参与专科医生根据经批准的治疗计划提供的承保服务将按参与提供者提供的服务来支付费用。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。

C. 对参与提供者的长期授权

如果您需要持续的专科护理，您可能会获得对身为参与提供者的专科医生的“长期授权”。这意味着，每次您需要到该专科医生处就诊时，您都无需从您的 PCP 处获得新的授权。我们将与专科医生和您的 PCP 进行协商，并决定您是否应获得长期授权。任何授权将根据我们在与您的 PCP、专科医生和您进行协商后批准的治疗计划进行。治疗计划可能会限制就诊次数或授权就诊的时间，并可能会要求专科医生向您的 PCP 提供对所提供的专科护理的定期更新以及所有必要的医疗信息。除非我们确定我们的网络内没有合适的提供者，否则我们不会批准对非参与专科医生的长期授权。如果我们批准对非参与专科医生的长期授权，则非参与专科医生根据经批准的治疗计划提供的承保服务将按参与提供者提供的服务来支付费用。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。

D. 专科护理中心

如果您患有危及生命的病症或疾病或者需要长期专科护理的退行性和致残性病症或疾病，您可以申请对具有治疗您病症或疾病的专业知识的专科护理中心进行授权。专科护理中心是经州机构、联邦政府或国家卫生组织认可或指定的中心，具有治疗您的疾病或病症的专科专业知识。我们将与您的 PCP、专科医生和专科护理中心进行协商，以决定是否应批准此类授权。任何授权将根据由专科护理中心制定、并由我们在与您的 PCP 或专科医生和您进行协商后批准的治疗计划进行。除非我们确定我们的网络内没有合适的专科护理中心，否则我们不会批准对非参与专科护理中心的授权。如果我们批准对非参与专科护理中心的授权，则非参与专科护理中心根据经批准的治疗计划提供的承保服务将按参与专科护理中心提供的服务来支付费用。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。

E. 在您的提供者退出网络时

如果在您的提供者退出我们的网络时，您正在接受持续治疗，则在您的提供者向您提供服务的合同义务终止之日后的 90 天内，您可以继续从该退网的前参与提供者处获得持续治疗的承保服务。如果您已怀孕，则您可以在分娩期间以及任何与分娩直接相关的产后护理期间继续接受该前参与提供者的护理。

提供者必须接受协商费用作为付款，该协商费用为紧接在我们与提供者的关系终止之前生效的协商费用。提供者还必须向我们提供与您的护理相关的必要医疗信息，并遵守我们的政策和程序，包括与确保护理质量、获得预授权、授权以及经我们批准的治疗计划相关的政策和程序。您仍可获得承保服务，如同承保服务是由现任参与提供者提供的一样。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。请注意，如果提供者与我们的关系因欺诈、即对患者造成的伤害或州委员会或机构的最终纪律处分而被我们终止，导致提供者的执业能力受到损害，则您无法再继续接受该提供者的治疗。

F. 治疗过程中的新会员

如果在本合同项下您的保险生效的情况下，您正在接受非参与提供者的持续治疗，则在本合同项下您的保险生效日期之后的 60 天内，您可以继续获得该非参与提供者的持续治疗的承保服务。上述治疗过程必须是对危及生命的疾病或病症，或者退行性和致残性病症或疾病的治疗。如果您处于怀孕的第二或第三孕期，则在本合同项下您的保险生效的情况下，您也可以继续接受非参与提供者的护理。您可以在分娩期间以及任何与分娩直接相关的产后护理期间继续接受护理。

为了确保您可继续在 60 天内获得承保服务，或可在怀孕期间继续获得承保服务，非参与提供者必须同意接受我们为此类服务支付的费用作为付款。该非参与提供者还必须同意向我们提供与您的护理相关的必要医疗信息，并遵守我们的政策和程序，包括与确保护理质量、获得预授权、转介以及经我们批准的治疗计划相关的政策和程序。如果该非参与提供者同意上述条件，则您仍可获得承保服务，如同承保服务是由参与提供者提供的一样。您将仅承担任何适用的网络内分摊费用。

第 4 条 分摊费用和允许金额

A. 共同给付额

除非另有规定，否则您必须为承保服务支付本合同“保障利益明细”一条中的共同给付额或固定金额。但是，如果服务的允许金额低于共同给付额，则您只需承担较低的那个金额即可。

B. 共同保险额

除非另有规定，否则您必须支付一定百分比的承保服务允许金额。我们将支付剩余百分比的允许金额，详见本合同“保障利益明细”一条。

C. 自付额限额

如果您已达到本合同“保障利益明细”一条中某个计划年度的分摊费用的自付额限额，我们会将该计划年度的剩余时间内承保服务 100% 的允许金额纳入承保范围。

网络外服务（但急诊服务以及经我们批准，可作为网络内例外情况的网络外服务除外）和网络外透析的分摊费用不适用于您的网络内自付额限额。本合同“您的保险如何运作”一条中所述的预授权通知罚款不适用于您的自付额限额。自付额限额按计划年度计算。

D. 允许金额

“允许金额”是指在扣除任何适用的共同给付额或共同保险额之前，我们将为本合同项下承保的服务或用品支付的最高金额。我们按以下方式确定我们的允许金额：

我们向参与提供者支付的款项可能包括财务激励，以帮助提高护理质量并促进以高性价比的方式提供承保服务。此类财务激励计划项下的付款不会用作为向您提供的特定承保服务而支付的付款。您的分摊费用不会由于在此类财务激励计划中向参与提供者支付的任何款项或从参与提供者处收到的任何款项而发生变化。

1. 医师配给的药物

对于医师配给的药物，我们采用与 Medicare 和 Medicaid 服务中心采用的定价方法类似的缺口法进行定价，并根据公开的药物采购成本或平均批发价格计算费用。此类方法是由 RJ Health Systems、汤森路透（在其红皮书中发布）或我们根据内部制定的药物定价资料而制定的，但前提是，只有在其他定价方法无法为医师配给的药物提供可用的定价数据，或者因特殊情况而需要对其他定价方法中的价格进行上调的情况下，才会制定此类方法。

有关非参与提供者提供的急诊服务的允许金额，请参见本合同的“急诊服务和紧急护理”一条。有关非参与提供者提供的入院前紧急医疗服务的允许金额，请参见本合同的“救护车服务和入院前紧急医疗服务”一条。

第 5 条

纳入承保范围的人员

A. 纳入本合同项下承保范围的人员

您，即收到本合同的投保人，是纳入本合同项下承保范围的人员。您必须在我们的服务区域内生活或居住才能纳入本合同项下的承保范围。您的家庭收入必须在联邦贫困水平的 138% 到 200% 之间。如果您加入了 Medicare 或 Medicaid 计划，或者平价的雇主资助健康保险计划，则您没有资格获得本合同。此外，如果您的收入为联邦贫困水平的 138% 以上，且您未满 19 岁、年龄超过 64 岁或者怀孕，则您也没有资格获得本合同。

您必须报告可能对您全年资格造成影响的变化，包括您是否怀孕。如果您在投保本产品期间怀孕，您将有资格加入 Medicaid。我们强烈建议孕妇加入 Medicaid 计划，以确保新生儿从出生起便可持续纳入承保范围，因为新生儿不在基本计划的承保范围内。如果您过渡到 Medicaid，您的新生儿将从出生起自动加入 Medicaid，而不会出现承保缺口。

B. 保险类型

基本计划项下仅提供一种类型的保险，即个人保险，这意味着只有您才能被纳入承保范围。如果您的其他家庭成员也在基本计划的承保范围内，他们将收到一份单独的合同。

C. 参保

您可以在一年中的任何时间在本合同项下参保。如果 NYSOH 在任何一个月的 15 日或之前收到您作出的选择，则您的保险将从下个月的第 1 天开始生效。如果 NYSOH 在任何一个月的 16 日或之后收到您作出的选择，则您的保险将从下下个月的第 1 天开始生效。例如，如果您在 1 月 16 日作出选择，则您的保险将从 3 月 1 日开始生效。如果 NYSOH 在 2022 年 12 月 15 日或之前收到您的选择，则您的保险将从 2023 年 1 月 1 日开始生效。

第 6 条

预防护理

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

预防护理

我们对以下旨在促进健康和及早发现疾病的服务进行承保。预防性服务在以下情况下不适用分摊费用（共同给付额或共同保险额）：预防性服务由参与提供者提供，并根据医疗资源和服务管理局（“HRSA”）发布的综合指南提供；或者是美国预防服务工作组（“USPSTF”）评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务；或者是免疫接种实践咨询委员会（“ACIP”）建议的免疫接种。但是，分摊费用可能适用于在同一次就诊期间与预防性服务一同提供的服务。此外，如果在诊所就诊期间提供预防性服务，但预防性服务不是就诊的主要目的，则本应适用于诊所就诊的分摊费用金额仍将适用。如需 HRSA 发布的综合指南的副本或了解 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务以及 ACIP 建议的免疫接种，您可以致电 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 联系我们，或访问我们的网站：myuhc.com/communityplan。

- A. **成人年度体检。**我们承保 HRSA 发布的综合指南中规定的成人年度体检、预防护理和筛查，以及 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务。

USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务包括但不限于：酒精滥用筛查、成人血压筛查、结肠直肠癌筛查、抑郁症筛查、糖尿病筛查和肺癌筛查。如需查看承保的预防性服务的完整清单，请访问我们的网站：myuhc.com/CommunityPlan，或者我们也可应您的要求将此清单邮寄给您。

您有资格在每个日历年进行一次体检，无论距上一次体检是否已过去 365 天。视力筛查不包括屈光检查。

如果此类福利是根据 HRSA 发布的综合指南提供的，并且是 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务，则不适用共同给付额或共同保险额。

纽约州基本计划 1 投保人合同

- B. 成人免疫接种。**我们承保 ACIP 建议的成人免疫接种。如果成人免疫接种是按照 ACIP 的建议提供的，则此类福利不适用共同给付额或共同保险额。
- C. 妇女健康检查。**我们承保妇女健康检查，包括：常规妇科检查、乳腺检查和宫颈癌年度筛查，包括为评估宫颈癌筛查测试结果而提供的实验室和诊断服务。我们还承保 HRSA 发布的综合指南中规定的预防护理和筛查，以及 USPSTF 评级为“A”级或“B”级服务项目或服务的护理和筛查。如需查看承保的预防性服务的完整清单，请访问我们的网站：myuhc.com/CommunityPlan，或者我们也可应您的要求将此清单邮寄给您。如果此类福利是根据 HRSA 发布的综合指南提供的，并且是 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务（频率可能低于上述服务项目或服务的频率），则不适用共同给付额或共同保险额。
- D. 用于检测乳腺癌的乳房 X 光检查、筛查和诊断成像。**我们承保可通过乳腺断层摄影提供的、用于筛查乳腺癌的乳房 X 光检查（即三维乳房 X 光检查），如下所示：
- 为年龄在 35 至 39 岁的会员提供一 (1) 次基线筛查乳房 X 光检查；及
 - 每年为年满 40 岁的会员提供一 (1) 次筛查乳房 X 光检查。

如果任何年龄的会员有乳腺癌病史或其直系亲属有乳腺癌病史，我们将按照该会员的提供者的建议承保乳房 X 光检查。但是，每个计划年度承保的预防性筛查的次数无论如何均不得超过一 (1) 次。

如果用于筛查乳腺癌的乳房 X 光检查是由参与提供者提供的，则不适用共同给付额或共同保险额。

我们还承保用于检测乳腺癌的其他筛查和诊断成像，包括诊断性乳房 X 光检查、乳腺超声检查以及 MRI（磁共振成像）。如果用于检测乳腺癌的筛查和诊断成像（包括诊断性乳房 X 光检查、乳腺超声检查以及 MRI）是由参与提供者提供的，则不适用共同给付额、自付额或共同保险额。

- E. 计划生育和生殖健康服务。**我们承保计划生育服务，包括：由提供者开具处方（但本合同的“处方药承保范围”一条中未承保的）的经 FDA 批准的避孕方法以及涉及避孕药/用具的使用方式和相关主题的患者培训和咨询；与避孕方法相关的随访服务，包括副作用的控制以及涉及坚持执行避孕方法及避孕用具的插入和取出的咨询；以及绝育手术。如果上述服务是由参与提供者提供的，则不适用共同给付额或共同保险额。

我们还承保输精管切除术，但此类手术适用共同给付额或共同保险额。

我们不承保与选择性绝育手术的复通术相关的服务。

F. 骨密度测量或测试。我们承保骨密度测量或测试，以及经 FDA 批准的处方药和装置或者用作经批准的替代品的等效仿制药。处方药的承保范围受本合同中“处方药承保范围”一条的约束。骨密度测量或测试以及测量或测试药物或装置应包括联邦 Medicare 计划承保的内容或符合美国国立卫生研究院标准的内容。如果您符合联邦 Medicare 计划的标准或美国国立卫生研究院的标准，或者您符合以下任何一项标准，则您将有资格纳入承保范围：

- 您以前被诊断患有骨质疏松症或有骨质疏松症家族病史；
- 您有表明存在骨质疏松症或重大骨质疏松症风险的症状或状况；
- 您采用的处方药给药方案会导致患上骨质疏松症的重大风险；
- 您的生活方式因素在一定程度上会导致患上骨质疏松症的重大风险；或
- 您的年龄、性别和/或其他生理特征会导致患上骨质疏松症的重大风险。

我们还承保 HRSA 发布的综合指南中规定的骨质疏松症筛查，以及 USPSTF 评级为“A”级或“B”级服务项目或服务的骨质疏松症筛查。

如果上述各项福利是由参与提供者根据 HRSA 发布的综合指南提供的，并且是 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的服务项目或服务（不一定包括上述所有服务，例如药物和装置），则不适用共同给付额或共同保险额。

G. 前列腺癌筛查。我们为年满 50 岁的无症状男性以及年满 40 岁并且有前列腺癌家族病史或其他前列腺癌风险因素的男性承保年度标准诊断检查，包括但不限于直肠指检和前列腺特异性抗原测试。我们还为有前列腺癌病史的任何年龄的男性承保标准诊断测试，包括但不限于直肠指检和前列腺特异性抗原测试。

如果上述各项福利是由参与提供者提供的，则不适用共同给付额、自付额或共同保险额。

H. 国家糖尿病预防计划 (NDPP)。我们承保根据经美国疾控中心认可的计划，为有患上 2 型糖尿病风险的个人提供的糖尿病预防服务。此类福利包括为期 12 个月的 22 次集体培训课程。如果医师或其他持照执业医师向您提出建议，并且您已年满 18 岁但目前没有怀孕、超重，以前也没有被诊断患有 1 型或 2 型糖尿病，并且您符合以下标准之一，则您可能有资格获得 NDPP 服务：

- 在过去一年中，您的血液测试结果在糖尿病前期范围内；或
- 您以前曾被诊断患有妊娠糖尿病；或
- 您在美国疾控中心/美国糖尿病协会 (ADA) 糖尿病前期风险测试中得分为 5 分或以上。

第 7 条

救护车和入院前紧急医疗服务

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。用于治疗急诊状况的入院前紧急医疗服务和救护车服务不需要预授权。

A. 紧急救护车运送服务

1. 入院前紧急医疗服务

我们承保全球范围内用于治疗急诊状况的入院前紧急医疗服务，前提是此类服务是通过救护车公司提供的。

“入院前紧急医疗服务”是指对急诊状况和/或不涉及空运至医院的情况进行及时评估和治疗。此类服务必须由已根据《纽约州公共卫生法》办理证照的救护车公司提供。但是，我们只有在以下情况下才会承保由此类救护车公司提供的送至医院的运送服务：一名仅拥有一般医学和健康知识的谨慎的外行可合理地预期，如果没有此类运送服务，会导致：

- 遭受此类状况的人的健康处于极度危险之中；或者，就孕妇而言，会导致孕妇或其未出生婴儿的健康处于极度危险之中；或者（如果是行为状况），会导致遭受此类状况的人或他人的健康处于极度危险之中；
- 上述人员的身体机能受到严重损害；
- 上述人员的任何身体器官或部分身体器官出现严重功能障碍；或
- 上述人员严重毁容。

救护车公司必须为您提供保护，并且不得向您收取或要求您报销入院前紧急医疗服务的费用，但会向您收取任何适用的共同给付额或共同保险额。如果未就费率进行协商，我们将向非参与提供者支付入院前紧急医疗服务的常规费用，该费用不得过高或不合理。入院前紧急医疗服务的常规费用为按照 FAIR Health 公司费率的百分之八十计算的费用或者提供者计费的费用，以两者中较低者为准。

2. 紧急救护车运送服务

除入院前紧急医疗服务之外，我们还承保全球范围内的紧急救护车运送服务，此类服务由获得执照的救护车公司（提供救护车、救护船、救护飞机等）提供，将患者送往最近的一家可提供急诊服务的医院。此承保范围包括在原机构无法治疗您的急诊状况的情况下将您紧急送往医院的救护车运送服务。

B. 非紧急救护车运送服务

如果运送为以下任何一种情况，我们承保由获得执照的救护车公司（提供救护车或救护飞机，视情况而定）提供的非紧急救护车运送服务，在各机构之间运送患者：

- 从非参与医院运至参与医院；
- 送至一家护理水平更高的医院，而原来的医院无法提供这种水平的护理；
- 送至性价比更高的急性护理机构；或
- 从急性护理机构送至亚急性机构。

C. 承保范围的限制/条款

- 除非与急诊状况有关或是因我们批准的机构转介而产生的，否则我们不承保差旅或交通费用，即使医师已开具了处方
- 我们不承保非救护车运送，例如使用流动救护车、货车或出租车进行的运送
- 在以下情况下，我们将承保与急诊状况或非紧急运送相关的救护飞机：您的急诊状况不适合使用救护车运送；由于您的医疗状况，您需要立即且快速的急救交通工具运送，但救护车无法满足此需求；及符合以下（1）项标准：
 - 陆地交通工具无法到接送点；或
 - 距离过远或其他障碍（例如交通拥挤）导致您无法及时转院到最近的具有适当设施的医院。

第 8 条

急诊服务和紧急护理

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 急诊服务

我们承保在医院治疗急诊状况的急诊服务。

在我们的定义中，“急诊状况”：是指一种医疗状况或行为状况，表现为足够严重的急性症状（包括剧烈疼痛），以致于即使一名仅拥有一般医学和健康知识的谨慎的外行也可以合理地预期，缺乏及时的医疗护理会导致：

- 遭受此类状况的人的健康处于极度危险之中；或者，就孕妇而言，会导致孕妇或其未出生婴儿的健康处于极度危险之中；或者（如果是行为状况），会导致遭受此类状况的人或他人的健康处于极度危险之中；
- 上述人员的身体机能受到严重损害；
- 上述人员的任何身体器官或部分身体器官出现严重功能障碍；或
- 上述人员严重毁容。

例如，急诊状况可能包括但不限于以下状况：

- 剧烈胸痛
- 严重或多处受伤
- 严重的呼吸急促
- 心理状态的剧变（例如，定向障碍）
- 严重出血
- 需要立即处理的急性疼痛或状况，例如疑似心脏病发作或阑尾炎
- 中毒
- 抽搐

无论提供者是否是参与提供者，我们都将承保治疗您急诊状况的急诊服务。我们还承保全球范围内治疗您急诊状况的急诊服务。但是，我们仅承保为在医院治疗或稳定您的急诊状况而提供的有医疗必要性的急诊服务和用品。

无论您在急诊状况发生时是否位于我们的服务区域内，都请遵循下列指示：

1. **医院急诊科就诊。**如果您需要治疗急诊状况，请立即前往最近的医院急诊科寻求护理或者拨打 **911**。急诊科护理无需预授权。但是，只有在急诊科治疗急诊状况的急诊服务才会纳入承保范围。如果您不确定医院急诊科是否是最适合接受护理的地方，您可以在寻求治疗之前致电 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 联系我们。

我们不承保医院急诊科提供的随访护理或常规护理。您应与我们联系，以确保您获得适当的随访护理。

2. **紧急住院。**如果您住院，您或您的代表必须在您住院后的s 48 小时之内（或尽快）通过拨打以下号码通知我们：本合同中列出的电话号码以及 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**。

我们以网络内分摊费用的方式承保在非参与医院接受急诊科护理之后的住院服务。如果您的医疗状况允许您转院到参与医院，我们将通知您并与您一起安排转院。

3. **与提供的急诊服务相关的付款。**我们将向参与提供者支付我们与其协商的急诊服务款项。

我们将向非参与提供者支付我们确定的合理的急诊服务款项。但是，我们确定的合理的款项不会超出非参与提供者收取的费用。

您将承担任何网络内分摊费用。如果任何非参与提供者收取的费用超出了您的网络内分摊费用，我们将为您提供保障，确保您无需支付此类费用。非参与提供者只能向您收取网络内分摊费用。如果您收到非参与提供者的账单，而账单金额超出您的网络内分摊费用，您应与我们联系。

B. 紧急护理

紧急护理是指疾病、伤势或状况严重到一个有理性的人会立即寻求护理,但又没有严重到需要急诊科护理的医疗护理。紧急护理中心通常即使在正常工作时间之外(包括夜间和周末)也照常营业。如果您需要在正常工作时间之外(包括夜间、周末或节假日)得到护理,您可以选择前往紧急护理中心就诊。您可以致电您提供者的诊所进行咨询,或者前往紧急护理中心就诊。如果您遇到急诊状况,请立即前往最近的医院急诊科寻求护理或者拨打 911。无论是否在我们的服务区域内,紧急护理中心的紧急护理都在承保范围内。

1. 网络内。我们承保由参与医师的诊所或参与紧急护理中心提供的紧急护理。您不需要在就诊之前或之后联系我们。
2. 网络外。我们承保由非参与紧急护理中心提供的紧急护理。

如果紧急护理导致紧急住院,请遵循上文与紧急住院相关的指示。

第 9 条

门诊和专业服务 (不包括心理健康和药物使用服务)

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求,请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 先进成像服务

我们承保 PET (正电子发射断层) 扫描、MRI、核医学扫描和 CAT (计算机 X 射线轴向分层造影) 扫描。

B. 过敏测试和治疗

我们承保为确定是否存在过敏而进行的测试和评估,包括注射、抓破和点刺测试。我们还承保过敏治疗,包括脱敏治疗、常规过敏注射和血清。

C. 门诊手术中心服务

我们承保在门诊手术中心进行的外科手术,包括门诊手术中心在手术当天提供的服务和用品。

D. 化学疗法和免疫疗法

我们承保在门诊机构或专业医护人员的诊所实施的化学疗法和免疫疗法。化学疗法和免疫疗法可以通过注射或输注来实施。口服抗癌药物纳入本合同中“处方药承保范围”一条项下承保范围。

E. 整脊服务

我们承保由与通过手动或机械手段检测或纠正人体结构失衡、扭曲或半脱位相关的按摩师（“整脊师”）或医师进行的整脊护理，此类护理的目的是消除神经干扰及此类干扰的影响，其中此类干扰是因脊柱扭曲、错位或半脱位而导致的或与之相关。包括评估、操作以及任何方式的护理。任何实验室测试均应根据本合同的条款和条件来承保。

F. 临床试验

我们承保您因参与经批准的临床试验而产生的常规患者费用；并且，在以下情况下，此类保险无需接受使用审查：

- 您有资格参与治疗癌症或其他危及生命的疾病或病症的经批准的临床试验；及
- 您由某个参与提供者转介，该参与提供者认为您适合参与经批准的临床试验。

所有其他临床试验（包括在您未患有癌症或其他危及生命的疾病或病症的情况下进行的临床试验）可能受本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款的约束。

我们不承保：研究药物或研究性器械的费用；您接受治疗所需的非健康服务费用；研究的管理费用；或者本合同项下不会承保的临床试验中提供的非研究治疗的费用。

“经批准的临床试验”是指 1 期、2 期、3 期或 4 期临床试验，此类临床试验：

- 是联邦政府资助或批准的试验；
- 按照经 FDA 批准的研究药物申请来进行；或
- 是免于申请试验性新药的药物试验。

G. 透析

我们承保急性或慢性肾脏疾病的透析治疗。

纽约州基本计划 1 投保人合同

我们还承保由非参与提供者提供的透析治疗,但须满足以下所有条件:

- 非参与提供者经正式颁发执照,可进行执业,并经批准,可提供此类治疗
- 非参与提供者位于我们的服务区域之外
- 对您进行治疗的参与提供者已出具处方医嘱,规定必须由非参与提供者进行透析治疗
- 您至少提前 30 天向我们发出书面通知,通知中注明拟议治疗日期,并包括上述处方医嘱。如果您因家庭或其他紧急情况而突然需要出行,则您可提前更短的时间(比上述 30 天的通知期更短)发出通知;但前提是,我们必须有足够的时间来审查您的出行和治疗计划。
- 我们有权对透析治疗和治疗时间表进行预授权
- 我们将在每个日历年为非参与提供者不超过 10 次的透析治疗提供保险给付金
- 如果上述所有条件均得到满足,由非参与提供者提供的此类服务的保险给付金将纳入承保范围,并受到适用于参与提供者进行的透析治疗的任何适用分摊费用的约束。但是,如果我们原本为此类服务(如果此类服务是由参与提供者提供的话)支付的金额与非参与提供者就此类服务收取的费用之间存在差额,则您还应负责支付此差额。

H. 复健服务

我们承保复健服务,包括在机构的门诊科或专业医护人员的诊所实施的物理疗法、言语疗法和职业疗法,每个计划年度每种状况最多可就诊 60 次。上述就诊限制也适用于所有联合疗法。就此类福利而言,“每种状况”是指每种导致需要治疗的疾病或伤势。

I. 家庭医疗护理

我们承保由适当的州机构认证或颁发执照的家庭护理机构在您家中提供的护理。此类护理必须根据您医师的书面治疗计划来提供,并且必须可代替住院治疗或在专业护理机构进行的产后护理。家庭护理包括:

- 由注册职业护士提供或在其监督下提供的非全天或间歇性护理;
- 家庭健康助理的非全天或间歇性服务;
- 由家庭护理机构提供的物理、职业或语言疗法;及
- 医疗用品、处方药和医师开出的药物,以及由或代表家庭护理机构提供的实验室服务,但前提是,上述各项在住院治疗或在专业护理机构接受产后护理期间本应纳入承保范围。

家庭医疗护理每个计划年度仅限 40 次就诊。由家庭护理人员进行的出诊视为一 (1) 次就诊。由家庭健康助理每次进行的不超过四 (4) 小时的出诊视为一 (1) 次就诊。在此类福利项下接受的任何康复服务或复健服务不会减少在康复服务或复健服务福利项下提供的服务的金额。

J. 不孕症治疗

我们承保不孕症的诊断和治疗 (外科和内科) 服务。“不孕症”是一种疾病或状况,其特征是无法使另一人受孕或怀孕,其定义是:在定期无保护性交或治疗性供精者人工授精 12 个月之后,或者在年满 35 岁女性定期无保护性交或治疗性供精者人工授精六 (6) 个月后,未能实现临床妊娠。根据会员的病史或体检结果,可能需要进行前期评估和治疗。此类保险的承保范围如下所示:

1. **基本的不孕症服务。** 将向适合接受不孕症治疗的投保人提供基本的不孕症服务。为了确定资格,我们将使用美国妇产科医师学会、美国生殖医学学会和纽约州制定的指南。

基本的不孕症服务包括:

- 初步评价;
- 精液分析;
- 实验室评估;
- 排卵功能评估;
- 性交后测试;
- 子宫内膜活检;
- 盆腔超声检查;
- 子宫输卵管造影;
- 超声造影;
- 睾丸活检;
- 验血; 及
- 对排卵功能障碍的医学适当治疗。

如果确定其他测试有医疗必要性,则可承保其他测试。

纽约州基本计划 1 投保人合同

2. **全面不孕症服务。**如果基本的不孕症服务无法提高生育率，我们将承保全面不孕症服务。

全面不孕症服务包括：

- 促排卵和监测；
- 盆腔超声检查；
- 人工授精；
- 宫腔镜检查；
- 腹腔镜检查；及
- 剖腹手术。

3. **生育能力保存服务。**如果医疗治疗将直接或间接导致医源性不孕，我们将承保标准的生育能力保存服务。标准的生育能力保存服务包括收集、保存和储存卵子、精子或胚胎。“医源性不孕”是指手术、放疗、化疗或其他影响生殖器官或过程的医疗治疗对您的生育能力造成的损害。

4. **例外情况和限制。**我们不承保：

- 体外受精；
- 配子输卵管内移植或受精卵输卵管内移植；
- 与卵子或精子捐献者相关的费用，包括捐献者的医疗费用；
- 精子和卵子的冷冻保存和储存，作为生育能力保存服务进行的除外；
- 胚胎的冷冻保存和储存；
- 排卵预测试剂盒；
- 输卵管结扎复通术；
- 输精管切除术的复通术；
- 本合同项下不承保的代孕母亲的费用；
- 克隆；或
- 实验性或研究性医疗和外科手术，除非我们拒绝承保被外部上诉代理人推翻。

所有服务必须由有资格提供此类服务的提供者根据美国生殖医学学会制定和通过的指南来提供。在确定上述各项福利的承保范围时，我们不会因您的预期寿命、目前或预计的残疾、医疗依赖程度、感知的生活质量、其他健康状况或个人特征（包括年龄、性别、性取向、婚姻状况或性别认同）进行歧视。

K. 输液疗法

我们承保使用专用给药系统给药的输液疗法。直接注入静脉的药物或营养物视为输液疗法。口服或自行注射的药物不属于输液疗法。上述服务必须由医师或其他经授权的专业医护人员开具医嘱，并在诊所或由获得执照或经认证可提供输液疗法的机构提供。任何家庭输液疗法的就诊均将计入您的家庭医疗护理就诊限额。

L. 中止妊娠

我们承保治疗性堕胎，包括强奸、乱伦或胎儿畸形情况下的堕胎（即有医疗必要性的堕胎）。我们在每个计划年度承保一（1）例选择性堕胎手术。

M. 实验室程序、诊断测试和放射服务

我们承保 X 光、实验室程序以及诊断测试、服务和材料，包括：诊断性 X 光检查、X 光治疗、荧光透视、心电图、脑电图、实验室测试和治疗性放射服务。

N. 产妇和新生儿护理

我们承保由医师或助产士、执业护士、医院或分娩中心提供的产妇护理服务。我们承保产前护理（包括一（1）次基因测试就诊）、产后护理、分娩以及妊娠并发症。为确保助产士的服务可得到承保，助产士必须根据《纽约州教育法》第 140 条获得执照、根据《纽约州教育法》第 6951 条执业，并隶属于或与根据《纽约州公共卫生法》第 28 条获得执照的机构一起执业。我们不会为助产士和医师提供的重复常规服务付款。有关住院产妇护理的承保范围，请参见本合同的“住院服务”一条。

我们承保母乳喂养支持、咨询和用品，包括每次怀孕从参与提供者或指定供应商处租赁或购买一（1）个吸乳器的费用，以及在母乳喂养期间在每个日历年从参与提供者或指定供应商处租赁或购买一（1）个吸乳器的费用。

O. 诊所就诊

我们承保诊断和治疗伤势、疾病和医疗状况的诊所就诊。诊所就诊可能包括上门服务。

P. 门诊医院服务

我们承保本合同“住院服务”一条中所述的医院服务和用品，这些服务和用品可在您于门诊机构接受治疗时提供给您。例如，承保服务包括但不限于吸入治疗、肺康复、输液治疗和心脏康复。除非您正在接受入院前测试，否则医院不属于门诊实验室程序和测试的参与提供者。

Q. 入院前测试

我们承保在预定于某医院进行的手术前由您的医师开具医嘱并在该医院门诊机构进行的入院前测试；但前提是：

- 测试是必要的，并且与将要为之进行手术的状况的诊断和治疗相一致；
- 在进行测试之前已预订了医院病床和手术室；
- 手术在测试后七 (7) 天内进行；及
- 患者亲自到医院接受测试。

R. 诊所和门诊机构使用的处方药

我们承保您的提供者在其诊所为进行预防和治疗而使用的处方药（不包括自行注射的药物）。如果您的提供者开具处方药医嘱并向您给药，则此类福利适用。如果处方药适用此类福利，则不会将其纳入本合同“处方药承保范围”一条项下的承保范围。

S. 康复服务

我们承保康复服务，包括在机构的门诊科或专业医护人员的诊所实施的物理疗法、言语疗法和职业疗法，每个计划年度每种状况最多可就诊 60 次。上述就诊限制也适用于所有联合疗法。就此类福利而言，“每种状况”是指每种导致需要治疗的疾病或伤势。

我们只有在以下情况下才会承保言语和物理疗法：

- 此类疗法与您的身体疾病或伤势的治疗或诊断有关；
- 医师为此类疗法开具了医嘱；及
- 您已经因此类疾病或伤势而接受过住院治疗或手术。

承保的康复服务必须在以下日期之后的六 (6) 个月内开始，以其中较晚者为准：

- 导致需要治疗的伤势或疾病发生之日；
- 您从接受手术治疗的医院出院之日；或
- 提供门诊手术护理之日。

治疗无论如何不得在上述事件发生后持续超过 365 天。

T. 第二意见

1. **第二癌症意见。**我们承保由适当的专科医生（包括但不限于隶属于专科护理中心的专科医生）在癌症诊断阳性或阴性，或癌症复发，或建议癌症疗程的情况下提供的第二医疗意见。如果您的主治医师向非参与专科医生提交书面转介，您可以在网络内从非参与提供者处获得第二意见。
2. **第二手术意见。**我们承保由合格医师就是否需要手术提供的第二手术意见。
3. **所需的第二手术意见。**在我们对外科手术进行预授权之前，我们可能需要得到第二手术意见。如果我们要求提供第二手术意见，则您无需支付任何费用。
 - 第二手术意见必须由亲自对您进行检查的经委员会认证的专科医生提供
 - 如果第一手术意见与第二手术意见不一致，您可以寻求第三手术意见
 - 提供第二和第三手术意见的顾问医师可能并不是为您进行手术的医师
4. **其他病例中的第二意见。**在其他病例中，您可能不同意提供者推荐的治疗过程。在此类病例中，您可以要求我们指定另一名提供者提供第二意见。如果第一意见与第二意见不一致，我们将再指定一名提供者提供第三意见。在完成第二意见流程之后，我们将对审查您病例的大多数提供者支持的承保服务进行预授权。

U. 手术服务

我们承保医师的外科手术服务，包括：治疗疾病或伤势的住院和门诊手术操作和切除操作、骨折和脱臼的住院和门诊闭合复位、住院和门诊内窥镜检查、住院和门诊皮肤切口或穿刺，包括外科医生或专科医生、助理（包括医师助理或执业护士）及麻醉师或麻醉科医师的服务，以及术前和术后护理。此类福利不适用于在外科手术中由外科医生或外科医生助理提供的麻醉服务。

有时，在同一个手术中可以进行两 (2) 次或更多次手术操作。

1. **通过同一个切口进行。**如果承保的多次手术操作通过同一个切口进行，我们将支付允许金额最高的那次手术操作的费用以及我们在本合同项下本应支付的二次手术费用的 50%，但根据国家公认的编码标准可免除多次手术操作费用的二次手术除外。如果与一次手术一起计费的二次手术是一次手术所附带的，我们不会为此类二次手术支付任何费用。

2. 通过不同的切口进行。如果承保的多次手术操作在同一个手术期间通过不同的切口进行,我们将支付以下各项的费用:

- 允许金额最高的那次手术操作;及
- 我们本应支付的其他手术操作费用的 50%。

V. 口腔手术

我们承保以下少数几项牙科和口腔手术操作:

- 颌骨或周围组织的口腔手术操作,以及因意外受伤而需要修复或替换完好天然牙齿的牙科服务。牙齿替换只有在牙齿无法修复的情况下才可纳入承保范围。牙科服务必须在受伤后 12 个月之内提供。
- 颌骨或周围组织的口腔手术操作以及由于先天性疾病或异常所需的牙科服务
- 矫正导致严重功能障碍的非牙科生理状况所需的口腔手术操作
- 需要对颌骨、面颊、嘴唇、舌头、口腔顶部和底部进行病理检查的肿瘤和囊肿切除。与牙齿相关的囊肿不在承保范围内。
- 颞下颌关节紊乱病和正颌外科的手术/非手术临床操作

W. 乳房重建手术

我们承保乳房切除术或部分乳房切除术后的乳房重建手术。承保范围包括:乳房切除术或部分乳房切除术后乳房重建的所有阶段;手术和重建另一个乳房以产生对称的外观;以及乳房切除术或部分乳房切除术的身体并发症,包括淋巴水肿,其方式由您和您的主治医师确定。我们还承保乳房切除术或部分乳房切除术后植入的乳房假体。

X. 其他重建和矫正手术

对于乳房重建手术以外的其他重建和矫正手术,我们只有在以下情况下才会对此类手术进行承保:

- 此类手术是为矫正已导致功能缺陷的承保的儿童先天性出生缺陷而进行的手术;
- 此类手术是因创伤、感染或相关部位的疾病而必须进行的手术附带的或后续的手术;或
- 此类手术在其他方面具有医疗必要性。

Y. 移植

我们仅承保被确定为非实验性和非研究性的移植。承保的移植包括但不限于：肾脏、角膜、肝脏、心脏、胰腺和肺移植；以及为治疗再生障碍性贫血、白血病、严重联合免疫缺陷病及维一奥二氏综合症而进行的骨髓移植。

所有器官移植评估和器官移植必须由您的专科医生开具处方。此外，所有移植手术必须在由我们明确批准并指定为可进行此类手术的卓越中心的医院进行。

我们承保作为投保人的移植接受者的医院和医疗费用，包括捐献者搜索费用。如果您是器官捐献者，则我们只有在移植接受者由我们承保的情况下才会承保您所需的移植服务。如果未承保的个人的费用将通过其他健康计划承保，则我们不承保作为您捐献者的未承保个人的医疗费用。

我们不承保：捐献者或访客的差旅费用、住宿、膳食或其他食宿；与器官移植手术相关的捐献者费用；或对新生儿脐带血进行的常规采集和储存干细胞。

第 10 条

额外福利、设备和装置

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 糖尿病设备、用品和自我管理教育

我们承保糖尿病设备、用品和自我管理教育；但前提是其由医师或其他根据《纽约州教育法》第 8 篇得到合法授权的持照专业医护人员推荐或开具处方，详见下文所述：

1. 设备和用品

我们承保以下由您的医师或其他经合法授权的提供者开具处方的用于治疗糖尿病的设备和相关用品：

- 丙酮试剂条
- 丙酮试剂片
- 酒精或过氧化氢（按品脱计）
- 酒精湿巾
- 所有胰岛素制剂
- 自动采血包
- 为视障人士提供的墨盒
- 糖尿病数据管理系统
- 一次性胰岛素和注射笔针
- 为视障人士设计的绘图装置
- 泵的使用所需的设备
- 注射用胰高血糖素提高血糖浓度
- 葡萄糖丙酮试剂条
- 葡萄糖试剂盒
- 具有或不具有用于视障控制解决方案的特殊功能的葡萄糖监测器，以及用于家用葡萄糖监测器的条带
- 葡萄糖测试或试剂条
- 注射辅助设备
- 自动注射器（衬套）
- 胰岛素
- 胰岛素送药筒

-
- 胰岛素输注装置
 - 胰岛素泵
 - 柳叶刀
 - 口服制剂, 例如葡萄糖片和凝胶剂
 - 用于降低血糖水平的口服抗糖尿病药物
 - 带针头的注射器; 无菌 1 cc 盒
 - 葡萄糖和酮类尿检产品
 - 纽约州卫生部专员应根据法规指定的适用于糖尿病治疗的额外用品

只有从指定的糖尿病设备或用品制造商处购买的糖尿病设备和用品才可纳入承保范围, 所述制造商与我们签订协议, 以通过参与药房为会员提供法律要求的所有糖尿病设备或用品。如果您需要我们指定的糖尿病设备或用品制造商无法提供的某些物品, 您或您的提供者必须通过拨打 **1-866-265-1893** 来提交医疗例外情况申请。我们的医疗总监将作出所有医疗例外情况决定。如果从药房购买糖尿病设备和用品, 则购买量仅限于 30 天到 (最多) 90 天的供应量。

2. 自我管理教育

糖尿病自我管理教育是指旨在向糖尿病患者教导其糖尿病状况的正确自我管理和治疗而开展的教育, 包括关于正确饮食的信息。我们在以下情况下承保自我管理和营养教育: 您经初步诊断患有糖尿病; 医师诊断出您的症状或状况发生了显著变化, 因而需要改变您的自我管理教育; 或需要接受进修课程。此类教育必须按照以下要求提供:

- 由您的医师或根据《纽约州教育法》第 8 篇经授权可开具处方的其他医疗护理提供者或者他们的工作人员在诊所就诊期间提供;
- 在您医师或根据《纽约州教育法》第 8 篇经授权可开具处方的其他医疗护理提供者将您转介给以下不是医师的医学教育工作者之后提供: 注册糖尿病护理教育工作者; 注册营养学专家; 注册营养师; 以及进行小组讨论 (如可行) 的注册营养师; 及
- 如果有医疗必要性, 还应在您的家中提供此类教育。

3. 限制

上述各项只能按照医师为您制定的治疗计划中的数量来提供。我们仅承保基础型号的血糖监测仪, 除非您有与视力低下或失明相关的特殊需求。

D. 耐用医疗器械和支架

我们承保耐用医疗器械和支架的租赁或购买费用。

1. 耐用医疗器械

耐用医疗器械是指以下器械：

- 经设计可重复使用的器械；
- 主要和通常用于医疗用途的器械；
- 在没有疾病或伤势的情况下通常对人无用的器械；及
- 适合在家中使用的器械。

承保范围仅包括标准设备。我们承保正常磨损所需的维修或更换费用。我们不承保因您误用或滥用而导致的维修或更换费用。我们将确定是租赁还是购买耐用医疗器械。我们不承保非处方耐用医疗器械。

我们不承保旨在为您带来舒适或便利的设备（例如，游泳池、热水浴缸、空调、桑拿浴室、加湿器、除湿器、健身器材），因为此类设备不符合耐用医疗器械的定义。

2. 支架

我们承保外部佩戴的支架（包括矫形支架），以及对因受伤、疾病或缺陷而丧失或损坏的全部或部分外部身体部位功能进行临时或永久性辅助的支架。承保范围仅包括标准设备。如果因您身体部位生长或您医疗状况发生变化而需要更换此类支架，我们将承保更换服务。我们不承保因您误用或滥用而导致的维修或更换费用。

C. 助听器

1. 外部助听器

我们承保矫正听力损伤（感知声音的能力下降，范围从轻微到完全失聪）所需的助听器。助听器是指一种经设计可将声音更有效地传入耳朵的电子放大装置。助听器由麦克风、放大器和接收器组成。

承保服务适用于根据医师的书面建议购买的助听器，包括助听器以及相关的验配和测试费用。我们承保每三 (3) 年购买一次的单 (1) 耳或双耳助听器（包括维修和/或更换）。

2. 人工耳蜗

如果骨锚式助听器（即人工耳蜗）有医疗必要性，是矫正听力损伤所必需的，我们将承保此类助听器。骨锚式助听器有医疗必要性的情况举例如下：

- 颅面畸形，其中因耳道异常或缺失而无法使用佩戴式助听器；或
- 听力损失的严重程度无法通过佩戴式助听器进行充分补救。

在您在本合同项下投保的整个期限内，我们对每只耳朵的一（1）个助听器进行承保。我们仅承保发生故障的骨锚式助听器的维修和/或更换。

D. 临终关怀

如果您的主治医师已证明您只有六（6）个月或更短的生命，则临终关怀护理可纳入承保范围。我们承保医院的住院临终关怀护理或临终关怀护理和家庭护理，以及临终关怀中提供的门诊服务，包括药物和医疗用品。我们承保 210 天的临终关怀护理。我们还承保五（5）次支持性护理和指导，以便帮助您和您的直系亲属在您去世之前或之后应对与您的死亡相关的情感和社会问题。

我们仅承保在根据《纽约公共卫生法》第 40 条认证的临终关怀护理计划中提供的临终关怀护理。如果护理是在纽约州以外提供的，则必须根据临终关怀所在州要求的类似认证程序对临终关怀进行认证。我们不承保：葬礼安排；牧师、财务或法律咨询；家务料理、看护人或临时护理。

E. 医疗用品

我们承保治疗本合同项下承保的疾病或伤势所需的医疗用品。我们还为本合同项下承保的状况提供维护用品（例如，造口术用品）。所有此类用品的数量必须为正在进行治疗或维护计划的合适数量。我们不承保非处方医疗用品。有关糖尿病用品承保范围的说明，请参见上文“糖尿病设备、用品和自我管理教育”一条。

F. 假体

1. 外部假体装置

我们承保外部佩戴的假体装置（包括假发），以及临时或永久性替代因受伤或疾病而丧失或损坏的全部或部分外部身体部位的假体装置。只有在您因伤势或疾病或疾病治疗（例如化疗）的副作用而导致严重脱落的情况下，我们才会承保假发。除非您对所有合成假发材料过敏，否则我们不承保用人发制成的假发。

我们不承保用于牙齿的义齿或其他装置，除非因意外伤害完好的天然牙齿或因先天性疾病或异常而需要此类装置。

眼镜和隐形眼镜不在本合同的承保范围内，只有本合同“视力护理”一条项下的眼镜和隐形眼镜才在本合同的承保范围内。

我们不承保鞋垫。

我们承保乳房切除术后使用的不受任何使用寿命限制的外部乳房假体。

承保范围仅包括标准设备。

我们承保每个肢体上每个使用寿命内一（1）个假体装置的费用。我们还承保维修和更换假体装置及其部件的费用。我们不承保保修范围内的维修或更换费用或因您误用或滥用而导致的维修或更换费用。

2. 内部假体装置

我们承保手术植入的假体装置和特殊器械，前提是其可改善或恢复因疾病或伤势而丧失或损坏的身体内部部位的功能。包括在乳房切除术或部分乳房切除术后，以您和您的主治医师确定的适当方式植入的乳房假体。

承保范围还包括因正常生长或正常磨损而进行的维修和更换。

承保范围仅包括标准设备。

第 11 条

住院服务

(不包括心理健康和药物使用服务)

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 医院服务

我们承保由专业医护人员为必须住院治疗的严重症状、伤势或疾病提供或开医嘱的急性护理或治疗的住院服务, 包括:

- 半私人病房和膳食;
- 一般、特殊和重症护理;
- 膳食和特殊饮食;
- 使用手术室、康复室和膀胱镜室和设备;
- 使用重症监护、特殊护理或心脏监护病房和设备;
- 诊断和治疗物品, 例如药品和药物、血清、生物制剂和疫苗、静脉制剂和可视化染料和给药, 但不包括未公开市售但在医院容易获得的物品;
- 敷料和石膏模型;
- 为氧气、麻醉、理疗、化疗、心电图、脑电图、X光检查和放射治疗、实验室和病理检查使用的用品和设备;
- 血液和血液制品, 除非您可以参加志愿换血计划;
- 放射治疗、吸入治疗、化学治疗、肺康复、输液治疗和心脏康复;
- 短期物理、言语和职业疗法; 及
- 在您是已挂号的病床患者的情况下提供并由医院收取费用的任何额外的医疗服务和用品。

本合同“保障利益明细”一条中的分摊费用要求适用于连续住院, 即: 在不超过 90 天的时间内, 因相同或相关原因, 作为住院病人接受住院服务的连续天数, 或者在出院和再次入院的情况下连续住院的天数。

B. 观察服务

我们承保医院的观察服务。观察服务是指医院为帮助医师决定让您入院还是出院而提供的门诊服务。此类服务包括病床的使用以及由护士或其他持照工作人员进行的定期监测。

C. 住院医疗服务

我们承保专业医护人员在本合同项下承保的住院护理的任何一天进行的医疗出诊。

D. 产妇护理住院

我们承保在正常分娩后至少 48 小时内或剖腹产后至少 96 小时内在医院向母亲提供的住院产妇护理以及在医院向婴儿提供的住院新生儿护理，无论此类护理是否有医疗必要性。所提供的护理应包括父母教育、协助以及母乳或奶瓶喂养培训，以及进行任何必要的孕产妇和新生儿临床评估。我们还将承保我们认为有医疗必要性的任何额外天数的此类护理。如果母亲在上述 48 小时或 96 小时的最短承保期限结束前选择出院并要求家庭护理出诊，我们将承保此类家庭护理出诊。家庭护理出诊应在母亲出院后 24 小时之内提供，或在母亲提出要求时提供，以两者中较晚者为准。我们对此类家庭护理出诊的承保范围不应构成对本合同项下的家庭医疗护理就诊的补充，并且不应受本合同“保障利益明细”一条中适用于家庭护理福利的任何分摊费用金额的限制。

我们还承保住院患者使用经巴氏消毒的捐赠母乳，其中可能包括有医疗必要性的强化剂，为此，专业医护人员已为医学上或生理上无法接受母乳、参与母乳喂养的婴儿，或其母亲医学上或生理上完全无法产生母乳或无法产生足够数量的母乳或尽管有最佳哺乳支持仍参与母乳喂养的婴儿开具了医嘱。此类婴儿必须有出生体重低于一千五百克的记录，或者因先天性或后天性疾病而面临发生坏死性小肠结肠炎的高风险。

E. 乳房切除护理住院

我们承保为接受以下各项的投保人（在您和您的主治医师确定的在医学上适当的期限内接受）提供的住院服务：淋巴结清扫术、乳房肿瘤切除术、乳房切除术或部分乳房切除术以及对乳腺癌和乳房切除术引起的任何身体并发症（包括淋巴水肿）进行治疗。

F. 自体血库服务

我们仅承保为用于治疗疾病或伤势的预定承保住院手术所提供的自体血库服务。在这种情况下，我们将承保合理储存期的储存费，以便在需要时提供血液。

G. 复健服务

我们承保每个计划年度在 60 天内进行的住院复健服务，包括物理、言语和职业疗法。上述就诊限制也适用于所有联合疗法。

H. 康复服务

我们承保每个计划年度在 60 天内进行的住院康复服务，包括物理、言语和职业疗法。上述就诊也适用于所有联合疗法。

我们只有在以下情况下才会承保言语和物理疗法：

1. 此类疗法与您的疾病或伤势的治疗或诊断有关；
2. 医师为此类疗法开具了医嘱；及
3. 您已经因此类疾病或伤势而接受过住院治疗或手术。

承保的康复服务必须在以下日期之后的六 (6) 个月内开始，以其中较晚者为准：

1. 导致需要治疗的伤势或疾病发生之日；
2. 您从接受手术治疗的医院出院之日；或
3. 提供门诊手术护理之日。

I. 专业护理机构

我们承保由专业护理机构提供的服务，包括半私人病房中的护理和治疗，详见上文“医院服务”所述。监护、疗养或居家护理不在承保范围内（请参见本合同的“例外情况和限制”一条）。入住专业护理机构必须得到由您的提供者编制并经我们批准的治疗计划的佐证。我们每个计划年度最多承保 200 天的非监护护理。

J. 临终关怀护理

如果您经诊断患有晚期癌症，并且您的生命只剩下不到 60 天，我们将承保由根据（《纽约州公共卫生法》）第 28 条获得执照的机构或专门为绝症患者提供护理的急性护理机构提供的急性护理。您的主治医师和机构的医疗总监必须同意，您的护理是适合在机构中提供的。如果我们不同意您入住机构，我们有权向外部上诉代理人提交加急外部上诉。在外部上诉代理人作出对我们有利的裁定之前，我们将在本合同中任何适用限制条款的限制下，为您的护理进行承保并报销机构的费用。

我们将按下文所述，为非参与提供者报销此类临终关怀护理的费用：

1. 我们将按照我们与提供者协商的费率进行报销。
2. 如果未就费率进行协商，我们将按照机构当前的 Medicare 急性护理费率报销急性护理费用。
3. 如果是替代性护理，我们将按适当的 Medicare 急性护理费率的 75% 来报销费用。

K. 承保范围的限制/条款

1. 如果您在机构接受住院护理，我们不会承保特殊值班护士的额外费用、私人病房的费用（除非私人病房有医疗必要性）或您从机构带回家的药物和用品。如果您使用私人病房，且该私人病房没有医疗必要性，则我们将按照机构半私人病房的最高费用承保。您必须支付该费用与私人病房费用之间的差额。
2. 我们不承保广播、电话或电视费用，也不承保美容或理发服务。
3. 除非我们拒绝承保被外部上诉代理人推翻，否则我们不会承保在我们向您告知接受住院护理不再有医疗必要性之日后产生的任何费用。

第 12 条

心理健康护理和药物使用服务

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条，此类要求和限制并不比 2008 年联邦《心理健康平权和成瘾公平法案》中规定的适用于医疗和手术福利的要求更具限制性。

A. 心理健康护理服务

我们承保以下治疗心理健康状况的心理健康护理服务。就此类福利而言，“心理健康状况”是指最新版《精神疾病诊断与统计手册》中定义的任何心理健康障碍。

1. **住院服务。**我们承保与心理健康状况的诊断和治疗相关的住院心理健康护理服务，承保范围与本合同项下其他类似医院、医疗和手术保险相当。心理健康护理住院服务的承保范围仅限于《纽约州精神卫生法》第 1.03(10) 条中规定的机构，例如：

- 纽约州心理健康办公室管辖下的精神病中心或住院机构
- 州或地方政府运营的精神病住院机构
- 医院中凭纽约州心理健康专员颁发的经营证书提供住院心理健康护理服务的部分
- 综合精神病紧急性服务计划机构或其他获得纽约州心理健康专员颁发的经营证书并提供住院心理健康护理的机构；以及其他州的获得类似执照或认证的机构。如果没有获得类似执照或认证，则机构必须获得国际医疗卫生机构认证联合委员会或我们承认的国家认证组织的认证。

我们还承保在提供住院治疗的机构接受的与心理健康状况的诊断和治疗相关的住院心理健康护理服务，包括食宿费用。住院治疗服务的承保范围仅限于《纽约州精神卫生法》第 1.03 条规定的机构，以及根据《纽约州精神卫生法》第 30 条确定的进食障碍综合护理中心中的住院治疗机构；以及其他州提供相同水平的治疗的获得执照或认证的机构。如果没有提供相同水平治疗的获得执照或认证的机构，则机构必须获得国际医疗卫生机构认证联合委员会或我们承认的国家认证组织的认证。

2. **门诊服务。**我们承保与心理健康状况的诊断和治疗相关的门诊心理健康护理服务,包括但不限于部分住院治疗计划服务和强化门诊计划服务。在一个日历年内,我们最多承保 20 次家庭咨询就诊。家庭咨询包括有参保人在场的家庭咨询就诊以及没有参保人在场的家庭咨询就诊。心理健康护理门诊服务的承保范围包括:根据《纽约州精神卫生法》第 31 条获得经营证书或由纽约州心理健康办公室经营的机构,以及根据《纽约州精神卫生法》第 36.01 条获得执照的危机稳定中心,以及其他州获得类似执照或认证的机构;持照精神病医生或心理学家提供的服务;至少有三 (3) 年的心理治疗经验的持照临床社会工作者;持照执业护士;持照心理健康顾问;持照婚姻和家庭治疗师;持照心理分析师;或提供此类服务的专业公司或大学教师实践公司。如果没有获得类似执照或认证,则机构必须获得国际医疗卫生机构认证联合委员会或我们承认的国家认证组织的认证。门诊服务还包括治疗心理健康状况的营养咨询。
3. **自闭症谱系障碍。**我们承保以下服务,前提是此类服务由执业医师或执业心理学家开具处方或医嘱,并由我们确定为在筛查、诊断或治疗自闭症谱系障碍方面有医疗必要性。就此类福利而言,“自闭症谱系障碍”是指在提供服务之时的最新版《精神疾病诊断与统计手册》中定义的任何广泛性发育障碍。
 - i. **筛查和诊断。**我们确定某人是否患有自闭症谱系障碍的评估、评价和测试。
 - ii. **辅助沟通装置。**我们承保由语言病理学家进行的正式评估,以确定是否需要辅助沟通装置。根据此类正式评估,如果您无法通过正常方式(即言语或书写)进行沟通,而评估表明辅助沟通装置可能会确保您能够更好地进行沟通,我们会承保租赁或购买辅助沟通装置的费用,前提是执业医师或执业心理学家开具医嘱或处方。辅助沟通装置的示例包括信息交流板和语音生成装置。承保范围仅限于专用装置。我们仅承保在存在沟通障碍的情况下对人有用的装置。我们不承保的物品包括但不限于笔记本电脑、台式电脑或平板电脑。我们承保使笔记本电脑、台式电脑或平板电脑能够用作语音生成装置的软件和/或应用程序。程序安装和/或技术支持不另行报销。我们将确定是租赁还是购买此类装置。

如果因正常磨损或您的生理状况发生重大变化而有必要对此类装置进行维修、更换、安装和调整，我们会承保维修、更换、安装和调整费用。我们不承担因误用、滥用或盗窃所导致的损失或损坏而进行必要维修或更换的费用；但是，我们为每种装置类型承保一（1）次因行为问题而有必要进行的维修或更换的费用。将为最适合您当前功能水平的装置提供保险。我们不承保运费、服务费或日常维护费用。

- iii. **行为健康治疗。**我们承保最大限度地发展、维持或恢复个人机能所必需的咨询和治疗计划。我们会在持照提供者提供此类计划的情况下提供此类保险。我们会在由获得执照或认证的应用行为分析专业医护人员提供应用行为分析的情况下承保此类分析。“应用行为分析”是指利用行为刺激和后果，设计、实施和评估环境改造，以产生具有社会意义的人类行为改善，包括使用直接观察、测量和环境与行为之间关系的**功能分析**。
- iv. **精神和心理护理。**我们承保由在其执业的州获得执照的精神病学家、心理学家或具有《纽约州保险法》规定之经验的持照临床社会工作者提供的直接或咨询服务。
- v. **治疗护理。**我们承保在最大程度上发展、维持或恢复个人机能所需的治疗服务，前提是此类服务是由持照或经认证的提供治疗自闭症谱系障碍的服务的言语治疗师、职业治疗师、理疗师和社会工作者提供的，并且此类提供者提供的服务在本合同项下得到承保。除非法律另行禁止，否则在本条项下提供的服务应包括在适用于本合同项下此类治疗师或社会工作者服务的任何最高次数的就诊中。
- vi. **药房护理。**我们承保由提供者开具处方的治疗自闭症谱系障碍的处方药，此类提供者应根据《纽约州教育法》第 8 篇得到合法授权，可开具处方。此类处方药的承保范围受本合同项下适用于处方药福利的所有条款、规定和限制的约束。
- vii. **限制。**如果上述任何服务或治疗是根据《纽约州教育法》项下的个性化教育计划提供的，则我们不承保此类服务或治疗。如果根据《纽约州公共卫生法》第 2545 条项下的个性化家庭服务计划、《纽约州教育法》第 89 条项下的个性化教育计划或发育障碍人士办公室的规定中规定的个性化服务计划提供服务，则此不应影响本合同项下在教育环境之外提供的补充性服务的承保范围，前提是此类服务由执业医师或执业心理学家开具处方。

纽约州基本计划 1 投保人合同

对于类似服务，您负责支付本合同项下任何适用的共同给付额或共同保险额。例如，适用于物理疗法就诊的任何共同给付额或共同保险额通常也适用于此类福利项下承保的物理疗法服务；处方药的任何共同给付额或共同保险额通常也适用于此类福利项下承保的处方药。有关适用于应用行为分析服务和辅助沟通装置的分摊费用要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

B. 药物使用服务

我们承保以下用于治疗药物使用障碍的药物使用服务。就此类福利而言，“药物使用障碍”是指最新版《精神疾病诊断与统计手册》中定义的任何药物使用障碍。

1. **住院服务。**我们承保与药物使用障碍的诊断和治疗相关的住院药物使用服务。这包括承保为药物使用障碍提供的戒毒和康复服务。住院药物使用服务仅限于纽约州由戒毒服务与支持办公室（“OASAS”）颁发执照、认证或以其他方式授权的机构；以及其他州由类似的州机构颁发执照、认证或以其他方式授权，并由联合委员会或我们承认的国家认证组织认证为酒精中毒、药物滥用或化学依赖治疗计划的机构。

我们还承保在提供住院治疗的机构接受的与药物使用障碍的诊断和治疗相关的住院药物使用服务，包括食宿费用。此类住院治疗服务仅限于由 OASAS 颁发执照、认证或以其他方式授权的机构；以及其他州由类似的州机构颁发执照、认证或以其他方式授权，并由联合委员会或我们承认的国家认证组织认证为酒精中毒、药物滥用或化学依赖治疗计划，可提供相同水平治疗的机构。

2. **门诊服务。**我们承保与药物使用障碍的诊断和治疗相关的门诊药物使用服务，包括但不限于：部分住院计划服务、强化门诊计划服务、阿片类药物治疗计划（包括同伴支持服务）、咨询和药物辅助治疗。此类承保范围仅限于纽约州由 OASAS 颁发执照、认证或以其他方式授权，可提供门诊药物使用障碍服务的机构，以及根据《纽约州精神卫生法》第 36.01 条获得执照的危机稳定中心；以及其他州由类似的州机构颁发执照、认证或以其他方式授权，并由联合委员会或我们承认的国家认证组织认证为酒精中毒、药物滥用或化学依赖治疗计划的机构。在专业诊所环境中，还对与酒精中毒、药物使用和依赖的诊断和治疗相关的门诊药物使用障碍服务，或者由根据 2000 年《联邦药物成瘾治疗法》获得豁免医师提供的此类服务进行承保，所述医师应在治疗阿片类药物成瘾的急性戒毒阶段或康复阶段为治疗此类成瘾开具过附表 3、附表 4 和附表 5 麻醉药物。

第 13 条

处方药承保范围

有关适用于此类福利的分摊费用要求、天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 承保的处方药

我们承保有医疗必要性的处方药。除非另有明确规定，否则此类处方药只能根据处方配药，并且：

- 按照法律规定标有“注意：联邦法律禁止无处方配药”的字样；
- 得到 FDA 批准；
- 由获授权开具处方的提供者在其执业范围内开具医嘱；
- 在经批准的 FDA 给药和剂量指南范围内开具处方；
- 列入我们的处方集中；及
- 由持照药房配发。

承保的处方药包括但不限于：

- 自行注射/给药的处方药
- 吸入器（带垫片）
- 局部牙科制剂
- 产前维生素、含氟维生素和单一实体维生素
- 用于治疗骨质疏松症、并符合联邦医疗保险计划或美国国立卫生研究院标准的经 FDA 批准的骨质疏松症药物和器械，或者用作经批准的替代品的等效仿制药
- 治疗苯丙酮尿症、支链酮尿症、半乳糖血症和高胱氨酸尿症的营养配方
- 医师或其他持照提供者已出具处方医嘱的家用处方或非处方肠内配方，无论是口服还是通过管饲给药。处方医嘱必须说明肠内配方有医疗必要性，并且已被证明是一种有效的疾病特异性治疗方案。具体的疾病和障碍包括但不限于：氨基酸或有机酸代谢的遗传性疾病；克罗恩病；胃食管反流；胃食管动力，例如慢性

纽约州基本计划 1 投保人合同

假性肠梗阻；以及多种严重的食物过敏。多种食物过敏包括但不限于：免疫球蛋白 E 和非免疫球蛋白 E 介导的对多种食物蛋白的过敏；严重食物蛋白诱发的小肠结肠炎综合征；由影响胃肠道吸收表面、功能、长度和运动的疾病引起的嗜酸性粒细胞疾病和营养吸收障碍。

- 蛋白质含量低、含有改性蛋白质或以氨基酸为基础的改性固体食品，用于治疗氨基酸和有机酸代谢的某些遗传性疾病以及严重的蛋白质过敏状况
- 与本合同“门诊和专业服务”一条中的不孕症治疗福利项下承保的治疗或服务一同开具处方的处方药
- 超适应症癌症药物，前提是此类处方药公认可用于治疗特定类型的癌症，并且已根据以下（1）个参考汇编为此类处方药开具处方：《美国医院处方集服务：药物信息》；《美国国家综合癌症网络药物和生物制品概要》；Thomson Micromedex DrugDex 数据库；爱思唯尔金标准临床药理学数据库；或由联邦卫生与公众服务部部长或医疗保险和医疗补助服务中心确定的其他权威汇编；或经主要同行评审的专业期刊的评论文章或编辑评论中建议的其他权威汇编
- 用于杀死或减缓癌细胞生长的口服抗癌药物
- 戒烟药物，包括有处方医嘱的非处方药物以及提供者开出的处方药
- 预防性处方药，包括有处方医嘱、根据医疗资源和服务管理局（“HRSA”）发布的综合指南提供，或美国预防服务工作组（“USPSTF”）评级为“A”级或“B”级的非处方药物
- 用于治疗心理健康和药物使用障碍的处方药，包括用于解毒、维持和过量逆转的药物
- 避孕药物、器械和其他产品，包括经 FDA 批准的以及根据州或联邦法律开具处方或批准的非处方避孕药物、器械和其他产品。“非处方避孕产品”是指 HRSA 发布的综合指南中规定的产品。承保范围还包括根据处方或医嘱提供的紧急避孕产品，或合法提供的非处方紧急避孕产品。如果承保的避孕药物、器械和其他产品无法获得或被视为医学上不可取（由您的主治医疗护理提供者确定），您可以申请避孕药物、器械和其他产品的替代方案的承保。

您可以索取一份我们处方集的副本。还可在我们的网站下载我们的处方集：myuhc.com/CommunityPlan。您可以拨打 1-866-265-1893，听障专线 711 与我们联系，询问具体的药物是否在本合同项下的承保范围内。

B. 重新配药

对于处方药的重新配药，只有在网络内药房、零售或专科药房配发重新配药，或者在授权提供者开医嘱后邮购重新配药，并且已使用了 85%（就零售而言）和 75%（就专科药房和邮购药房而言）的原处方药的情况下，我们才会承保此类重新配药。在自原处方日期起的一（1）年后，将不再提供重新配药福利。对于处方滴眼液药物，我们承保在经批准的给药期最后一天之前开具的限量重新配药处方，不考虑对续配药提前重新配药的任何承保限制。如果可行，提前重新配药的滴眼液量将限制在最初配药剂量的剩余量。您的限量重新配药分摊费用是适用于本合同“保障利益明细”一条中规定的每种处方药或重新配药的金额。

C. 福利和付款信息

1. **分摊费用。**如果您从网络内药房（零售或专科药房或邮购药房）购买承保的处方药，则您应负责支付本合同“保障利益明细”一条中列出的费用。

我们为您设计了一个三（3）级计划，即：第 1 级处方药的自付费用通常最低，而第 3 级处方药的自付费用最高。第 2 级处方药的自付费用通常高于第 1 级，但低于第 3 级。

您应负责支付任何非承保处方药的全部费用（药房向您收取的金额），我们的合同费率（我们的处方药费用）将不适用于您。

2. **参与药房。**对于在网络内药房（零售或专科药房或邮购药房）或指定的参与药房购买的处方药，您应负责支付以下费用，以两者中较低者为准：
 - 适用的分摊费用；或
 - 参与药房对处方药的常规收费（包括配药费和销售税）。您的分摊费用绝不会超出处方药的常规收费。
3. **非参与药房。**除上述情况外，我们不会为您在非参与零售、专科或邮购药房购买的任何处方药支付费用。
4. **指定药房。**如果您需要某些处方药，包括但不限于特殊处方药，我们可能会指示您前往我们与之就这些处方药的提供达成了安排的指定药房。

通常，特殊处方药是指被批准用于治疗少数患者群体或病症的处方药；可以口服、输注，并且可能需要提供者的密切监测；或者具有有限的可用性、特殊的配发和输送要求和/或需要额外的患者支持。

如果指示您前往指定药房，而您选择不从指定药房处购买此类处方药，则您将无法获得此类处方药的承保。

以下是本计划中包含的特殊处方药的一些主要治疗分类：

- 贫血、中性粒细胞减少、血小板减少；
- 克罗恩病；
- 囊性纤维化；
- 内分泌失调/神经系统疾病，例如婴儿痉挛；
- 酶缺乏/脂质体储存障碍；
- 戈谢病；
- 生长激素；
- 血友病；
- 乙型肝炎、丙型肝炎；
- 遗传性血管性水肿；
- 免疫缺陷；
- 免疫调节剂；
- 不育；
- 铁过载；
- 多发性硬化症；
- 口腔肿瘤学；
- 骨关节炎；
- 肺动脉高压；
- 风湿病和相关疾病（类风湿性关节炎、银屑病关节炎、强直性脊柱炎、幼年型类风湿性关节炎、银屑病）；
- 移植；及
- 呼吸道合胞病毒预防。

5. **邮购。**某些处方药可通过我们的邮购药房订购。您应负责支付以下费用，以两者中较低者为准：

- 适用的分摊费用；或
- 此类处方药的处方药费用。（您的分摊费用绝不会超出处方药的常规收费。）

为了最大程度地利用您的邮购福利，请要求您的医师为您开具 90 天供应量的处方单或重新配药处方，并附上适当情况下重新配药的次数（而不是 30 天的供应量，重新配药三次）。对于发给邮购供应商的任何处方单或重新配药处方，无论处方单或重新配药处方中注明的供货天数为何，都将向您收取邮购分摊费用。

通过邮购购买的处方药将直接交付至您指定的地址。

您或您的提供者可访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 1-866-265-1893，听障专线 711，通过邮购方式获取处方药清单的副本。维持性药物清单会定期更新。如需了解某特定处方药是否列于维持性药物清单中，请访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 1-866-265-1893。

6. **级别状态。**根据我们确定的分级，处方药的级别状态可能会定期变更（但每个计划年度的变更次数不超过四（4）次），或者在品牌药作为仿制药上市的情况下变更，详见下文所述。我们可在不事先通知您的情况下进行上述变更。但是，如果您的处方药转为更高级别或从我们的处方集中删除，我们将在进行此类变更之

前至少提前 30 天向您发出通知。如果进行此类变更，则您的分摊费用也可能会发生变化。您也可以为已不在处方集中的处方药申请处方集例外情况，详见下文和本合同的“外部上诉”一条。如需查看最新的级别状态，您可以访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**。

7. **品牌药作为仿制药上市的情况。**如果品牌药作为仿制药上市，则我们可能会变更品牌处方药所列入的级别。如果发生这种情况，您应支付适用于为处方药分配的级别的分摊费用。请注意，如果您正在服用因仿制药上市而被排除或列入更高级别的品牌药，我们将在进行变更前提前 30 天向您发送书面通知。您可以为已不在处方集中的处方药申请处方集例外情况，详见下文和本合同的“外部上诉”一条。
8. **处方集例外情况审批流程。**如果某种处方药不在我们的处方集中，您、您的指定人员或为您开具处方的专业医护人员可以通过书面、电子或电话方式申请临床上适用的处方药的处方集例外情况。此类申请应包括为您开具处方的专业医护人员的声明，声明所有处方集药物将会或已经无效，或者不会像非处方集药物一样有效，或者会产生不良反应。如果我们的标准或加急处方集例外情况审批流程拒绝承保，您有权提出外部上诉（详见本合同的“外部上诉”一条）。如需了解与此流程相关的更多信息，请访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**。

处方集例外情况的标准审查。我们将在收到您申请后的 72 小时之内作出审批决定，并通过电话和书面形式来通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。如果我们批准您的申请，我们将在您服用处方药期间承保处方药，包括任何重新配药。

处方集例外情况的加急审查。如果您的健康状况可能严重危及您的健康、生命或恢复最大机能的能力，或者如果您正在接受的当前疗程使用非处方集处方药，则您可以申请对处方集例外情况进行加急审查。此类申请应包括为您开具处方的专业医护人员的声明，声明如果未在我们的标准处方集例外情况审批流程的时间范围内提供所申请的药物，您可能会受到重大伤害。我们将在收到您申请后的 24 小时之内作出审批决定，并通过电话和书面形式来通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。如果我们批准您的申请，我们将在您的健康状况可能严重危及您的健康、生命或恢复最大机能的能力期间，或者您当前使用非处方集处方药的疗程的持续时间内承保处方药。

9. **供应量限制。**除避孕药、器械或产品外，我们将为在网络内参与零售药房购买的不超过 30 天供应量的处方药支付费用。如果供应量最多不超过 30 天的供应量，您负责支付的费用是分摊费用金额的一 (1) 倍。

我们可为同时配发给您的全部供应量（最多不超过 12 个月）的处方避孕药、器械或产品支付费用。参与药房提供的避孕药、器械或产品不适用分摊费用。

将为邮购药房配发的 90 天供应量的处方药提供福利。如果供应量是 90 天的供应量，您负责支付的费用是分摊费用金额的二点五 (2.5) 倍。

特殊处方药的供应量仅限 30 天的供应量。如需了解与特殊处方药的供应量限制相关的更多信息，您可以访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**。

根据我们制定的标准，某些处方药可能会受到数量限制，我们可定期审查和修改此类数量限制。此类限制可能会限制每个处方单或重新配药处方的配药量和/或每个月供应的配药量。您可以通过访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 来确定是否已为处方药分配了最高级别的配药量。如果我们拒绝您就承保超出我们数量级别的配药量提出的申请，您有权根据本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款提出上诉。

10. **处方阿片类药物的首批限量供应。**如果您收到为治疗急性疼痛而开处方的任何附表 2、附表 3 或附表 4 阿片类药物的首批限量处方药，此类处方药仅供应七 (7) 天（或不到七 (7) 天），并且您须支付共同给付额，则您的共同给付额将按比例分摊。如果在 30 天内向您分批供应此类处方药，每批供应七 (7) 天，并且您在此期间收到额外供应的处方药，则在 30 天期限的剩余天数内供应的处方药的共同给付额也将按比例分摊。按比例分摊的共同给付额总额无论如何不会超出 30 天供应量的共同给付额。

11. **口服抗癌药物的分摊费用。**您的口服抗癌药物分摊费用为本合同“保障利益明细”一条中规定的适用处方药分摊费用金额，或适用于本合同“门诊和专业服务”一条项下承保的静脉或注射化疗注射剂的分摊费用金额（如有），以两者中较低者为准。

D. 医疗管理

本合同包括某些可确定应在何种情况下承保处方药的因素，如下所述。作为这些因素的一部分，为您开具处方的提供者可能须提供更多详细信息，然后我们才能裁定处方药是否具有医疗必要性。

1. **预授权。**某些处方药可能需要预授权，以确保遵循处方药承保的正确使用说明和指南。在适当的情况下，您的提供者将负责获得处方药的预授权。如果您选择在未获得预授权的情况下购买处方药，您必须支付全部处方药费用，并向我们提交报销申请。

治疗药物使用障碍的承保药物无需预授权，包括为您开具或配发的阿片类药物过量逆转药物。

有关需要预授权的处方药的清单，请访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**。我们会不时审查和更新此清单。我们还要求对市场上的任何新处方药或经变更的任何当前市售的处方药进行预授权，后者在处方方案和/或适应症方面进行了变更，无论治疗分类为何（包括某种处方药或相关项目是否在您的合同项下得到承保）。您的提供者可向我们查询哪些处方药得到承保。

2. **逐步疗法。**逐步疗法是指一种过程，在此过程中，在我们将一种有医疗必要性的处方药纳入承保范围之前，您可能暂时需要使用其他一种或多种处方药。我们会对某些处方药进行检查，以确保遵循了正确的处方开具指南。此类指南有助于您获得高质量且高性价比的处方药。在逐步疗法计划项下需要预授权的处方药也包括在预授权药物清单中。如果我们拒绝承保，您有权按照本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款中的规定提出上诉。

E. 承保范围的限制/条款

1. 我们有权根据医疗必要性（包括公认的医疗标准和/或 FDA 建议的指南）来限制某些药物的数量、日供应量、提前获得重新配药的权限和/或治疗持续时间。
2. 如果我们确定您可能会以有害或滥用的方式或者以有害的频率来使用处方药，您对参与药房和开具处方的提供者的选择可能会受到限制。如果发生这种情况，我们可要求您仅选择一家参与药房和一名提供者，其将提供并协调所有将来的药房服务。只有在您使用选定的那一家参与药房的情况下，我们才会支付保险赔偿金。只有在您的处方单或重新配药处方是由您选定的提供者或您选定的提供者授权的提供者开具的情况下，我们才会支付保险赔偿金。如果我们向您发出通知（要求您选择一家参与药房和/或一名开具处方的提供者），而您在我们发出此通知之日后的 31 天内未作出选择，我们将为您选择一家参与药房和/或一名开具处方的提供者。
3. 复合处方药只有在以下情况下才会得到承保：包含至少一（1）种成分；主要成分为承保的处方药；与制造商提供的处方药本质上并不相同；并从经批准可进行配药的药房购买。所有超过 100 美元的复方处方药均需要您的提供者获得预授权。复合处方药为第 2 级和第 3 级药物。
4. 将不时使用各种特定和/或通用的“使用管理”方案，以确保药物的适当使用。此类方案将符合标准的医疗/药物治疗指南。此类方案的主要目标是为我们的会员提供注重质量的处方药福利。如果实施了使用管理方案，并且您正在服用受该方案影响的药物，我们将提前通知您。

纽约州基本计划 1 投保人合同

5. 注射药物（但自我注射药物除外）和糖尿病胰岛素、口服降血糖药物以及糖尿病用品和设备不在本条项下的承保范围内，但在本合同其他条款的承保范围内。
6. 我们不承保任何处方药的给药或注射费用。在医师诊所提供或给药的处方药，在本合同的“门诊和专业服务”一条项下的承保范围内。
7. 我们不承保法律规定不需要处方的药物，但根据 HRSA 发布的综合指南提供的，或 USPSTF 评级为“A”级或“B”级，或本合同另行规定的戒烟药物、非处方预防药物或器械除外。我们不承保含有非处方等效药物的处方药，除非在药物处方集中明确指定为承保药物，或者本合同中另有规定。非处方等效药物是指无需处方即可获得药物，其名称/化学实体与其所对应的处方药相同。
8. 我们不承保用于替换可能已丢失或被盗的药物的处方药。
9. 我们不承保您在医院、疗养院、其他公共机构、机构时向您配发的或者在您是家庭护理患者的情况下向您配发的处方药，除非您或您的代表向医院、疗养院、家庭护理机构或家庭护理服务机构或其他公共机构支付的款项不包括药物服务。
10. 对于以违反标准医学实践的方式开具处方或配发的任何药物，我们有权因其不具有医疗必要性或者不具有实验性或研究性而拒绝提供福利。如果我们拒绝承保，您有权按照本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款中所述提出上诉。
11. 药房不需要按照根据药剂师的专业判断不应配药的处方单来配药。

F. 一般条款

在购买处方药时，您必须向零售药房出示您的 ID 卡，或者您必须向药房提供我们可以在正常工作时间内验证的身份信息。您必须在您购买的邮购药房提供的表格上填写您的身份识别号码。

G. 定义

本条中的术语定义如下。（其他定义的术语参见本合同“定义”一条。）

1. **品牌药**：是指以下处方药：1) 由特定药物制造商以某个商标或名称生产和销售的处方药；或 2) 我们根据现有的数据资源确定是品牌处方药的处方药。我们不一定将所有由制造商、药房或您的医师标识为“品牌药”的处方药都归为品牌药。

-
2. **指定药房:** 是指与我们或代表我们的组织就提供特定处方药 (包括但不限于特殊处方药) 而签订协议的药房。如果某个药房是参与药房, 这并不意味着该药房是指定药房。
 3. **处方集:** 是指列出了本合同下可承保的处方药的清单。此清单须接受我们的定期审查和修改 (每个日历年不超过四 (4) 次, 或者在品牌药作为仿制药上市的情况下进行审查和修改)。您可以通过访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan 或拨打 **1-866-265-1893**, 听障专线 **711** 来确定为特定处方药分配的级别。
 4. **仿制药:** 是指以下处方药: 1) 与品牌药在化学上等效的处方药; 或 2) 我们根据现有的数据资源确定是仿制处方药的处方药。我们不一定将所有由制造商、药房或您的医师标识为“仿制药”的处方药都归为仿制药。
 5. **非参与药房:** 是指未就向投保人提供处方药而与我们签订协议的药房。除上述情况外, 我们不会为在非参与药房配药的处方药或重新配药支付任何费用。
 6. **参与药房:** 是指以下药房:
 - 与我们或我们的指定人员就向会员提供处方药而签订协议的药房;
 - 同意接受为配发处方药规定的报销率的药房; 及
 - 我们指定为参与药房的药房。参与药房可以是零售药房、专科药房, 也可以是邮购药房。
 7. **处方药:** 是指经 FDA 批准, 根据联邦或州法律, 只能按照处方单或重新配药处方配发的药物、产品或器械。处方药包括由于其特性而适合自我给药或由非专业护理人员给药的药物。
 8. **处方药费用:** 在参与药房配发的承保处方药的费用, 包括配药费和任何销售税。如果您的合同包括在非参与药房配发的处方药的承保, 则在非参与药房配发的处方药的处方药费用将使用适用于在大多数参与药房配发的此类特定处方药的处方药费用进行计算。
 9. **处方单或重新配药处方:** 由在其执业范围内执业的有正式执照的专业医护人员出具的处方药配发指示。
 10. **常规收费:** 药房按照《纽约州教育法》第 6826-a 条的规定向个人收取的处方药的常规费用, 不考虑第三方对药房的报销。

第 14 条

健康福利

A. 健身机构费用报销

我们将部分报销您的某些健身机构费用或会员费，但只有在此类费用支付给维护促进心血管健康的设备和计划的健身机构的情况下才会报销。我们还将报销健身课程（例如，瑜伽、普拉提、动感单车）的费用，包括在线、虚拟或流媒体直播健身课程的费用或订阅费用。

报销仅限于去健身机构进行的实际锻炼或在线锻炼。我们不报销：

- 网球俱乐部、乡村俱乐部、减肥诊所、水疗中心或任何其他类似机构的会员费
- 终身会员费
- 健身机构可能提供的设备、服装、维生素或其他服务（例如按摩等）的费用
- 包括在您的租金或业主协会费中的用作文体设施（如健身房）的设施的费用

为了有资格获得报销，您必须：

- 成为健身机构的活跃会员或参加健身机构的课程；及
- 在六 (6) 个月内完成 50 次去健身机构的锻炼或在线锻炼。

为了获得报销，在该六 (6) 个月期限结束时，您必须提交：

- 填妥的报销表；由健身机构提供的证明到健身机构锻炼的文件。每次您到健身机构时，健身机构代表必须在该报销表和证明文件上签名并注明日期；到健身机构锻炼的证明文件
- 您当前健身机构的账单副本，其中显示您支付的会员费或课程费
- 对健身机构提供的服务进行概述的手册副本

在我们收到填妥的报销表、到健身机构锻炼的证明文件、健身机构手册副本以及账单之后，将每六个月为您报销 200 美元或报销实际会员费，以两者中较低者为准。报销申请必须在该六 (6) 个月期限结束后的 120 天内提出。报销款只能在该六个月的期限结束后才发放，即使您在该期限结束前就已经完成了上述 50 次去健身机构的锻炼。

B. 健康计划

1. 目的

此健康计划的目的是鼓励您在管理您的健康方面发挥更积极的作用。

2. 说明

我们为使用或参与以下任何健康和健康促进行动和活动提供福利：

- 指定的健康或健身激励计划

3. 资格要求

您，即投保人，可参与健康计划。

4. 参与

参与健康计划的首选方法是通过我们的网站 **myuhc.com** 参与。您必须有可接入互联网的设备才能参与此网站计划。但是，如果您没有接入互联网，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 联系我们，我们将告知您如何在没有互联网接入的情况下参与。

5. 奖励

参与健康计划的奖励包括：

- 部分报销健身俱乐部或健身中心的会员费

第 15 条 视力护理

有关适用于此类福利的天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

A. 视力护理

我们承保紧急、预防性和常规视力护理。

B. 视力检查

我们承保为确定是否需要矫正镜片而进行的视力检查，并（如需要）承保矫正镜片的处方。我们承保任何 12 个月内一（1）次视力检查，除非有适当的文件证明有必要进行更频繁的医疗检查。视力检查可能包括但不限于：

- 病史；
- 眼睛的外部检查或内部检查；
- 检眼镜检查；
- 屈光状态的测定；
- 双眼距离；
- 青光眼的眼压测试；
- 大体视野和色觉检查；及
- 检查结果总结以及推荐矫正镜片。

C. 开具处方的镜片和镜架

我们在每个计划年度承保在任何 12 个月内购买一（1）次标准处方镜片或隐形眼镜的费用；除非您有更频繁地佩戴新镜片或隐形眼镜的医疗必要性，并有适当的文件证明这一点。处方镜片可以是玻璃或塑料制镜片。如果您选择非标准镜片，我们将支付我们本应为标准镜片支付的金额，您将负责承担标准镜片与非标准镜片之间的费用差额。此费用差额不适用于您的自付额限额。

我们在每个计划年度承保在任何 12 个月内购买一（1）次足以支撑镜片的标准镜架的费用；除非您有更频繁地佩戴新镜架的医疗必要性，并有适当的文件证明这一点。如果您选择非标准镜架，我们将支付我们本应为标准镜架支付的金额，您将负责承担标准镜架与非标准镜架之间的费用差额。此费用差额不适用于您的自付额限额。

D. 如何获得视力服务

如果您需要寻找参与提供者或更换您的提供者，请拨打：1-866-265-1893，或您 ID 卡上的号码，或者访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan。

第 16 条

牙科护理

有关适用于此类福利的天数限制或就诊限制以及任何预授权或转介要求，请参见本合同的“保障利益明细”一条。

我们承保以下牙科护理服务：

A. 紧急牙科护理

我们承保紧急牙科护理，包括减轻牙科疾病或创伤引起的疼痛和痛苦所需的紧急治疗。紧急牙科护理无需预授权。

B. 预防性牙科护理

我们承保预防性牙科护理，包括有助于预防口腔疾病的手术，包括：

- 每隔六 (6) 个月进行一次预防 (洗牙和抛光牙齿)；每个计划年度两 (2) 次

C. 常规牙科护理

我们承保在牙医诊所提供的常规牙科护理，包括：

- 在连续六 (6) 个月内进行一次牙科检查、就诊和咨询 (在乳牙萌出时)；每个计划年度两 (2) 次；
- 每隔 36 个月进行一次 X 光、全口 X 光或全景 X 光检查，每隔六 (6) 至 12 个月进行一次咬翼片 X 光检查，以及医疗上必要的其他 X 光检查；
- 不需要住院的简单拔牙和其他常规牙科手术，包括术前护理和术后护理；
- 诊所中进行的清醒镇静；及
- 银汞合金、复合修复体和不锈钢牙冠。

D. 牙髓服务

我们承保牙髓服务，包括不需要住院治疗的病变髓腔和髓管的治疗程序。

E. 牙周服务

我们承保有限的牙周服务。我们承保非手术性牙周服务。我们承保对激素紊乱、药物治疗或先天性缺陷进行治疗所需的牙周外科手术服务。我们还承保预期会进行或导致进行本合同另行承保的正畸或整容正畸的牙周服务。

F. 口腔修复服务

我们承保以下口腔修复服务：

- 可摘除的全口或局部义齿，包括六 (6) 个月的后续护理；及
- 其他服务，包括插入鉴定片、修复、重衬和重底以及治疗腭裂。

我们不承保植入物或与植入物相关的服务。

我们不承包固定牙桥，除非在以下情况下需要固定牙桥：

- 替换患者的单个上前牙（中切牙/侧切牙或尖牙），此类患者有天然的、功能性的和/或修复的全套牙齿；
- 稳定腭裂；或
- 由于存在任何神经或生理状况而无法放置可拆卸假体，这一点通过医疗文件得到证明。我们不承保植入物或与植入物相关的服务。

G. 口腔手术

我们承保非常规口腔手术，例如部分和完全拔骨、牙齿再植、牙齿移植、未萌牙的手术入路、萌出或错位牙齿的移动以帮助萌出，以及放置器械以促进阻生牙的萌出。我们还承保预期会进行或导致进行本合同另行承保的正畸或整容正畸的口腔手术。

H. 正畸

我们承保用于帮助恢复口腔结构的健康和功能以及用于治疗以下严重医疗状况的正畸：腭裂和唇裂；上颌/下颌小颌畸形（上颌或下颌发育不全）；下颌极度前突；严重不对称（颅面异常）；颞下颌关节强直；以及其他显著的骨骼发育不良等等。

正畸手术包括但不限于：

- 快速扩腭 (RPE)；
- 放置部件 (例如, 下颌正畸托架、正牙带环)；
- 阻断性正畸治疗；
- 综合性正畸治疗 (在治疗期间放置正畸矫正器进行积极治疗, 并定期调整正畸矫正器)；
- 活动矫正器疗法；及
- 正畸固位 (矫正器的摘除、正畸保持器的制作和放置)。

I. 如何获得牙科服务

如果您需要寻找牙医或更换您的牙医, 请拨打 **1-866-265-1893**, 听障专线 **711** 联系我们, 时间为周一至周五, 上午 8 点至下午 6 点。客户服务代表随时为您提供帮助。许多客服代表可用您的母语进行沟通, 或者如果您需要, 有人会将服务翻译成您的母语。

第 17 条 例外情况和限制

本合同项下不承保：

A. 航空

我们不承保因航空而产生的服务, 但搭乘定期航空公司运营的定期航班或包机的付费乘客除外。

B. 疗养和监护护理

我们不承保与疗养、监护护理或运送相关的服务。“监护护理”是指帮助转移、吃饭、穿衣、洗澡、如厕等相关活动。监护护理不包括确定有医疗必要性的承保服务。

C. 性倾向矫正疗法

我们不保性倾向矫正疗法。性倾向矫正疗法是指心理健康专业人员寻求改变未满 18 岁会员的性取向或性别认同而进行的任何行为, 包括努力改变行为、性别表达, 或者消除或减少对同性个人的性或爱情吸引力或者性或

纽约州基本计划 1 投保人合同

爱情感觉。性倾向矫正疗法不包括为寻求或正在进行性别转换的个人提供的咨询或疗法；提供对个人的接受、支持和理解的咨询或疗法；或者促进个人的应对能力、社会支持以及身份探索和发展的咨询或疗法，包括为防止或解决非法行为或不安全的性行为而进行的性取向中立干预；但前提是，此类咨询或疗法不寻求改变性取向或性别认同。

D. 整容服务

除非另有规定，否则我们不承保整容服务、整容处方药或整容手术，但整容手术不包括因创伤、感染或相关部位疾病导致的手术附带或手术后的整形手术，以及因承保儿童的先天性疾病或异常导致的功能缺陷而进行的整形手术。我们还按照本合同其他部分的规定承保与乳房切除术后的重建手术相关的的服务。整容手术不包括确定有医疗必要性的手术。如果对 11 NYCRR 56 中列出的手术（例如，某些整形外科和皮肤科手术）提出的索赔是在没有医疗信息的情况下以追溯方式提出的，则我们对此的任何拒绝无需接受本合同“使用审查”和“外部上诉”条款中的使用审查流程，除非提交了医疗信息。

E. 美国、加拿大或墨西哥以外地区的承保范围

我们不承保在美国、其属地、加拿大或墨西哥以外地区提供的护理或治疗，但急诊服务、为治疗您的急诊状况而提供的入院前紧急医疗服务和救护车服务除外。

F. 牙科服务

除在本合同的“牙科护理”一条中有明确规定的之外，我们不承保正畸服务。

G. 实验性或研究性治疗

我们不承保任何实验性或研究性的医疗护理服务、手术、治疗、器械或处方药。但是，如果我们拒绝承保的决定被经州政府认证的外部上诉代理人推翻，我们将按照本合同“门诊和专业服务”一条中所述来承保实验性或研究性治疗费用，包括罕见疾病的治疗费用或您参与临床试验的患者费用。但是，对于临床试验，我们不承保：任何研究药物或研究性器械的费用；您接受治疗所需的非健康服务费用；研究的管理费用；或者本合同项下不会承保的非研究治疗的费用。有关您上诉权利的详细说明，请参见本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款。

H. 参与重罪

我们不承保因您参与重罪、暴乱或叛乱而导致的任何疾病、治疗或医疗状况。此例外情况不适用于涉及家庭暴力受害者所受伤害的服务或因您的医疗状况（包括身体和精神健康状况）而提供的服务的承保。

I. 足部护理

我们不承保与鸡眼、老茧、扁平足、足弓下陷、足部无力、慢性足部劳损或足部症状性疾病相关的常规足部护理，但第 25 条中所述的除外。但是，如果您患有导致循环缺陷或腿部或足部感觉减退的特定医疗状况或疾病，我们将承保足部护理。

J. 政府机构

除非法律另有规定，否则我们不承保由任何联邦、州或其他政府实体拥有或经营的医院提供的护理或治疗，除非您因此类医院靠近您受伤或生病的地点而被送往此类医院，并且此类医院提供急诊服务来治疗您的急诊状况。

K. 有医疗必要性

我们不承保我们确定不具有医疗必要性的任何医疗护理服务、手术、治疗、测试、器械或处方药。但是，如果经州政府认证的外部上诉人推翻了我的拒绝，我们将承保被拒绝承保的服务、手术、治疗、测试、器械或处方药，但前提是此类服务、手术、治疗、测试、器械或处方药在本合同的条款项下另行承保。

L. Medicare 或其他政府计划

如果在联邦 Medicare 计划或（除 Medicaid 之外的）其他政府计划项下为服务提供了福利，则我们不承保此类服务。

M. 服兵役

我们不承保因在武装部队或辅助部队服役而导致的疾病、治疗或医疗状况。

N. 无过失汽车保险

如果强制汽车无过失保险可为任何损失或部分损失补偿或可补偿保险赔偿金，则我们不承保此类损失或其部分。即使您没有就您强制性无过失保单项下的保险赔偿金及时或适当提出索赔，此例外情况也仍适用。

O. 未列入的服务

我们不承保本合同中未列入承保范围的服务。

P. 亲属提供的服务

我们不承保由投保人的直系亲属提供的服务。“直系亲属”是指子女、继子女、配偶、父母、继父母、兄弟姐妹、继兄弟姐妹、姻亲、姻亲子女、姻亲兄弟姐妹、祖父母、祖父母的配偶、孙子女或孙子女的配偶。

Q. 由医院员工单独计费的服务

我们不承保由医院、实验室或其他公共机构的员工提供和单独计费的服务。

R. 免费服务

我们不承保通常不收费的服务。

S. 战争

我们不承保因战争（无论是否宣战）而导致的疾病、治疗或医疗状况。

T. 工伤赔偿

如果根据任何州或联邦工伤赔偿、雇主责任或职业病法律为服务提供了保险赔偿金，则我们不承保此类服务。

第 18 条 索赔裁定

A. 索赔

索赔是指根据本合同的条款申请提供或支付保险赔偿金或服务的申请。您或提供者必须向我们提交一份索赔表。如果提供者不愿意提交索赔表，则您必须向我们提交。

B. 索赔通知

服务索赔必须包括我们指定的处理索赔所需的所有必要信息，包括但不限于：会员的身份识别号；姓名；出生日期；服务日期；服务类型；每项服务的收费；服务的手术代码（如适用）；诊断代码；收费的提供者的姓名/名称和地址；以及（如有必要）作为证明的病历。如果索赔未包含所有必要信息，我们将不接受索赔，您必须重新提交所有必要信息。如需索取我们的索赔表，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 联系会员服务部或访问我们

的网站 myuhc.com/CommunityPlan。填妥的索赔表应发送至本合同“您的保险如何运作”一条或您的 ID 卡中列出的地址。您还可以访问我们的网站（网址：myuhc.com/CommunityPlan），通过电子方式向我们提交索赔表。

C. 提交索赔的时间范围

服务索赔必须在您接受要求付款的服务之后的 120 天内提交给我们，以便我们付款。如果无法在该 120 天的期限内提交索赔，则您必须尽快提交。除非无法律行为能力，否则索赔只能在上述期限之后的一 (1) 年之内提交，之后无论如何不得提交。

D. 对禁止的转介提出的索赔

对于因《纽约州公共卫生法》第 238-a(1) 条禁止的转介而提供的临床实验室服务、药房服务、放射治疗服务、物理治疗服务或 X 射线或成像服务，我们无需支付提供者对此提出的任何索赔、账单或其他要求或申请。

E. 索赔裁定

我们的索赔裁定程序适用于所有与医疗必要性或者实验性或研究性裁定无关的索赔。例如，我们的索赔裁定程序适用于对合同福利和转介的拒绝。如果您不同意我们对索赔作出的裁定，您可以根据本合同的“申诉程序”一条提交申诉。

有关针对医疗必要性或者实验性或研究性裁定的使用审查程序和上诉流程的说明，请参见本合同的“使用审查”和“外部上诉”条款。

F. 服务前索赔裁定

1. 服务前索赔是指在您接受某项待审批的服务或治疗之前对此类服务或治疗提出的申请。如果我们具有对服务前索赔作出裁定（例如，承保福利或转介裁定）所需的所有信息，我们将在收到此类索赔后的 15 天内作出裁定并通知您（或您的指定人员）。

如果我们需要额外信息，我们将在收到索赔后 15 天内提出要求。您将有 45 个日历日的时间提交此类额外信息。如果我们在 45 天内收到此类额外信息，我们将在收到信息后的 15 天内作出裁定并以书面形式通知您（或您的指定人员）。如果未在 45 天内收到所有必要信息，我们将在该 45 天期限结束后的 15 个日历日内作出裁定。

2. **紧急服务前审查。**对于紧急服务前申请，如果我们具有作出裁定所需的所有必要信息，我们将在收到申请后的 72 小时内作出裁定并通过电话通知您（或您的指定人员）。书面通知将在作出裁定之后的三 (3) 个日历日内发出。如果我们需要额外信息，我们将在 24 小时内提出要求。随后，您将有 48 小时的时间提交此类额外信息。我们将在收到此类额外信息之后或该 48 小时期限结束之后（以两者中较早者为准）的 48 小时内作出裁定，并通过电话通知您（或您的指定人员）。书面通知将在作出裁定之后的三 (3) 个日历日内发出。

G. 服务后索赔裁定

服务后索赔是指对您已接受的服务或治疗提出的申请。如果我们具有对服务后索赔作出裁定所需的所有信息，我们将在收到索赔后的 30 个日历日内作出裁定并向您（或您的指定人员）告知我们是否会拒绝索赔（无论是全部还是部分拒绝）。如果我们需要额外信息，我们将在 30 个日历日内提出要求。随后，您将有 45 个日历日的时间提交此类额外信息。我们将在收到此类额外信息之后或该 45 天的期限结束之后（以两者中较早者为准）的 15 个日历日内作出裁定，并以书面形式向您（或您的指定人员）告知我们是否会拒绝索赔（无论是全部还是部分拒绝）。

H. 索赔的支付

如果我们支付索赔的义务相当明确，我们将在收到索赔之后的 30 天内（如果通过互联网或电子邮件提交索赔）或 45 天内（如果通过其他方式提交索赔，包括提交纸质版或发传真）支付索赔。如果我们需要额外信息，我们将在裁定应支付索赔之后的 15 天内支付索赔，最晚不迟于收到额外信息之后的 30 天（如果索赔通过互联网或电子邮件提交）或 45 天（如果索赔通过其他方式提交，包括提交纸质版或发传真）。

第 19 条 申诉程序

A. 申诉

我们的申诉程序适用于所有与我们的医疗必要性或者实验性或研究性裁定无关的任何问题。例如，其适用于对合同福利的拒绝或者您对我们的管理政策或在接触提供者方面存在的问题或疑虑。

B. 提交申诉

您可以拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711**，通过电话向我们提交申诉，或者以书面形式提出申诉。对于拒绝转介或承保福利的裁定，您可以提交口头申诉。我们可能会要求您签署一份由我们编制的口头申诉书面确认函。在您收到我们作出的审查裁定（您要求我们作出此类裁定）之后，您或您的指定人员最多有 180 个日历日来提交申诉。如果我们收到您的申诉，我们将在 15 个工作日内寄出确认函。确认函将包括处理您申诉的人员的姓名、地址和电话号码，并注明必须提供的额外信息（如有）。

我们对所有申请和讨论保密，我们不会因您的问题而进行任何歧视性行为。我们有标准申诉和加急申诉流程，具体取决于您申诉的性质。

您可以要求我们向您发送有关申诉裁定的电子通知，而不是书面通知或电话通知。如果您想收到电子通知，则您必须提前告诉我们。如要选择接收电子通知，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 或访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan。您可以随时选择拒绝接收电子通知。

C. 申诉裁定

将由合格人员审查您的申诉；或者，如果您的申诉涉及临床问题，则由持照、经认证或经注册的专业医护人员将对其进行审查。我们将在以下时间范围内作出申诉裁定并通知您：

加急/紧急申诉：

通过电话通知，在收到所有必要信息后的 48 小时之内或收到申诉后的 72 小时内通知（以两者中较早者为准）。书面通知将在收到您的申诉之后的 72 小时内发出。

服务前申诉：

（一种对尚未提供的服务或治疗提出的申请。）

在收到您申诉之后 30 个日历日内以书面形式通知。

服务后申诉：

（一种对已提供的服务或治疗提出的索赔。）

在收到所有必要信息之后的 30 个日历日内（最晚不迟于收到您申诉后的 60 天），以书面形式通知。

所有其他申诉：

（与服务或治疗的索赔或申请无关的申诉。）

在收到所有必要信息之后的 45 个日历日内（最晚不迟于收到您申诉后的 60 个日历日），以书面形式通知。

D. 协助

如果您对我们的申诉裁定仍不满, 或在其他任何时间感到不满意, 您可以:

致电纽约州卫生部, 电话: 1-800-206-8125, 或按以下方式发送邮件:

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

电子邮箱: managedcarecomplaint@health.ny.gov

网站: www.health.ny.gov

如果您在提交申诉时需要帮助, 您也可以通过以下方式联系州独立消费者援助计划:

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017

或拨打免费电话: 1-888-614-5400, 或发送电子邮件至: cha@cssny.org

网站: www.communityhealthadvocates.org

第 20 条 使用审查

A. 使用审查

我们对健康服务进行审查, 以裁定服务是否现在或曾经是有医疗必要性或实验性或研究性 (“有医疗必要性”) 的服务。此流程称为使用审查。使用审查包括所有审查活动, 无论这些活动是在履行服务之前进行的 (预授权审查); 正在履行服务时进行的 (同时审查); 还是在履行服务之后进行的 (回顾性审查)。如果您对使用审查流程有任何疑问, 请拨打 **1-866-265-1893**, 听障专线 **711**。此免费电话每周至少 40 小时保持开通以供您拨打, 同时还提供电话应答机, 以便您在正常工作时间之外拨打。

确定服务没有医疗必要性的所有裁定由以下各方作出：1) 持照医师；或 2) 持照、经认证、经注册或持证专业医护人员，与通常管理您的医疗状况或疾病或提供正接受审查的医疗护理服务的提供者具有相同的职业及相同或类似的专科；或 3) 对于心理健康或药物使用障碍治疗，为执业医师，或者专科为行为健康科，并具备提供心理健康或药物使用障碍疗程方面经验的持照、经认证、经注册或持证专业医护人员。我们不会因我们的员工或审查人员确定服务没有医疗必要性而向其提供酬劳或经济奖励。

我们已经制定了指南和方案来协助我们实施此流程。我们将使用适合患者的年龄，并由 OASAS 指定用于药物使用障碍治疗或经 OMH（纽约州心理健康办公室）批准用于心理健康治疗的循证和同行审查的临床审查标准工具。具体的指南和方案可应您的要求提供，以供您查阅。如需更多信息，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 或访问我们的网站 **myuhc.com/CommunityPlan**。

您可以要求我们向您发送有关使用审查裁定的电子通知，而不是书面通知或电话通知。如果您想收到电子通知，则您必须提前告诉我们。如要选择接收电子通知，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 或访问我们的网站 **myuhc.com/CommunityPlan**。您可以随时选择拒绝接收电子通知。

B. 预授权审查

1. **非紧急预授权审查。**如果我们具有对预授权审查作出裁定所需的所有必要信息，我们将在收到预授权申请后的三 (3) 个工作日内作出裁定，并通过电话和书面形式通知您（或您的指定人员）和您的提供者。

如果我们需要额外信息，我们将在三 (3) 个工作日内提出要求。您或您的提供者将有 45 个日历日的时间提交此类额外信息。如果我们在 45 天内收到此类要求的信息，我们将在收到信息后的三 (3) 个工作日内作出裁定，并通过电话和书面形式通知您（或您的指定人员）和您的提供者。如果未在 45 天内收到所有必要信息，我们将在收到部分要求的信息之后或该 45 天期限结束之后（以两者中较早者为准）的 15 个日历日内作出裁定。

2. **紧急预授权审查。**对于紧急预授权申请，如果我们具有作出裁定所需的所有必要信息，我们将在收到申请后的 72 小时内作出裁定，并通过电话通知您（或您的指定人员）和您的提供者。书面通知将在收到申请之后的三 (3) 个工作日内发出。如果我们需要额外信息，我们将在 24 小时内提出要求。您或您的提供者将有 48 小时的时间提交此类额外信息。我们将在收到此类额外信息之后或该 48 小时期限结束之后（以两者中较早者为准）的 48 小时内作出裁定，并通过电话和书面形式通知您（或您的指定人员）和您的提供者。

3. **法院命令的治疗。**对于就尚未提供的心理健康和/或药物使用障碍服务提出的申请,如果您(或您的指定人员)以(纽约州)金融服务局局长规定的格式证明您将在或已经在具有管辖权的法院出庭,并且可能受到要求提供此类服务的法院命令的约束,我们将在收到申请后的 72 小时之内作出裁定并通过电话通知您(或您的指定人员)和您的提供者。书面通知将在我们收到申请之后的三(3)个工作日内发出。如可行,还将通过电话和书面形式通知法院。
4. **住院康复服务审查。**在收到医院或专业护理机构提出的住院后住院康复服务承保预授权申请之后,我们将在收到必要信息后的一(1)个工作日内作出裁定,并通过电话和书面形式通知您(或您的指定人员)和您的提供者。
5. **危机稳定中心。**对于由根据《纽约州精神卫生法》第 36.01 条获得执照的参与危机稳定中心提供的服务,其承保无需预授权。我们可能会对此类危机稳定中心提供的治疗进行回顾性审查,以确定此类治疗是否具有医疗必要性,我们将使用由 OASAS 指定或经 OMH 批准的临床审查工具进行审查。如果参与危机稳定中心的任何治疗因无医疗必要性而被拒绝,您只需承担适用于您的治疗的任何分摊费用。

C. 同时审查

1. **非紧急同时审查。**对于护理过程中对服务进行的使用审查(同时审查),我们将在收到所有必要信息后的一(1)个工作日内作出裁定,并通过电话和书面形式通知您(或您的指定人员)和您的提供者。如果我们需要额外信息,我们将在一(1)个工作日内提出要求。您或您的提供者将有 45 个日历日的时间提交此类额外信息。我们将在收到额外信息之后的一(1)个工作日内作出裁定,并通过电话和书面形式通知您(或您的指定人员)和您的提供者;或者,如果我们没有收到此类额外信息,我们将在收到部分要求的信息之后的 15 个日历日内或该 45 天期限结束之后的 15 个日历日内(以两者中较早者为准)作出裁定。
2. **紧急同时审查。**对于涉及延长紧急护理时间的同时审查,如果在先前批准的治疗到期前提前至少 24 小时提出承保申请,我们将在收到申请之后的 24 小时内作出裁定并通过电话通知您(或您的指定人员)和您的提供者。书面通知将在收到申请之后的一(1)个工作日内发出。

如果未能在先前批准的治疗到期前提前至少 24 小时提出承保申请,并且我们具有作出裁定所需的所有必要信息,我们将在收到申请后的 72 小时或一(1)个工作日(以较早者为准)之内作出裁定并书面通知您(或您的指定人员)和您的提供者。如果我们需要额外信息,我们将在 24 小时内提出要求。您或您的提供者将有 48 小时的时间提交此类额外信息。我们将在收到此类额外信息之后的一(1)个工作日或 48 小时之内(以两者中较早者为准)作出裁定,并书面通知您(或您的指定人员)和您的提供者;或者,

如果我们未收到此类额外信息，我们将在该 48 小时期限结束后的 48 小时之内作出裁定，并书面通知您（或您的指定人员）和您的提供者。

3. **家庭医疗护理审查。**在收到住院后家庭护理服务承保申请之后，我们将在收到必要信息后的一个（1）个工作日内作出裁定，并通过电话和书面形式通知您（或您的指定人员）和您的提供者。如果提出申请的次日适逢周末或节假日，我们将在收到必要信息后的 72 小时内做出裁定并通知您（或您的指定人员）和您的提供者。如果我们在您出院前收到家庭护理服务申请和所有必要信息，我们不会在尚未对该申请作出裁定前拒绝承保家庭护理服务。
4. **住院药物滥用障碍治疗审查。**如果在接受住院药物使用障碍治疗的患者出院前提前至少 24 小时向我们提交了此类治疗的申请，我们将在收到申请之后的 24 小时之内作出裁定，并且在尚未作出裁定之前，我们仍将承保住院药物使用障碍治疗。
5. **经 OASAS 认证的参与机构的住院药物使用障碍治疗。**在经 OASAS 认证的参与机构进行的住院药物使用障碍治疗的承保无需预授权。如果经 OASAS 认证的机构在患者住院后两（2）个工作日内向我们告知患者已住院和初始治疗计划，则在住院的头 28 天内，承保无需接受同时审查。在住院的头 28 天过去之后，我们可对整个住院治疗过程进行审查，以确定住院治疗是否有医疗必要性，我们将使用 OASAS 指定的临床审查工具进行审查。如果住院治疗的任何部分因无医疗必要性而被拒绝，您只需承担本应适用于您的住院治疗的网络内分摊费用。
6. **经 OASAS 认证的参与机构的门诊药物使用障碍治疗。**经 OASAS 认证的参与机构的门诊、强化门诊、门诊康复和阿片类药物治疗的承保无需预授权。如果经 OASAS 认证机构在两（2）个工作日内向我们告知已开始治疗和初始治疗计划，则在连续治疗的头四（4）周（不超过 28 次就诊）内，承保无需接受同时审查。在连续治疗的头四（4）周过去之后（不超过 28 次就诊），我们可对整个门诊治疗过程进行审查，以确定门诊治疗是否有医疗必要性，我们将使用 OASAS 指定的临床审查工具进行审查。如果门诊治疗的任何部分因无医疗必要性而被拒绝，您只需承担本应适用于您的门诊治疗的网络内分摊费用。

D. 回顾性审查

如果我们具有对追溯性索赔作出裁定所需的所有信息，我们将在收到申请后的 30 个日历日内作出裁定，并通知您和您的提供者。如果我们需要额外信息，我们将在 30 个日历日内提出要求。随后，您或您的提供者将有 45 个日历日的时间提交此类额外信息。我们将在收到此类额外信息之后或该 45 天的期限结束之后（以两者中较早者为准）的 15 个日历日内作出裁定，并书面通知您和您的提供者。

在我们得到作出裁定所需的所有必要信息之后，如果我们未能在上述相关时间范围内作出使用审查裁定，则此将被视为不利裁定，您可提出内部上诉。

E. 对获得预授权的服务的回顾性审查

只有在以下情况下，我们才会在回顾性审查中撤销获得预授权的治疗、服务或程序：

- 在回顾性审查中提交给我们的相关医疗信息与在预授权审查中提交的信息之间存在重大差异；
- 在回顾性审查中提交给我们的相关医疗信息在预授权时即已存在，但被扣留或未提交给我们；
- 我们在预授权审查时并不知道存在此类信息；及
- 如果我们知道此类信息，所申请的治疗、服务或程序就不会得到预授权。回顾性审查裁定是使用与预授权审查期间使用的具体标准或程序相同的标准或程序作出的。

F. 逐步疗法撤销裁定

您、您的指定人员或您的专业医护人员可以申请对您专业医护人员选择的处方药的承保作出逐步疗法治疗方案撤销裁定。在对逐步疗法治疗方案撤销裁定进行使用审查时，我们将使用适合您和您的医疗状况的公认临床审查标准，此类标准应接受过循证和同行审查。

1. **支持理由和证明文件。**逐步疗法治疗方案撤销裁定申请应包括专业医护人员提供的支持理由和证明文件，以证明：
 - 所需的处方药有禁忌症，或者可能导致您产生不良反应或受到生理或心理伤害；
 - 根据您已知的临床病史、状况和处方药方案预计，所需的处方药可能无效；

-
- 您已在由我们承保期间或者在您之前的医疗保险承保范围内试用了所需的处方药或另一种具有相同药理类别或相同作用机制的处方药，但此类处方药因缺乏疗效或有效性、效果逐渐减弱或不良反应而停用；
 - 您的专业医护人员根据您的医疗状况选择了另一种处方药，您在服用此类处方药期间病情稳定；但这并不妨碍我们要求您试用 AB 级等效仿制药；或
 - 所需的处方药因以下原因而不符合您的最佳利益：其可能严重妨碍您遵循您的护理计划；可能会导致共病病情恶化；或可能会降低您在日常活动中达到或维持合理机能的能力。
2. **标准审查。**我们将在收到支持理由和证明文件后的 72 小时之内作出逐步疗法治疗方案撤销裁定，并通知您（或您的指定人员）和您的专业医护人员（视情况而定）。
 3. **加急审查。**如果不服用您的专业医护人员开处方的处方药，您的医疗状况就会严重危及您的健康，我们将在收到支持理由和证明文件后的 24 小时之内作出逐步疗法治疗方案撤销裁定。

如果所需的支持理由和证明文件未与逐步疗法治疗方案撤销裁定申请一起提交，对于预授权和回顾性审查，我们将在 72 小时内要求提供此类信息以进行审查；对于同时审查，将在 72 小时或一（1）个工作日内（以两者中较早者为准）要求提供此类信息；对于加急审查，将在 24 小时内要求提供此类信息。对于预授权、同时和回顾性审查，您或您的专业医护人员将有 45 个日历日的时间来提交此类信息；但对于加急审查，则只有 48 小时的时间来提交。对于预授权审查，我们将在收到此类信息之后的 72 小时之内作出裁定并通知您（或您的指定人员）和您的专业医护人员；或者，如果未收到此类信息，则在上述 45 天期限结束后的 15 个日历日内作出裁定并通知，以两者中较早者为准。对于同时审查，我们将在收到此类信息之后的 72 小时或一（1）个工作日之内作出裁定并通知您（或您的指定人员）和您的专业医护人员；或者，如果未收到此类信息，则在上述 45 天期限结束后的 15 个日历日内作出裁定并通知，以三者中较早者为准。对于回顾性审查，我们将在收到此类信息之后的 72 小时之内作出裁定并通知您（或您的指定人员）和您的专业医护人员；或者，如果未收到此类信息，则在上述 45 天期限结束后的 15 个日历日内作出裁定并通知，以两者中较早者为准。对于加急审查，我们将在收到此类信息之后的 24 小时之内作出裁定并通知您（或您的指定人员）和您的专业医护人员；或者，如果未收到此类信息，则在上述 48 小时期限结束后的 48 小时之内作出裁定并通知，以两者中较早者为准。

如果我们没有在收到支持理由和证明文件之后的 72 小时之内（或者对于加急审查，在 24 小时之内）作出裁定，则将批准逐步疗法治疗方案撤销申请。

纽约州基本计划 1 投保人合同

如果我们确定应撤销逐步疗法治疗方案，我们将立即批准对您的专业医护人员开处方的处方药进行承保。如果我们作出对您不利的逐步疗法治疗方案撤销裁定，则您可提出上诉。

G. 重审

如果我们在作出不利裁定之前未尝试咨询您的那名推荐承保服务的提供者，则该提供者可要求最初作出不利裁定的那名临床同行审查人员进行重审，或者要求指定的临床同行审查人员进行重审（如果最初作出裁定的那名临床同行审查人员无法进行重审的话）。对于预授权和同时审查，重审将在申请重审之后的一（1）个工作日内进行。如果经重审维持不利裁定，则将通过电话和书面形式向您和您的提供者发出不利裁定通知。

H. 使用审查内部上诉

您、您的指定人员以及（在回顾性审查的情况下）您的提供者可以对不利裁定提出内部上诉，可通过电话、当面或书面方式提出。

在收到不利裁定通知后，您最多有 180 个日历日的时间提出上诉。我们将在收到您提出的内部上诉之后的 15 个日历日内确认您的内部上诉。如有必要，在进行此确认时，将向您告知在就内部上诉作出裁定之前所需的任何额外信息。上诉裁定将由临床同行审查人员作出，该审查人员不隶属于最初作出不利裁定的临床同行审查人员，并且是与通常管理争议疾病或状况的提供者具有相同或类似专科的（1）医师；或（2）专业医护人员。

1. **拒绝网络外服务。**如果我们确定网络外健康服务与可承保的网络内健康服务没有实质差异，则您也有权就我们拒绝您的网络外服务预授权申请提出上诉。网络外健康服务是指由非参与提供者提供的服务，但非参与提供者只有在参与提供者无法提供此类服务的情况下才可提供此类服务。如果参与提供者可提供您申请的服务，则即使非参与提供者在诊断或治疗您的状况方面更有经验，您也没有资格提出使用审查上诉。（此类上诉将被视为申诉。）对于就我们拒绝网络外健康服务提出的使用审查上诉，您或您的指定人员必须提交：

- 您的主治医师（必须是持照、经委员会认证或符合委员会资格要求的医师，有资格在适合治疗您状况的专科执业领域执业）作出的书面声明，声明所申请的网络外健康服务与我们批准治疗您状况的参与提供者提供的备选健康服务存在重大差异；及
- 两（2）份根据现有医学和科学证据编制的文件，证明：1) 与备选网络内服务相比，网络外服务可能在临床上对您更有益；及 2) 与网络内健康服务相比，网络外服务的的风险可能不会显著增加。

2. **拒绝网络外授权。**如果我们确定我们有一名参与提供者经过适当培训且具备适当经验,可满足您的特定医疗护理需求,并且能够提供所申请的医疗护理服务,则您也有权就我们拒绝您的授权申请(申请向非参与提供者授权)提出上诉。对于就我们拒绝网络外授权提出的使用审查上诉,您或您的指定人员必须提交您的主治医师(必须是持照、经委员会认证或符合委员会资格要求的医师,有资格在适合治疗您状况的专科执业领域执业)作出的书面声明,声明:

- 我们推荐的参与提供者未经过适当培训,不具备适当经验,无法满足您的特定医疗护理服务需求;及
- 将推荐一名非参与提供者,该非参与提供者经过适当培训且具备适当经验,可满足您的特定医疗护理需求,并且能够提供所申请的医疗护理服务。

I. 一级上诉

1. **预授权上诉。**如果您的上诉涉及预授权申请,我们将在收到您提交的上诉之后的 30 个日历日内对上诉作出裁定。我们将在作出裁定之后的两 (2) 个工作日内(但最晚不迟于收到您提交的上诉之后的 30 个日历日)向您(或您的指定人员)以及您的提供者(视情况而定)发出书面裁定通知。
2. **追溯性上诉。**如果您的上诉涉及追溯性索赔,我们将在收到处理上诉所需的信息后的 30 个日历日之内或收到上诉后的 60 天之内(以两者中较早者为准)对上诉作出裁定。我们将在作出裁定之后的两 (2) 个工作日内(但最晚不迟于收到您提交的上诉之后的 60 个日历日)向您(或您的指定人员)以及您的提供者(视情况而定)发出书面裁定通知。
3. **加急上诉。**对以下各项的审查提出的上诉将加急处理:持续或延长时间的医疗护理服务;在持续疗程中提供的额外服务;住院患者出院后的家庭医疗护理服务;提供者要求立即审查的服务;可能受法院命令约束的心理健康和/或药物使用障碍服务;或者任何其他紧急事项。加急上诉不适用于回顾性审查。对于加急上诉,您的提供者有权在收到您提交的上诉之后的一 (1) 个工作日内以合理方式联系为该上诉指派的临床同行审查人员。您的提供者可通过电话或传真与该临床同行审查人员交换信息。我们将在收到加急上诉后的 72 小时之内或收到处理上诉所需的信息之后的两 (2) 个工作日内(以两者中较早者为准)作出裁定。我们将在作出裁定之后的 24 小时之内(但最晚不迟于收到您提交的上诉之后的 72 小时)向您(或您的指定人员)发出书面裁定通知。

如果我们未能在收到标准上诉所需的信息之后的 60 个日历日内或收到加急上诉所需的信息之后的两 (2) 个工作日内,对您的上诉作出裁定,则此将被视为撤销最初对您不利的裁定。

4. **药物使用上诉。**如果我们拒绝了在住院患者出院前提前至少 24 小时提交的住院病人药物使用障碍治疗申请，并且您或您的提供者对我们的不利裁定提出加急内部上诉，我们将在收到所提出的上诉之后的 24 小时内对上诉作出裁定。如果您或您的提供者在收到我们的不利裁定之后的 24 小时内提出加急内部上诉和加急外部上诉，我们也仍将在内部上诉和外部上诉的裁定待决期间承保住院患者的药物使用障碍治疗。

J. 对上诉进行全面和公正的审查

我们将免费向您提供我们在审查您的上诉时所考虑、依赖或得出的任何新的或额外的证据，或者任何新的或额外的理由。此类证据或理由将在应发出最终不利裁决通知之日之前提前充分的时间提供给您，以便您有充分的机会在该日期之前作出回应。

K. 上诉协助

如果您在提交申诉时需要协助，您也可以通过以下方式联系州独立消费者援助计划：

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017

或拨打免费电话：1-888-614-5400，或发送电子邮件至：cha@cssny.org

网站：www.communityhealthadvocates.org

第 21 条 外部上诉

A. 您的外部上诉权利

在某些情况下，您有权就拒绝承保提出外部上诉。如果我们以以下理由拒绝承保：服务没有医疗必要性（包括适当性、医疗护理环境、护理水平或承保福利的有效性）；或者服务为实验性或研究性治疗（包括罕见疾病的临床试验和治疗）；或者服务为网络外治疗；或者服务为急诊服务或意外账单服务（包括是否适用了正确的分摊费用），则您或您的代表可以向外部上诉代理人（经州政府认证，负责处理此类上诉的独立第三方）提出上诉。

为了有资格提出外部上诉，您必须满足以下两 (2) 项要求：

- 服务、程序或治疗必须是本合同项下的承保服务；及
- 通常，您必须通过我们的内部上诉流程收到最终不利裁定。但是，在以下情况下，即使您尚未通过我们的内部上诉流程收到最终不利裁定，您仍可以提出外部上诉：
 - 我们书面同意您放弃内部上诉。我们无需同意您提出的放弃内部上诉的申请；或
 - 您在提出加急内部上诉的同时提出外部上诉；或
 - 我们未能遵守使用审查索赔处理要求（除非是不太可能导致对您的偏见或导致您受伤害的轻微违规，并且我们证明此类轻微违规是因正当理由或者我们控制范围之外的事项而导致的，并且此类轻微违规发生在您与我们之间持续、真诚的信息交流过程中）。

B. 您对确定服务没有医疗必要性的裁定提出上诉的权利

如果我们以服务没有医疗必要性为由拒绝承保，并且您满足上述第“A”款中的外部上诉要求，则您可以向外部上诉代理人提出上诉。

C. 您对确定服务为实验性或研究性治疗的裁定提出上诉的权利

如果我们以服务为实验性或研究性治疗（包括罕见疾病的临床试验和治疗）为由拒绝承保，为了能够有权提出上诉，您必须满足上述第“A”款中的两 (2) 项外部上诉要求，并且您的主治医师必须证明：

1. 标准健康服务对您的状况或疾病无效或在医学上不适合治疗您的状况或疾病；或
2. 对于您的状况或疾病，没有比我们承保的标准服务或程序更有利于您的服务或程序了；或
3. 有治疗您的状况或疾病的临床试验或罕见疾病治疗（定义见相关法律）。

此外，您的主治医师还必须建议以下各项中的一 (1) 项：

1. 通过现有医学和科学证据编制的两 (2) 份文件表明某项服务、程序或治疗可能比任何标准承保服务更有利于您（只有某些文件才会被视为可证明此建议：您的主治医师应联系州政府，了解与有关将考虑或接受哪些文件的最新信息）；或
2. 您有资格参加的临床试验（只有某些临床试验才可纳入考虑范围）；或

3. 对于罕见疾病，您的主治医师证明没有任何标准治疗可能比所申请的服务在临床上更有利于您，所申请的服务可能令您在罕见疾病治疗中获益，并且这种获益超过服务的风险。此外，您的主治医师还必须证明您的状况是一种罕见疾病，目前或以前接受过美国国立卫生研究院罕见疾病临床研究网络的研究，或者每年影响的美国居民不到 200,000 人。

就本条而言，您的主治医师必须是持照、经委员会认证的或符合委员会资格的医师，有资格在适合治疗您的状况或疾病的领域执业。此外，对于罕见疾病治疗，主治医师可能不是您的治疗医师。

D. 您对确定某些服务是网络外服务的裁定提出上诉的权利

如果我们以网络外治疗与网络内提供的健康服务并无重大差异为由而拒绝承保，并且您满足上述第“A”款中的两(2)项外部上诉要求并已申请网络外治疗预授权，则您可以向外部上诉代理人提出上诉。

此外，您的主治医师必须证明：网络外服务与推荐的备选网络内健康服务存在重大差异，且（根据通过现有医学和科学证据编制的两(2)份文件）可能比备选网络内治疗在临床上更有利于您，并且与备选网络内健康服务相比，所申请的健康服务的不利风险可能并不会显著增加。

就本条而言，您的主治医师必须是持照、经委员会认证的或符合委员会资格的医师，有资格在适合治疗您的状况或疾病的专科领域执业，以便提供健康服务。

E. 您对拒绝向非参与提供者进行网络外授权提出上诉的权利

如果我们拒绝承保向非参与医疗服务提供者授权的申请，因为我们确定我们有一名参与提供者经过适当培训且具备适当经验，可满足您的特定医疗护理需求，并且能够提供所申请的医疗护理服务，则如果您满足上述第“A”款中的两(2)项外部上诉要求，您可以向外部上诉代理人提出上诉。

此外，您的主治医师必须：证明我们推荐的参与提供者未经过适当培训，不具备适当经验，无法满足您的特定医疗护理需求；并推荐一名非参与提供者，该非参与提供者经过适当培训且具备适当经验，可满足您的特定医疗护理需求，并且能够提供所申请的医疗护理服务。

就本条而言，您的主治医师必须是持照、经委员会认证的或符合委员会资格的医师，有资格在适合治疗您的状况或疾病的专科领域执业，以便提供健康服务。

F. 您对拒绝处方集例外情况提出上诉的权利

如果我们通过处方集例外情况审批流程拒绝了您的非处方集处方药承保申请，您、您的指定人员或开具处方的专业医护人员可以向外部上诉代理人对拒绝处方集例外情况提出上诉。有关处方集例外情况审批流程的更多信息，请参见本合同的“处方药承保范围”一条。

G. 外部上诉流程

在收到最终不利裁定或内部上诉流程弃权书之后，您有四 (4) 个月的时间提交外部上诉的书面申请。如果您以我们未能遵守索赔处理要求为由而提出外部上诉，则在我们未能遵守此类要求之后，您有四 (4) 个月的时间提交外部上诉的书面申请。

在您收到通过我们的内部上诉流程发出的最终不利裁定或内部上诉书面弃权书的情况下，我们将提供外部上诉申请表。您也可以致电纽约州金融服务局 (电话: 1-800-400-8882)，索要外部上诉申请表。将填妥的申请表按申请表上注明的地址提交给纽约州金融服务局。如果您符合外部上诉的标准，纽约州政府会将申请转交给经认证的外部上诉代理人。

您可以随外部上诉申请提交其他文件。如果外部上诉代理人确定您提交的信息与我们拒绝所依据的信息相比有重大变更，则外部上诉代理人将向我们发送此类信息，以便我们行使重审我们的裁定的权利。如果我们选择行使此权利，我们将有三 (3) 个工作日来修改或确认我们的裁定。请注意，对于加急外部上诉 (详见下文所述)，我们无权重审我们的裁定。

通常，外部上诉代理人必须在收到您填妥的申请表之后的 30 天内作出裁定。外部上诉代理人可能会要求您、您的医师或我们提供额外信息。如果外部上诉代理人要求提供额外信息，其还将有额外五 (5) 个工作日的时间来作出裁定。外部上诉代理人必须在两 (2) 个工作日内以书面形式向您通知其裁定。

在以下情况下，您可以申请加急外部上诉：您的主治医师证明，延迟提供被拒绝的服务会对您的健康造成迫在眉睫或严重的威胁；或者您的主治医师证明，如果按照标准外部上诉时间范围来作出裁定，则会严重危及您的生命、健康或恢复最大机能的能力；或者您接受了急诊服务但尚未出院，并且我们的拒绝涉及住院、是否可提供护理或继续住院。在这种情况下，外部上诉代理人必须在收到您填妥的申请表之后的 72 小时内作出裁定。在作出裁定之后，外部上诉代理人必须立即通过电话或传真向您和我们通知该裁定。外部上诉代理人还必须以书面形式向您告知其裁定。

纽约州基本计划 1 投保人合同

如果您的内部处方集例外情况申请接受了标准审查（通过我们的处方集例外情况审批流程进行），外部上诉代理人必须在收到您填妥的申请表之后的 72 小时之内对您的外部上诉作出裁定，并通过电话通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。外部上诉代理人必须在作出裁定后的两 (2) 个工作日内以书面形式通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。如果外部上诉代理人推翻了我们的拒绝，我们将在您服用处方药期间承保处方药，包括任何重新配药。

如果您的内部处方集例外情况申请接受了加急审查（通过我们的处方集例外情况审批流程进行），外部上诉代理人必须在收到您填妥的申请表之后的 24 小时之内对您的外部上诉作出裁定，并通过电话通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。外部上诉代理人必须在作出裁定后的两 (2) 个工作日内以书面形式通知您或您的指定人员和开具处方的专业医护人员。如果外部上诉代理人推翻了我们的拒绝，我们将在您的健康状况可能严重危及您的健康、生命或恢复最大机能的能力期间，或者您当前使用非处方集处方药的疗程的持续时间内承保处方药。

如果外部上诉代理人推翻我们确定某项服务没有医疗必要性的裁定，或者批准承保实验性或研究性治疗或网络外治疗，我们将在本合同其他条款和条件的约束下进行承保。请注意，如果外部上诉代理人批准承保临床试验中的实验性或研究性治疗，我们将仅承保按照试验的设计为您提供治疗所需的服务费用。我们不负责：研究药物或研究性器械的费用；非医疗护理服务的费用；研究的管理费用；或者本合同项下不会承保的临床试验中提供的非研究治疗的费用。

外部上诉代理人的裁定对您和我们都具有约束力。外部上诉代理人的裁定可在任何法院诉讼程序中得到采纳。

H. 您的责任

您负责启动外部上诉流程。您可以通过向纽约州金融服务局提交填妥的申请表来启动外部上诉流程。您可以指定一名代表协助您进行申请；但是，金融服务局可能会与您联系，并要求您以书面形式确认您已任命该代表。

根据纽约州法律，您必须在收到最终不利裁定之日，或收到任何内部上诉的书面弃权书之日，或我们未能遵守索赔处理要求之日后的四 (4) 个月内提交填妥的外部上诉申请表。我们无权延长此期限。

第 22 条

保险的终止

本合同可在以下情况下终止：

A. 本合同自动终止

本合同将在以下情况下自动终止：

1. 您死亡。
2. 在您年满 65 岁的情况下，您的保险将在您年满 65 岁或符合 Medicare 资格当月的月底终止，以两者中较早者为准。
3. 在您符合 Medicaid 资格或加入 Medicaid 计划的情况下，您的保险将在您被确定符合 Medicaid 资格当月的月底终止。
4. 在您的收入超出联邦贫困水平的 200% 的情况下，您的保险将在您收入发生变化当月的月底终止。
5. 在您的移民身份发生变化，以致您有资格投保其他保险（包括 Medicaid）的情况下，您的保险将在您被确定符合 Medicaid 资格之前那个月的月底终止。
6. 您通过纽约州健康市场加入了不同的保险计划。
7. 您加入了平价雇主资助健康保险计划。

B. 由您终止

您可通过提前至少 14 天向 NYSOH 发出书面通知来随时终止本合同。

C. 由我们终止

我们可在以下情况下通过提前 30 天发出书面通知来终止本合同：

1. 欺诈或故意歪曲重要事实。

如果您在您申请参保时或者为了获得服务的承保而实施了构成欺诈的行为，或者以书面形式故意对重要事实进行虚假陈述，则 NYSOH 将通过提前向您发出书面通知来立即终止本合同。但是，如果您在申请参保时故意以书面形式对重要事实进行虚假陈述，则如果虚假陈述的事实可能会导致我们拒绝发布本合同，并且此类申请已随附在本合同中，我们将撤销本合同。撤销是指终止您的保险（将具有长达一（1）年的追溯效力）以及终止发布本合同。

2. 您不再生活或居住在我们的服务区域。
3. 在本合同因我们停止提供本合同所属之类别的合同（即保险类合同）而终止之日，不考虑本合同所涉及的个人索赔经历或健康相关状态。我们将提前至少 90 天向您发出书面终止通知。
4. 在本合同因我们终止或停止在本州个人市场提供所有医院、手术和医疗费用保险而终止之日。我们将提前至少 180 天向您发出书面终止通知。

终止不应损害在终止前产生的保险赔偿金索赔权。

有关转换为另一份单独合同的权利，请参见本合同的“终止后转换为新合同的权利”一条。

第 23 条

武装部队成员的临时暂停权

如果您，即投保人，是美国武装部队（包括国民警卫队）预备役部队的成员，您有权在服役期间暂停保险，并在服役结束时恢复保险；但前提是：

1. 在总统获授权命令预备役部队进入现役期间，您的现役服役时间被延长；但前提是，此类新增的现役是应联邦政府的要求并为了联邦政府方便而增加的；及
2. 您现役的服役时间不超过五 (5) 年。

您必须向我们提出书面申请，申请在现役服役期间暂停您的保险。

在现役服役结束后，在以下情况下可恢复您的保险：

您向我们提出书面申请

对于在现役服役期间暂停的保险，承保期将追溯至现役服役终止之日。

第 24 条

一般条款

1. 我们与参与提供者签订的协议

我们与参与提供者签订的任何协议只能由我们或提供者终止。本合同不要求任何提供者将投保人作为患者收治。我们不保证任何参与提供者一定会收治投保人，也不保证投保人一定会加入任何健康福利计划。

2. 转让

您不得将本合同项下的任何福利，或以福利被拒为由而提出的法律索赔，或提供计划文件的申请转让给任何个人、公司或其他组织。如果您转让上述福利，或以福利被拒为由而提出的法律索赔，或提供计划文件的申请，则此类转让应无效且不可执行。转让是指将您对本合同项下提供的服务所享有的权利或您就此类服务向我们收款的权利，或者您以福利被拒为由而提起诉讼或申请提供计划文件的权利转让给另一人、公司或其他组织。本款中的任何内容均不应影响您在适用法律允许的情况下指定指定人员或代表的权利。

3. 本合同的变更

在我们提前 45 天向您发出书面通知的前提下，我们可在续约时单方面变更本合同。

4. 法律选择

本合同受纽约州法律管辖。

5. 笔误

在本合同中或在我们因本合同而发布的任何其他文件中的笔误，或者在保存与本合同项下的保险相关的任何记录时的笔误（无论是您还是我们造成的笔误），均不应修改保险或导致本来有效的保险失效，也不应导致本来有效终止的保险继续有效。

6. 遵守法律

如果本合同的任何条款与纽约州法律或任何适用的联邦法律相冲突，而此类联邦法律在纽约州法律项下的要求之外又提出了额外的要求，则应对这些条款进行修改，以符合此类联邦法律的最低要求。

纽约州基本计划 1 投保人合同

7. 福利限制的延续

本合同中的某些福利可能仅限于规定次数的就诊。如果您的保险状态在一年内发生变化，您无权获得任何额外福利。例如，您的保险在某一年终止，而您在同一年，在终止之后又参保了本产品。

8. 完整协议

本合同，包括任何保险批单、附加条款以及随附的申请（如有），构成完整的合同。

9. 欺诈收费和滥收费

我们制定了在付款前后审查索赔的流程，以检查欺诈收费和滥收费。如果会员向非参与提供者寻求服务，非参与提供者可能会向会员收取服务的差额费用，而此类服务因会员合理相信欺诈或其他故意不当行为或滥收费而被确定为无需付款。

10. 提供信息和审核

您应及时向我们提供我们不时要求的所有信息和记录，以便我们履行我们在本合同项下的义务。出于以下原因，您必须通过电话向我们提供信息：确保我们能够确定您所需的护理水平；确保我们可以证实由您的医师授权的护理；或者对您的护理的医疗必要性做出裁定。

11. 身份标识卡

身份标识 (ID) 卡由我们下发，仅用于识别身份。持有任何 ID 卡并不意味着您有权获得本合同项下的服务或福利。

12. 不容争议性

您在申请本合同项下的承保时所作的任何声明均不得导致本合同无效，也不得用于任何法律程序中，除非此类申请或其精确副本随附在本合同中。自本合同签发之日起两 (2) 年后，除您在申请承保时所作的欺诈性错误陈述外，任何错误陈述均不得用于导致本合同无效，也不得用于拒绝索赔。

13. 独立签约人

参与提供者是独立签约人。其不是我们的代理人或员工。我们和我们的员工也不是任何参与提供者的代理人或员工。对于您因您在接受由任何参与提供者提供或在任何参与提供者的机构中提供的护理时声称遭受的任何伤害而提出的或与之相关的任何索赔或要求，我们概不负责。

14. 在制定我们的政策时提出建议

您可以参与制定我们的政策，将您的建议邮寄至以下地址：

UnitedHealthcare Community Plan
Member Services Department
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

15. 提供材料

我们会向您提供 ID 卡、合同、附加条款及其他必要的材料。

16. 有关您的健康计划的更多信息

您可以要求提供与本合同项下的保险相关的更多信息。

我们将按照您的要求提供以下信息：

- 我们董事会、高管和董事会董事的姓名、办公地址和正式职位的清单；以及我们最新的经核证的年度财务报表，包括资产负债表和收支总表
- 我们向州政府提供的与消费者投诉相关的信息
- 我们对投保人的信息保密的保密程序副本
- 我们的药物处方集的副本。您还可以询问具体的药物是否在本合同项下的承保范围内。
- 对我们的质保大纲的书面说明
- 我们与临床试验中的实验性或研究性药物、医疗器械或治疗相关的医疗政策副本
- 提供者与参与医院的从属关系
- 我们的临床审查标准的副本，以及（视情况而定）我们可能考虑的与特定疾病、疗程或使用审查指南相关的其他临床信息
- 提供者的书面申请程序和最低资格要求
- 包含流程、策略、证据标准和其他因素的文件，用于对本合同项下的医疗/手术福利以及心理健康或药物使用障碍福利适用治疗限制

17. 通知

我们在本合同项下向您发出的任何通知均将邮寄至我们记录中显示的您的地址，或者在您同意以电子方式发送的情况下以电子方式发送。如果通知以电子方式发送给您，您也可以向我们索取通知副本。您同意向我们通知对您的地址进行的任何变更。如果您必须向我们发出任何通知，则此类通知应通过预付邮资的一等美国邮件寄至：您的 ID 卡上的地址。

18. 追回多付款项

我们偶尔可能会在您未得到承保的情况下向您付款：就未承保的服务付款，或者就超出承保范围的服务付款。如果发生这种情况，我们将向您解释问题，您必须在收到我们通知之后的 60 天内将多付的款项退还给我们。但是，除非我们有合理的理由确信存在欺诈或其他故意不当行为，否则我们不会在最初付款超过 24 个月之后才开始追回多付款项。

19. 续约日期

本合同的续约日期为本合同生效日期之后 12 个月之日。除非我们在本合同允许的情况下终止合同，否则本合同将在每年的续约日期自动续约；但前提是，您仍然符合本合同规定的资格。

20. 制定指南和管理规则的权利

我们可制定或采用标准，详细说明我们在何种情况下将会支付或不会支付本合同项下的款项。例如，我们会采用标准来确定：住院护理是否有医疗必要性；手术对于治疗您的疾病或伤势是否有医疗必要性；或者某些服务是否为专业护理。上述标准不会与本合同中的说明相悖。如果您对适用于特定福利的标准有疑问，您可以联系我们，我们将向您解释此类标准或向您发送此类标准的副本。我们还可制定与参保和其他管理事项相关的管理规则。我们拥有所有必要或适当的权力，以便我们能够履行与本合同的管理相关的义务。

21. 抵销权

如果我们错误地向您支付或代表您支付索赔款项，或者您应付给我们任何款项，您必须向我们支付您应付给我们的款项。除法律另有规定，否则如果我们因我们收到的其他索赔而应付给您任何款项，我们有权用您应付给我们的任何款项来抵销我们应付给您的任何款项。

22. 服务标志

UHCNY, Inc. 是一家依据《纽约州保险法》组建的独立公司。UHCNY, Inc. 还获得 UHCNY, Inc. 的许可，在纽约州的部分地区以 UHCNY, Inc. 服务标志运营，并向 UHCNY, Inc. 授予许可，允许 UHCNY, Inc. 在纽约州的部分地区使用 UHCNY, Inc. 服务标志。UHCNY, Inc. 不是 UHCNY, Inc. 的代理人，UHCNY, Inc. 对其在本协议项下产生的义务全权负责。

23. 可分割性

本合同任何条款的不可执行或无效不应影响本合同其余条款的有效性和可执行性。

24. 情况的重大变化

如果我们因我们控制范围之外的事件而无法安排本合同项下规定的承保服务，我们将本着善意原则努力做出替代安排。此类事件包括重大灾难、流行病、设施完全或部分毁坏、暴乱、民变、大部分参与提供者的人员残疾，或者类似原因。我们将尽合理努力来安排承保服务。如果我们和我们的参与提供者因此类事件而延迟或未能提供或安排承保服务，则我们和我们的参与提供者均不应对此承担任何责任。

25. 代位求偿权和赔偿

如果第三方（包括任何保险公司）对您的伤势、疾病或其他状况负有责任或经认定负有责任，并且我们已提供与此类伤势、疾病或状况相关的保险赔偿金，则本款适用。在适用的州法律允许的情况下，除非联邦法律优先于此类州法律，否则我们可以代位行使针对任何此类第三方（包括您自己的保险公司）的所有追索权，以追回我们在本合同项下向您提供的保险赔偿金。代位求偿权是指我们有权直接向第三方提起诉讼（与您无关），以追索我们提供的保险赔偿金。

在适用的州法律的约束下，除非联邦法律优先于此类州法律，否则如果您或代表您的任何人因伤势、疾病或状况而从任何责任第三方（包括您自己的保险公司）处收到任何和解、判决或保险赔款款项，而我们已为此类伤势、疾病或状况提供了保险赔偿金，则我们有权获得赔偿。根据《纽约州一般义务法》第 5-335 条，除非存在法定赔偿权，否则我们的追索权不适用于原告与被告达成和解的情况。该法律还规定，在达成和解时，将假定您没有采取对我们的权利不利的任何行动，也没有违反您与我们签订的任何合同。该法律假定您与上述责任第三方达成的和解不包括对医疗护理服务（我们已为之提供了保险赔偿金）的费用进行补偿。

我们要求您在向任何第三方（包括保险公司或律师）发出任何意向通知之日后的 30 天内也将此意向告知我们，即：由于您遭受了伤势、疾病或状况（我们已为之提供了保险赔偿金），您意图提出索赔或就索赔展开调查，以便您追索损害赔偿金或获得补偿。您必须提供我们或我们的代表要求的所有信息，包括但不限于填写和提交我们可能合理要求的任何申请表或其他表格或声明。

26. 第三方受益人

本合同无意设置任何第三方受益人，本合同中的任何内容均不得向除您或我们之外的任何其他人或实体授予本合同项下或因本合同而产生的任何性质的任何权利、权益或救济；任何其他方均不得执行本合同的条款，也不得因我们或您履行或未能履行本合同的任何部分而寻求任何救济，也不得就违反本合同的任何条款提起诉讼或追究责任。

27. 起诉时间

在按照本合同的规定向我们提交书面索赔之后的 60 天内，不得向我们提起任何普通法或衡平法诉讼。您必须在提出索赔的规定日期之后的两 (2) 年内按照本合同的规定向我们提起任何诉讼。

28. 翻译服务

本合同项下可向非英语投保人免费提供翻译服务。如果您需要此类服务，请拨打 **1-866-265-1893**，听障专线 **711** 联系我们。

29. 法律诉讼的审判地

如果在本合同项下发生争议，必须在纽约州的法院解决此类争议。您同意不在任何其他地方的法院向我们提起诉讼。您还同意纽约州法院对您拥有属人管辖权。这意味着，如果在上述法院提起诉讼的适当程序得到遵循，则法院可以命令您对我们向您提起的任何诉讼进行抗辩。

30. 弃权

任何一方放弃追究违反本合同任何条款的任何行为，不应视为或解释为放弃追究任何后续违反该条款或任何其他条款的行为。未能行使本合同项下的任何权利不应构成对该权利的放弃。

31. 可变更本合同的人员

除非采用书面形式并由我们的以下人员签署，否则不得修改、修订或变更本合同：首席执行官（“CEO”）；首席运营官（“COO”）；总裁；或者 CEO、COO 和总裁指定的人员。任何员工、代理人或其他人员均无权以扩大或限制保险范围或者资格、参保或参与条件的方式解释、修订、修改或以其他方式变更本合同，除非采用书面形式并由以下人员签署：CEO；COO；总裁；或者 CEO、COO 和总裁指定的人员。

32. 收取本合同项下付款的人员

对于由某参与提供者提供的服务，本合同下的付款将由我们直接支付给该提供者。如果您接受某非参与提供者提供的服务，我们保留向您或该提供者付款的权利。如果您将与意外账单相关的福利转让给非参与提供者，我们将直接向非参与提供者付款。有关意外账单的更多信息，请参见本合同的“您的保险如何运作”一条。

33. 工伤赔偿保险不受影响

本合同项下提供的保险不会替代,也不会影响工伤赔偿保险或法律对此类保险的承保范围的任何要求。

34. 您的病历和报告

为了在本合同项下为您提供保险,我们可能需要从为您提供治疗的提供者处获取您的病历和信息。我们提供此类保险的行动包括:处理您的索赔、审查涉及您的护理的申诉、上诉或投诉,以及对您的护理进行质保审查,无论是根据具体投诉进行审查还是对随机选择的病例进行例行审核。除非州或联邦法律禁止,否则您接受本合同项下的保险,即表示您自动向我们或我们的指定人员授予许可,允许我们获取和使用您的病历,并且您授权向您提供服务的每一位提供者:

- 向我们或我们可能聘请的协助我们对治疗或索赔进行审查或者进行投诉审查或护理质量审查的医疗、牙科或心理健康专业人员披露与您的护理、治疗和生理状况相关的所有事实;
- 向我们或我们可能聘请的协助我们对治疗或索赔进行审查的医疗、牙科或心理健康专业人员提供与您的护理、治疗和生理状况相关的报告;及
- 允许我们复制您的病历。

我们同意按照州和联邦的保密要求对您的医疗信息保密。但是,在州或联邦法律允许的情况下,您自动允许我们与纽约州卫生部以及其他对基本计划有管辖权的经授权的联邦、州和地方机构、质量监督组织以及与我们签订合同以协助我们管理本合同的第三方共享您的信息,前提是它们也同意按照州和联邦保密要求对您的信息保密。如果您想要撤回您授予的发布此类信息的任何许可,您可拨打 **1-866-265-1893**, 听障专线 **711** 联系我们。

35. 您的权利和责任

作为会员，您在接受医疗护理时拥有权利并承担责任。作为您的医疗护理合作伙伴，我们希望在为您提供健康福利的同时，确保您的权利得到尊重。您有权从医师或其他提供者处获得与诊断、治疗和预后相关的完整、最新且通俗易懂的信息。如果向您提供此类信息不可取，则应将此类信息提供给代表您行事的适当人员。

您有权从您的医师或其他提供者处获得您所需的信息，以便在开始任何程序或治疗之前给予您的知情同意。

您有权在法律允许的情况下拒绝治疗，并有得知此类行为的医疗后果的知情权。

您有权就您的护理制定预先指令。

您有权接触我们的参与提供者。

作为会员，您还应在护理中发挥积极的作用。我们鼓励您：

- 尽您所能了解您的健康问题，并与您的提供者合作，制定一项你们双方都同意的治疗计划；
- 遵循您与您的医生或提供者商定的治疗计划；
- 向我们、您的医生和其他提供者提供所需的信息，以帮助您获得所需的护理以及您在您合同项下有资格获得的所有福利。这可能包括有关与您向我们投保的福利一同享有的其他健康保险福利的信息；及
- 如果您在本合同项下的姓名或地址有任何变更，请通知纽约州健康市场。

第 25 条

UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN 保障利益明细

*更多详细信息, 请参见本合同中的福利说明

非参与提供者提供的除紧急护理相关服务以外的任何其他服务不在承保范围内, 您应为非参与提供者提供的服务支付全部费用, 除非与紧急护理相关。

分摊费用	基本计划 1
自付额 • 个人	0 美元
自付额限额 • 个人	2,000 美元
构成您自付额限额的自付额、共同给付额和共同保险额将按计划年度累积。	
诊所就诊	
初级护理诊所就诊 (或居家就诊)	15 美元 在诊所 通过远程医疗
专科医生诊所就诊 (或居家就诊)	25 美元 在诊所 通过远程医疗
预防护理	
成人年度体检*	全额承保
成人免疫接种*	全额承保
常规妇科服务/妇女健康检查*	全额承保
用于检测乳腺癌的乳房 X 光检查、筛查和诊断成像	全额承保
女性绝育手术*	全额承保

分摊费用	基本计划 1
预防护理 (接上页)	
输精管切除术	参见“手术服务”一条
骨密度测试*	全额承保
前列腺癌筛查	全额承保
USPSTF 和 HRSA 要求的所有其他预防性服务	全额承保
* 在未按照 USPSTF 和 HRSA 发布的综合指南提供预防性服务的情况下	为适当的服务 (初级护理诊所就诊; 专科医生诊所就诊; 放射诊断服务; 实验室程序和诊断测试) 适用分摊费用
紧急护理	
入院前紧急医疗服务 (救护车服务)	75 美元
非紧急救护车服务 需要预授权	75 美元
急诊科 如果住院, 则免除共同给付额	75 美元 根据《纽约州公共卫生法》第 2805-i 条进行的医疗护理法医检查无需支付共同给付额
紧急护理中心	25 美元 在诊所 通过远程医疗

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理	
先进成像服务 <ul style="list-style-type: none"> • 在独立的放射机构或诊所环境中进行 • 在专科医生诊所进行 • 按照门诊医院服务进行 需要预授权	25 美元 25 美元 25 美元
过敏测试和治疗 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在专科医生诊所进行 	15 美元 25 美元
门诊手术中心机构费	50 美元
麻醉服务 (所有环境)	全额承保
心肺康复 <ul style="list-style-type: none"> • 在专科医生诊所进行 • 按照门诊医院服务进行 • 按照住院服务进行 	25 美元 25 美元 包括在住院服务分摊费用中
化学疗法和免疫疗法 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在专科医生诊所进行 • 按照门诊医院服务进行 • 在家进行 • 化学疗法和免疫疗法药物 	15 美元 15 美元 15 美元 15 美元 15 美元

纽约州基本计划 1 投保人合同

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理 (接上页)	
整脊服务	25 美元
临床试验 需要预授权	为适当的服务适用分摊费用
诊断测试 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在专科医生诊所进行 • 按照门诊医院服务进行 	15 美元 25 美元 25 美元
透析 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在独立的中心或专科医生诊所环境中进行 • 按照门诊医院服务进行 • 在家进行 非参与提供者进行的透析仅限于每个日历年 10 次就诊。更多详细信息, 请参见福利说明。	15 美元 15 美元 15 美元 15 美元
复健服务 (物理疗法、职业疗法或言语疗法)	15 美元 每个计划年度, 每种状况 60 次就诊, 联合疗法
家庭医疗护理 每个计划年度 40 次就诊 需要预授权	15 美元

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理 (接上页)	
不孕症服务 需要预授权	为适当的服务 (诊所就诊; 放射诊断服务; 手术; 实验室和诊断程序) 适用分摊费用
输液疗法 <ul style="list-style-type: none"> • 给药 <ul style="list-style-type: none"> - 在 PCP 诊所进行 - 在专科医生诊所进行 - 按照门诊医院服务进行 - 家庭输液疗法 (家庭输液计入家庭医疗护理就诊限额) - 输液治疗药物 需要预授权	15 美元 15 美元 15 美元 15 美元 15 美元
住院病人就诊	每次住院 0 美元
中止妊娠 <ul style="list-style-type: none"> • 有医疗必要性的堕胎 无限制 • 选择性堕胎手术 每个计划年度一 (1) 例手术 	全额承保 参见“手术服务分摊费用”
实验室程序 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在专科医生诊所进行 • 在独立的实验室机构进行 • 按照门诊医院服务进行 	15 美元 25 美元 25 美元 25 美元

纽约州基本计划 1 投保人合同

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理 (接上页)	
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> • 产前护理 • 住院服务和分娩中心 如果母亲提前出院, 则可承保一 (1) 次家庭护理 就诊, 无需支付分摊费用 • 医师和助产士接生服务 • 母乳喂养支持、咨询和用品, 包括在母乳喂养 期间承保吸乳器 • 产后护理 超过 500 美元的吸乳器需要预授权	0 美元 每次住院 150 美元 50 美元 0 美元 包括在医师和助产士接生服务分摊费用中
门诊医院手术机构收费	50 美元
入院前测试	0 美元
诊所和门诊机构配给的处方药 <ul style="list-style-type: none"> • 给药 <ul style="list-style-type: none"> - 在 PCP 诊所进行 - 在专科医生诊所进行 - 在门诊机构中进行 - 处方药分摊费用 某些药物需要预授权。请参见您的《计划首选药物清单》。	15 美元 25 美元 25 美元 15 美元

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理 (接上页)	
放射诊断服务 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 诊所进行 • 在专科医生诊所进行 • 在独立的放射机构中进行 • 按照门诊医院服务进行 	15 美元 25 美元 25 美元 25 美元
放射治疗服务 <ul style="list-style-type: none"> • 在专科医生诊所进行 • 在独立的放射机构中进行 • 按照门诊医院服务进行 需要预授权	15 美元 15 美元 15 美元
康复服务 (物理疗法、职业疗法或言语疗法)	15 美元 每个计划年度, 每种状况 60 次就诊, 联合疗法 言语和物理疗法仅在住院或手术后承保
关于癌症、手术和其他诊断的 第二意见	25 美元

纽约州基本计划 1 投保人合同

分摊费用	基本计划 1
专业服务和门诊护理 (接上页)	
<p>手术服务 (包括口腔手术; 乳房重建手术; 其他重建和矫正手术; 以及移植)</p> <p>所有移植必须在指定的卓越中心机构进行</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住院手术 • 门诊医院服务 • 在门诊手术中心进行的手术 • 诊所手术 <p>需要预授权</p>	<p>50 美元</p> <p>50 美元</p> <p>50 美元</p> <p>15 美元 (在 PCP 诊所进行) 25 美元 (在专科医生诊所进行)</p>
额外服务、设备和装置	
<p>糖尿病设备、用品和自我管理教育</p> <ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病设备、用品和胰岛素 (30 天供应量; 最多 90 天供应量) • 糖尿病教育 	<p>15 美元</p> <p>15 美元</p>
<p>耐用医疗器械和支架</p> <p>需要预授权</p>	<p>5% 分摊费用</p>
<p>外部助听器 (单次购买: 每三 (3) 年一次)</p> <p>人工耳蜗 (每个耳朵每次承保一 (1) 个)</p> <p>需要预授权</p>	<p>5% 分摊费用</p> <p>5% 分摊费用</p>

分摊费用	基本计划 1
额外服务、设备和装置 (接上页)	
临终关怀护理 <ul style="list-style-type: none"> • 住院 • 门诊 每个计划年度 210 天 五 (5) 次家庭丧亲咨询	150 美元 15 美元
医疗用品 需要预授权	5% 共同保险额
假体装置 <ul style="list-style-type: none"> • 外部 每个肢体每个使用寿命— (1) 个假体装置, 以及维修和更换假体装置及其部件的费用 • 内部 需要预授权	5% 共同保险额 包括在住院服务分摊费用中
住院服务和机构	
连续住院 (包括乳房切除护理、心肺康复以及临终关怀护理的住院) 需要预授权。 但急诊入院无需预授权。	150 美元
自体血库服务	5% 共同保险额

纽约州基本计划 1 投保人合同

分摊费用	基本计划 1
住院服务和机构 (接上页)	
住院观察 如果直接从门诊手术环境转到观察, 则免除共同给付额	75 美元
专业护理机构 (包括心肺康复) 每个计划年度 200 天 如果直接从医院住院环境转到专业护理机构, 则每次入院可免除共同给付额 需要预授权	150 美元
住院复健服务 (物理疗法、职业疗法或言语疗法) 需要预授权	150 美元 每个计划年度 60 天, 联合疗法
住院康复服务 (物理疗法、职业疗法或言语疗法) 需要预授权	150 美元 每个计划年度 60 天, 联合疗法
心理健康和药物使用障碍服务	
住院心理健康护理, 包括住院治疗 (在医院连续住院期间) 需要预授权。 但急诊入院无需预授权。	150 美元

分摊费用	基本计划 1
心理健康和药物使用障碍服务 (接上页)	
<p>门诊心理健康护理 (包括部分住院治疗 and 强化门诊计划服务)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 诊所就诊 • 所有其他门诊服务 <p>需要预授权</p>	<p>15 美元</p> <p>15 美元 在诊所 通过远程医疗</p> <p>15 美元 在诊所 通过远程医疗</p>
<p>自闭症谱系障碍的 ABA (应用行为分析) 治疗</p> <p>在诊所 通过远程医疗</p> <p>需要预授权</p>	<p>15 美元</p> <p>在诊所 通过远程医疗</p>
<p>自闭症谱系障碍的辅助沟通装置</p> <p>需要预授权</p>	<p>15 美元</p>
<p>住院药物使用服务 (在医院连续住院期间)</p> <p>需要预授权。 但是, 急诊入院或经 OASAS 认证的参与机构无需预授权。</p>	<p>150 美元</p>
<p>门诊药物使用服务 (包括部分住院治疗、强化门诊计划服务以及药物辅助治疗)</p> <p>每个计划年度最多 20 次就诊, 可用于家庭咨询</p> <p>需要预授权</p>	<p>15 美元 在诊所 通过远程医疗</p>

纽约州基本计划 1 投保人合同

分摊费用	基本计划 1
<p>处方药 如果某些处方药是根据 HRSA 发布的综合指南提供的, 或者是在参与药房购买且 USPSTF 评级为“A”级或“B”级的项目或服务, 则这些处方药不适用分摊费用。</p>	
<p>零售药房 30 天供应量</p> <p>1 级</p> <p>2 级</p> <p>3 级</p> <p>用于治疗药物使用障碍的承保处方药 (包括用于管理阿片类药物戒断和/或稳定以及用于阿片类药物过量逆转的处方药) 无需预授权。</p>	<p>6 美元</p> <p>15 美元</p> <p>30 美元</p>
<p>邮购药房 最多 90 天供应量</p> <p>1 级</p> <p>2 级</p> <p>3 级</p>	<p>15 美元</p> <p>37.50 美元</p> <p>75 美元</p>
<p>肠内营养配方</p> <p>1 级</p> <p>2 级</p> <p>3 级</p>	<p>6 美元</p> <p>15 美元</p> <p>30 美元</p>
<p>健康福利</p>	
<p>健身房报销</p>	<p>每个计划年度最高 400 美元, 在 6 个月内到健身房健身 50 次后, 每 6 个月最高 200 美元</p>

分摊费用	基本计划 1
牙科和视力护理	
牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> • 预防性牙科护理 • 常规牙科护理 • 重大牙科治疗 (根管治疗术、牙周病手术和牙修复术) <ul style="list-style-type: none"> - 每六 (6) 个月一 (1) 次牙科检查和清洁 - 每隔 36 个月全口 X 光或全景 X 光检查, 每隔六 (6) 至 12 个月一次咬翼片 X 光检查 正畸和主要牙科治疗需要预授权	0 美元 0 美元 0 美元
视力护理 <ul style="list-style-type: none"> • 检查 • 镜片和镜架 • 隐形眼镜 每个计划年度一 (1) 次检查, 除非在其他方面有医疗必要性 每个计划年度一 (1) 套开具处方的镜片和镜架, 除非在其他方面有医疗必要性 隐形眼镜需要预授权	0 美元 0 美元 0 美元

所有网络内预授权申请均由您的参与提供者负责。您不会因参与提供者未能获得所需的预授权而受到处罚。但是, 如果服务不在本合同项下的承保范围内, 您应负责承担服务的全部费用。



非歧视声明

UnitedHealthcare Community Plan 遵守联邦民权法律。UnitedHealthcare Community Plan 不会因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥或区别对待人们。

UnitedHealthcare Community Plan:

- 为残疾人士提供免费的协助及服务，以协助他们与我们沟通，例如：
 - 合格的手语译员
 - 其他格式的书面信息（大号印刷体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 为母语为非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请拨打您会员 ID 卡上所列的免费会员电话。

如果您认为 UnitedHealthcare Community Plan 因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而未向您提供这些服务或对您区别对待，您可以通过以下方式向民权协调员提出申诉：

邮寄地址： Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

电子邮箱： **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

您可以通过以下方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉：

网站： 民权办公室的投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

邮寄地址： U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

电话： 免费电话 1-800-368-1019、1-800-537-7697（TDD [语障专线]）

我们提供免费服务，以帮助您与我们沟通。例如其他语言或较大印刷体的书信。或者，您可请求口译服务。如要请求帮助，请致电会员服务部，电话：**1-866-265-1893**，听障专线 **711**，时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点。

语言服务

注意：您可以免费获得语言帮助服务。

英语

请致电：1-866-265-1893，听障专线/711。

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-265-1893 TTY/711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-265-1893 TTY/711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-265-1893 رقم هاتف الصم والبكم 711/TTY	اللغة العربية/Arabic
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-265-1893 TTY/711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-265-1893 (телетайп: TTY/711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-265-1893 TTY/711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-265-1893 TTY/711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-265-1893 TTY/ 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סעריסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-265-1893 TTY/711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-265-1893 TTY/711.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-265-1893 TTY/711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা বাংলা হয়, তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-265-1893 TTY/711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-265-1893 TTY/711.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-265-1893 TTY/711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-265-1893 TTY/711	اردو/Urdu

我们在此帮助您

请记住，我们随时准备回答您的任何问题。

请致电会员服务部，电话：**1-866-265-1893**，听障专线 **711**，时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点。您也可以访问我们的网站：myuhc.com/CommunityPlan。

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

myuhc.com/CommunityPlan

1-866-265-1893，听障专线 **711**

