

2026 年 1 月



投保人合約

New York | Essential Plan 2

會員服務部，電話：
1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711

此頁為空白頁。

這是您的

ESSENTIAL PLAN 合約

核發者

UnitedHealthcare Community Plan

本合約是由 UnitedHealthcare Community Plan 簽發的 Essential Plan 承保個人合約。本合約，連同附上的福利表、申請表與任何修正案或用以修正本合約條款的附加條款，構成您與我們之間的完整協議。

您有權退還本合約。請仔細加以檢視。若您對本合約不滿意，可以將其退還給我們，並要求我們取消本合約。您必須在收到本合約起十 (10) 日內以書面形式提出取消本合約的要求。

可續約性。本合約的續約日期為承保生效日期起 12 個月。本合約將在每年的續約日期自動續約，除非由我們按本合約允許的方式終止，或由您以書面形式提前 30 天向我們發出通知而終止。

如果您在本合約承保期間懷孕，您將在懷孕期間享有承保，以及產後一年承保。12 個月產後承保期會在您懷孕的最後一天開始，並在 12 個月的最後一天結束。

本合約允許您選擇接受網絡內承保服務：

網絡內福利。本合約僅承保網絡內福利。若要獲得網絡內福利，您必須僅接受位於我們服務區內 UnitedHealthcare Community Plan 網絡中的參與計劃提供者以及我們網絡中的參與藥房所提供的照護。除了本合約的「急診服務」和「緊急照護」小節所述之急診或緊急狀況之外，您將必須負責支付所有非參與計畫提供者所提供的照護。

請仔細閱讀本合約全文。本合約將說明集體合約內提供的福利。瞭解本合約內的條款與條件是您的責任。

本合約受紐約州法律管轄。UnitedHealthcare Community Plan

目錄

第I節 定義.....	5
第II節 您的承保如何運作	9
參與計劃提供者	10
主治醫師的角色	10
需要預授權的服務	11
醫療必要性	12
重要電話號碼與地址	15
第III節 取得護理與過渡 護理.....	16
第IV節 費用分攤與限額	18
第V節 受保人.....	19
第VI節 預防護理	19
第VII節 救護車與入院前急症醫療服務.....	22
第VIII節 急診服務與緊急護理.....	24
第IX節 門診與專科服務（精神健康與藥物濫用除外）	25
第X節 其他投保福利、設備及裝置	33
第XI節 住院服務（除精神健康及物質濫用之外的使用）	37
第XII節 精神健康護理及藥物濫用服務.....	40
第XIII節 醫師處方用藥承保	44
第XIV節 健身項目福利	52
第XV節 眼科護理.....	55
第XVI節 牙科護理.....	56
第XVII節 除外條款及限制情況.....	59
第XVIII節 理賠判定.....	62
第XIX節 申訴程序.....	63
第XX節 效用評估.....	65
第XXI節 外部上訴.....	71
第XXII節 終止承保	75
第XXIII節 軍隊人員的暫停權.....	76
第XXIV節 一般條款	76
第XXV節 福利表.....	83
語言協助.....	99

第 I 節

定義

定義的術語在本合約中將以大寫形式顯示。

急性：疾病或傷患發作，或投保人病症出現變化，需要立即進行醫治。

准許金額：我們根據承保服務提供的最大支付額。請參閱本合約「費用分攤與限額」一節，瞭解如何計算限額的說明。

流動手術中心：目前由適當的州監管機構授權以提供門診手術及相關醫療服務的機構。

上訴：要求我們審核效用評估決定或再次申訴的申請。

差額負擔：非參與計劃提供者因非參與計劃提供者的收費與限額之間的差額向您開具帳單。參與計劃提供者可能不會就承保服務向您收取差額費用。

合約：由 UnitedHealthcare Community Plan 簽發的本合約，其中包括福利表與任何附加條款。

共同保險：承保服務費用中由您分攤的份額，計算後得出您需要向提供者支付的服務費用限額百分比。此費用會根據承保服務類型而有所不同。

定額手續費：您在獲得服務時因承保服務而直接支付給提供者的固定費用。此費用會根據承保服務類型而有所不同。

費用分攤：您必須就承保服務支付的費用，以共付額和/或共同保險來表示。

承保服務：我們根據本合約的條款與條件，為您支付、安排或授權在醫療上必要的服務。

耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)：耐用醫療器材指以下器材：

- 專為重複使用而設計；
- 主要且通常用於醫療目的；
- 通常僅在有疾病和傷患時提供幫助；而且
- 適合在家中使用。

急症：表現出相當嚴重程度的症狀（包括劇痛）之醫療或行為狀況，使得相當謹慎、具有一般健康與醫療常識的一般人可合理地預期若不立即就醫有可能導致：

- 受此類症狀之苦的人士之健康（對於孕婦而言則為孕婦本人或未出生胎兒之健康）遭受嚴重風險；如果是行為狀況，則會導致行為人或其他人之健康遭受嚴重風險；
- 對此人的身體機能造成嚴重損傷；
- 使此人的任何身體器官或部位出現嚴重機能障礙；或
- 嚴重毀損此人的容貌。

New York Essential Plan 2 投保人合約

急診室護理：您在醫院急診室獲得的急診服務。

急診護理服務：醫院急診室能力範圍內可提供的醫療篩檢，包括通常為急診室提供的輔助服務，目的在於評估此類緊急病症；以及在醫院員工與設施能力範圍內提供的醫療篩檢，此類深入的醫療檢查與治療為穩定病人的病情所需。「穩定」是指可能需要提供此類急症醫學治療，以確保在合理的醫療可能性內，在從某機構轉移病人或接生嬰兒（包括胎盤）期間不會導致或發生病症實質惡化的情況。

不予承保項目：我們不予支付或承保的健康護理服務。

外部上訴代理：經過紐約州金融服務局認證的實體，可以根據紐約州法律執行外部上訴。

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；安寧護理機構；根據《紐約公共衛生法》第 36 條予以認證或授權的家庭健康機構或家庭護理服務機構；由衛生部門在我們服務區域內核發執照的國家癌症中心研究所指定癌症中心；符合《紐約公共衛生法》第 30 條的飲食失調綜合護理中心；以及在《紐約精神保健法》第 1.03 節中規定、由紐約州成癮服務和支援辦公室認證，或根據《紐約公共衛生法》第 28 條認證的機構（或在其他州，獲得類似許可或認證的機構）。若您在紐約州之外接受藥物濫用成癮治療，此機構也將具有經聯合委員會認可的藥物濫用成癮治療計劃。

聯邦貧窮等級 (FPL)：美國衛生與人類服務部每年發布的收入等級衡量基準。聯邦貧窮等級用於確定您是否符合某些計劃（包括 Essential Plan）與福利的資格，並且每年更新。

申訴：您向我們提出之不涉及效用評估決定的投訴。

療育服務：幫助某人維持、學習或提升日常生活技能與功能的健康護理服務。療育服務納入了對受限情況與殘障狀況的管控，包括有助於維持身體功能、認知功能或行為功能，或有助於防止這些功能惡化的服務或項目。這些服務由物理治療、職業治療與語言治療組成。

健康護理專業人士：經過適當許可、註冊或認證的醫師；牙醫；驗光師；整脊治療師；心理學家；社工；足科醫師；物理治療師；職業治療師；助產師；語言病理學家；聽力學家；藥劑師；行為分析師；執業護理師或根據《紐約教育法》（或其他類似州法律（如適用））第 8 款經過許可、註冊或認證、需要《紐約保險法》認可的任何其他健康照護者，此類專業人員針對承保服務向病人收取費用或開具帳單。健康照護者的服務必須在此類提供者的合法執業範圍內，方可在本合約下獲得承保。

家庭健康機構：目前經紐約州或在其中營運和執行家庭健康護理服務的州認證或許可的組織。

安寧護理：為處於疾病末期最後階段之病人及其家人提供的舒適與支持護理，此類護理由根據《紐約公共衛生法》第 40 條或根據安寧護理機構所在州需要的類似認證流程認證的安寧護理機構提供。

醫院：短期、急性、綜合醫院，這些醫院：

- 透過或在醫師的持續監督下，主要針對病人提供診斷服務和針對診斷結果的治療服務、為受傷或患病者提供治療和護理；
- 配備了分門別類的內科和重要外科部門；
- 要求所有病人都必須接受一位醫師或牙醫的護理；

-
- 由註冊專業護士 (R.N.) 提供或在其監督下提供 24 小時護理服務；
 - 若該醫院位於紐約州，則需有適用於所有病人之有效住院審查計劃，且至少必須符合美國法典 42 第 1395x(k) 節中規定的標準；
 - 獲得了負責授權此類醫院的機構正式授權；並且
 - 除偶然情況外，非休憩、主要進行結核病治療、老年人、吸毒者、酗酒者之所或康復、監護、教育或復健護理之所。

醫院並非指休養場所、水療場所或是學校或營區內的醫務室。

住院：需要作為住院病人入院並且通常需要留宿的醫院護理。

醫院門診護理：通常不需要留宿的醫院護理。

合法居留移民：「合法居留」一詞包括具有以下身分的移民：

- 「合格非居民」移民身分，無等待期
- 人道主義身份或情況 (包括臨時受保護身分、特殊少年身分、庇護申請者、反虐待公約、人口販賣的受害者)
- 有效非移民簽證
- 其他法律賦予的合法身分 (臨時居民身分、合法移民家庭平等法、家庭團圓個體)。若要查看合資格移民身分的完整清單，請造訪網站：<http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/>，或致電紐約州衛生署 1-855-355-5777。

醫療上所必需：請參閱本合約中「您的承保如何運作」一節瞭解定義。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)：請參閱修訂後的《社會安全法》第 XVIII 款。

網絡：與我們簽訂合約向您提供健康護理服務的提供者。

紐約州衛生局 (「NYSOH」)：紐約州衛生署的官方健康計劃交易市場。NYSOH 是一個健康保險市場，其中個人、家庭與小型企業可以瞭解其健康保險選擇；根據成本、福利與其他重要特色比較計劃、選擇計劃並進行投保。此外，NYSOH 提供關於有助於低到中收入人群的計劃以及支付承保資源 (包括 Medicaid、Child Health Plus、保費抵稅與降低費用分攤) 的資訊。

非參與計畫提供者：未與我們簽訂合約但有向您提供健康護理服務的提供者。對於非參與計畫提供者的服務，僅急症服務或在我們授權時予以承保。

自付費用上限：在我們開始 100% 支付承保服務的限額之前，您在計劃年度內應付的最高費用分攤金額。此限額絕不會包含差額負擔費用或我們不承保的健康護理服務費用。

網絡醫療護理提供者：與我們簽訂合約向您提供健康護理服務的提供者。參與計劃提供者及其執業地點清單可於我們的網站上獲得，網址是 myuhc.com/CommunityPlan，或者可應您的要求提供。我們會不時修改此清單。

New York Essential Plan 2 投保人合約

醫師或醫師服務：由獲許可的醫師 (M.D. — 醫師或 D.O. — 骨科醫師) 提供或協調的健康護理服務。

計劃年度：始於合約生效日期的 12 個月期間或之後合約仍為有效的任何週年日。

事先授權：在您獲得承保服務、程序、治療計劃、設備或醫師處方用藥之前，由我們作出的該承保服務、程序、治療計劃、設備或醫師處方用藥具有醫療必要性的決定。我們將在本合約的「福利表」一節指出需要預授權的承保服務。

處方配藥：經食品藥物管理署 (FDA) 批准，並且根據聯邦或州法律僅可按照處方開藥或續配藥物且位於我們的處方藥一覽表內的藥物、產品或設備。醫師處方用藥包括，因其藥物特性，適合自行用藥或由非熟手照顧者幫助用藥的藥品。

主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)：通常是內科或家庭科醫師以及直接為您提供或協調健康護理服務的參與計劃專科護理師、醫生助理或醫師。

醫療護理提供者：根據州法律要求獲得許可、註冊、認證或認可的醫師、健康照護者或機構。醫療服務提供者還包括根據州法律要求許可、註冊、認證或認可的本合約承保糖尿病設備及用品、耐用醫療設備、醫療用品或任何其他設備或用品的供應商或配發機構。

轉介：一位參與計劃提供者給予另一位參與計劃提供者 (通常是 PCP 提供給參與計劃的專科醫師) 的授權，目的在於為投保人安排附加護理。轉診可通過電子方式或由您的提供者填寫紙本轉診表來傳送。除本合約中「獲得護理與過渡護理」一節所規定的情況或經我們授權之外，不可向非參與計劃提供者轉診。為了讓您針對本合約「福利表」一節列出的某些服務項目支付最低費用分攤，轉診並非必須，只是有需要。

復健服務：幫助某人維持、恢復或提高日常生活技能與功能 (因此人生病、受傷或殘疾而喪失或受損) 的健康護理服務。這些服務包含在住院和/或門診設施中提供的物理治療、職業治療與語言治療。

福利通覽：本合約內介紹共付額、共同保險、自付限額、預授權要求、轉診要求與其他承保服務限制的一節。

服務地區：我們指定並由紐約州批准的承保地理區域。我們的服務地區包括 Albany、Bronx、Broome、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Dutchess、Erie、Essex、Franklin、Fulton、Genesee、Jefferson、Kings、Lewis、Madison、Monroe、Nassau、New York、Niagara、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Orleans、Oswego、Queens、Rensselaer、Richmond、Rockland、Saratoga、Schenectady、Seneca、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester 和 Yates 郡。

專業護理設施：該機構或該機構中的特定部門：目前按州或當地法律持照或核准；主要從事以專業護理設施、延長護理設施或護理設施身份提供專業護理和相關服務，經聯合委員會或美國整骨醫學會醫院局核准，或按聯邦醫療保險 (Medicare) 規定為專業護理設施；或按我們的其他規定，以符合這些主管機關的標準。

專科醫生：專精於某特定醫學領域，或診斷、管理、防止或治療特定類型症狀或狀況之病人的醫師。

投保人：與之簽署本合約的人。每當要求投保人就申訴或急診室入住或就診進行通知時，「投保人」也指投保人指定之人。

UCR (通常、慣常及合理)：以醫療護理提供者所在地區對相同或類似醫療服務通常收取的費用為依據而支付的醫療服務金額。

緊急護理：理性之人將會尋求即時護理的相當嚴重的疾病、受傷或狀況，但其嚴重程度還達不到需要急診室護理的醫療照護。緊急護理可以在參與計劃醫師診室或緊急護理中心提供。

緊急護理中心：提供緊急護理服務的獲許可機構 (除醫院外)。

我們、我們的：指 UnitedHealthcare Community Plan 以及在本合約下我們依法委託代表我們執行任務的任何人士。

效用評估：用以確定某服務是否具有醫療必要性或屬於試驗性或研究性 (即，罕見疾病治療或臨床試驗) 的評估。

您、您的： 投保人。

第 II 節 您的承保如何運作

A. 您在本合約的承保

您已登記加入 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紙本文件一同保存，以便您未來參考。

B. 承保服務

您將根據本合約的條款與條件獲得承保服務，唯承保服務必須符合以下條件：

- 醫療必要性；
- 由參與計畫提供者提供，但行動危機服務如第 XVII 節的精神健康護理和物質使用服務所述者不在此限；
- 列為承保服務；
- 未超出本合約「福利表」一節所述的任何福利限制，且
- 在本合約生效期間取得。

New York Essential Plan 2 投保人合約

當您位於服務區外時，承保僅限於為治療您的急症病情及需緊急護理的急症服務、入院前急症醫療服務與救護車服務。

C. 參與計劃提供者

若要瞭解某提供者是否為參與計劃提供者：

- 請查閱您的提供者名錄(可應您的要求提供)；
- 請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**；或
- 瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。

提供者名錄將為您提供有關我們參與計畫提供者的以下資訊：

- 姓名、地址和電話號碼
- 專科
- 美國醫學委員會認證書(如適用)
- 使用的語言
- 醫療服務提供者是否接受新患者

在下列情況下，如果您向非參與計畫提供者的醫療護理提供者取得承保服務，您只須負責支付適用承保服務的任何分攤費用：

- 醫療護理提供者在我們的網上醫療護理提供者名冊中列為參與計劃提供者；
- 我們的醫療護理提供者名冊將提供者列為參與計畫提供者，但截至發布日期為止不正確；
- 我們會以書面通知您，提供者是參與計劃提供者，以回覆您針對該提供者的網絡狀態資訊的電話請求；或
- 若您致電查詢網絡狀態資訊，我們未能於一 (1) 個工作天內向您發出書面通知。

在這種情況下，如果醫療護理提供者開立的帳單超過您的分攤費用且您支付帳單，您有權向醫療護理提供者退款，並獲得利息。

D. 主治醫師的角色

本合約要求您選擇一位 PCP。儘管我們鼓勵您從 PCP 處獲得治療，但您在獲得參與計劃提供者的專科護理前無需 PCP 提供書面轉診。您可以選擇位於 Essential Plan UnitedHealthcare Community Plan 網絡 PCP 清單內任何參與計劃的 PCP。在某些情況下，您可以指定一位專科醫師作為您的 PCP。請參閱本合約中「獲得護理與過渡護理」一節，瞭解關於指定專科醫師的更多資訊。若要選擇 PCP，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。如果您未選擇 PCP，我們會為您指定一名。

對於費用分攤，若您希望除一般科、家庭科、內科、兒科和 OB/GYN 之外擁有主要或輔助專長的 PCP (或執行 PCP 職責的醫師) 提供服務，則當提供的服務與專科護理相關時，您必須支付本合約「福利表」一節所述的專科門診就診費用分攤。

E. 使用提供者與更換提供者

有些時候，名列於我們提供者名錄中的提供者無法提供服務。在通知我們您選擇的 PCP 之前，您應致電該提供者，確保該提供者會接收新病人。

若要到提供者處看診，請致電其辦公室、向該提供者告知您是 UnitedHealthcare Community Plan 會員，並說明您就診的原因。請備妥您的 ID 卡。提供者辦公室可能會要求您提供會員 ID 號碼。您前往提供者辦公室時，請隨身攜帶您的 ID 卡。

若要在正常營業時間之後聯絡醫療服務提供者，請致電醫療服務提供者的診所。您將轉接至醫療服務提供者，答錄機會指導您如何取得服務或尋找另一名醫療服務提供者。如果您有急症，請到離您最近的醫院看急診以獲得即時護理，或致電 **911**。

若要更換您的 PCP，您可以致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 **TTY 711**。

若在您居住的郡或在符合批准的時間和距離標準內的交界郡內，並無能提供特定醫療服務提供者類型的參與計劃提供者，我們將批准授權給特定的非參與計劃提供者，直到您不再需要其護理，或者直到我們的網絡中具備了一位符合該時間和距離標準的參與計劃提供者，且您的護理已轉交給該參與計劃提供者為止。您的基層醫師必須致電 1-866-362-3368 聯絡 UnitedHealthcare 的預先授權部，以獲得授權並讓您可以前往不屬於 UnitedHealthcare 網路的專科醫師處看診。該專科醫師必須同意與 UnitedHealthcare 合作，並接受我們的付款作為全額支付。此許可稱為「預先授權」。您的 PCP 將您轉給不屬於 UnitedHealthcare 網路的專科醫師時，會向您說明所有相關事項。請參閱「服務授權」一節，以深入瞭解您請求前往不屬於 UnitedHealthcare 網路之服務提供者處看診時應提供什麼文件。如果 UnitedHealthcare Community Plan 核准使用不屬於 UnitedHealthcare 網路的服務提供者，則您不需負擔任何費用，但本手冊中所述的共付額除外。若承保服務由非參與計劃提供者提供，則我們將以參與計劃提供者所提供的承保服務費用支付給他們。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。

F. 網絡外服務

除治療急診狀況的急診服務、行動危機服務、入院前急診醫療服務和救護車服務外，或除非本合約給予特殊承保，否則不會承保非參與計劃提供者的服務。

G. 需要預授權的服務

在您獲得某些承保服務之前，無需我們的預授權。您的 PCP 或參與計劃提供者需要針對本合約「福利表」一節中所列的網絡內服務申請預授權。

H. 預授權程序

若您希望承保需要預授權的服務，您的提供者必須致電 UnitedHealthcare 預授權部門，電話號碼是 1-866-604-3267。

您的提供者必須聯絡我們以申請預授權，要求如下：

- 當您的提供者建議住院治療時，請在預定的入院或手術前至少兩 (2) 週前申請預授權。如果無法這麼做，則要在入院前的正常營業時間內盡快申請預授權

New York Essential Plan 2 投保人合約

- 當您的提供者建議在醫院的流動手術部門或流動手術中心內進行手術或執执行程序時，在流動手術或任何其他流動護理程序前至少兩 (2) 週申請預授權。若無法這麼做，則請在手術或程序前合理的正常營業時間內盡快申請預授權
- 在懷孕前三 (3) 個月內或合理的時間內盡快申請預授權；再次強調，若您的住院期延長超過 48 小時 (順產) 或 96 小時 (剖腹產)，請在實際分娩日期後 48 小時內申請預授權
- 針對非急症提供空中救護服務之前

您必須聯絡我們以發出通知，要求如下：

- 針對急症提供空中救護服務時應在合理的時間內盡快通知
- 如果您因急症住院，您必須在入院後 48 小時內或入院後合理的時間內盡快聯絡我們

I. 未能獲得預授權

若您未能就本節所述福利獲得我們的預授權，我們將比應付的護理費用少支付 \$500 美元，或我們僅支付應付護理費用的 50%，以兩者中對您更有益者為準。您必須支付服務的剩餘費用。若我們認為，雖然您未能獲得我們的預授權，但護理具有醫療必要性，則我們會支付上述指定金額。如果我們認為這些服務不具有醫療必要性，則您將負責支付這些服務產生的所有費用。

J. 醫療管理

根據本合約為您提供的福利需接受服務前審核、並行審核及回顧性審核，以確定我們何時該承保服務。這些審核的目的是：透過審核程序的使用以及提供服務的設施或地點 (適當時)，促進醫療照護得以按有成本效益的方式提供。對於將提供的福利來說，承保服務必須具備醫療必要性。

K. 醫療必要性

我們承保本合約中規定的福利，前提是健康護理服務、程序、治療、測試、裝置設備、醫師處方用藥或用品 (統稱「服務」) 具有醫療必要性。提供者所供應、開處、要求、推薦或批准的服務並不使其具有醫療必要性或表示我們必須承保這些服務。

我們將在審核以下項目後作出決定：

- 您的醫療記錄
- 我們的醫療政策與臨床指南
- 專業團體、同儕審查委員會或其他醫師團體的醫療意見
- 同儕審查醫療文獻報告
- 國家認可的健康護理組織發表的報告與指南，包括支持性科學資料
- 在美國診斷、護理或治療方面獲得廣泛認可的安全與效率專業標準
- 所涉及公認健康專科內健康照護者的意見
- 參與計劃提供者的意見，這些意見可供參考但不否決異議

僅在以下情況下，才會將服務視為具有醫療必要性：

- 就類型、頻率、程度、部位與持續時間而言符合臨床要求，且認定為對您的疾病或傷情有效
- 直接護理與治療或病情管控所需要
- 若不提供這些服務，將會對您的病情產生不利影響
- 依據普遍認可的醫療執業標準提供
- 並非主要為了方便您、您的家庭或您的提供者而提供
- 其費用不超過備選服務或一系列服務，但至少會產生相同的治療或診斷效果
- 當服務的設施或場所是審核的一部分時，若本可在以較低費用的設施向您安全提供的服務卻在較高費用的設施執行，則該服務將不具備醫療必要性。例如，若一項手術本可以在門診執行，我們將不承保住院手術，或者某專科藥物輸注或注射若可以在醫師診室或在家中提供，我們將不承保醫院門診部提供的專科藥物輸注或注射。

請參閱本合約中「效用評估與外部上訴」一節，瞭解您對我們某項服務不具備醫療必要性的決定提出內部上訴或外部上訴的權利。

L. 意外醫療帳單保護

1. **意外醫療帳單。**意外醫療帳單是在以下情況下收到的承保服務帳單：

- 由非參與計劃提供者在參與計劃醫院或流動手術中心提供的服務，此時：
 - 執行健康護理服務時，參與的提供者無法提供服務；
 - 非參與計劃提供者在您不知情的情況下提供服務；或
 - 執行健康護理服務時出現了不可預見的醫療問題或服務。

意外醫療帳單不包括可使用參與計劃醫師提供的健康護理服務以及您選擇從非參與計劃醫師處所獲服務產生的帳單。

- 若參與計劃醫師將您轉診至非參與計劃提供者，但您沒有提供轉診至非參與計劃提供者的明確書面認可，這可能導致不屬於我們承保範圍的費用。就意外醫療帳單而言，轉診至非參與計劃提供者是指：
 - 承保的服務由非參與計劃提供者在參與計劃醫師診室執行或在同一就診期間提供；
 - 參與計劃醫師將在參與計劃醫師診室提取的您的檢體發送給非參與計劃的實驗室或病理學家；或
 - 根據您的合約需要轉診時，任何其他非參與計劃提供者在參與計劃醫師請求下提供的承保服務。

對於任何非參與計劃提供者的收費（超過您網絡內分攤費用的意外醫療帳單），您無需承擔。非參與計畫提供者只能向您收取您的分攤費用。您可以簽署一份表格，通知我們和非參與計畫提供者您收到意外醫療帳單。

預料外帳單認證表可在網站 www.dfs.ny.gov 取得，或者您可以瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 索取表格。您必須將表格的複本郵寄至您會員卡上的地址給我們並郵寄給您的醫療護理提供者。

- 2. 獨立糾紛解決流程。**我們或提供者可能向紐約州指定的獨立糾紛解決機構(「IDRE」)提出關於意外醫療帳單的爭議。IDRE 將在收到爭議後 30 天內決定我們的付款或提供者的收費是否合理。

M. 使用遠距保健提供承保服務

如果您的參與計劃提供者使用遠距醫療提供承保的服務，我們將不會因為使用遠距醫療而拒付此類承保服務。保險公司可將透過遠距保健提供的服務承保，要求受保人支付定額手續費和/或共同保險，但必須至少與未透過遠距保健提供的同樣服務所設定的條件一樣有利。使用遠距醫療提供的承保服務可能需要遵守合約的效用評估和品質保證要求，以及其他條款與條件，這些條款與條件至少與未使用遠距醫療所交付之同類服務的要求同等。「遠距醫療」是指參與計劃提供者因為您的位置與其所在地不同，而使用電子資訊和通訊技術為您提供承保服務。

N. 個案管理

個案管理有助於根據嚴重程度、複雜性和/或慢性健康情況協調會員服務與健康護理需求。我們的計劃可協調福利事項並對同意參與個案管理計劃的會員提供教育，以幫助滿足他們與健康相關的需求。

我們的個案管理計劃是保密且自願參與的。這些計劃不會向您收取額外費用，且不會改變承保服務。**若您滿足計劃條件且同意參與，我們將幫助您滿足您確認的健康護理需求。**此計劃以合約形式締結，與您和/或您的授權代表、治療醫師及其他提供者相互協作。此外，我們可以協助協調護理與現有社區型計劃與服務，以滿足您的需求，其中可能包括為您提供關於外部機構與社區型計劃及服務的資訊。

在某些嚴重或慢性疾病或傷情案例中，我們可以透過我們的個案管理計劃提供替代護理福利(未在承保服務中列出)。我們也可以擴展承保服務至超出本合約的最大福利範圍。若我們確定替代或擴展福利對您以及我們最有益處，我們將根據具體情況作出決定。

沒有任何條文可以阻止您針對我們的決定提出上訴。在一個案例中決定提供擴展福利或批准替代護理，並不意味著我們有義務再次向您或任何其他會員提供同樣的福利。我們保留隨時更改或停止提供擴展福利或批准替代護理的權利。在此類情況下，我們將以書面形式通知您或您的代表。

O.重要電話號碼與地址

- **索賠：**

UnitedHealthcare 社區計劃醫療索賠
P.O.Box 5240
Kingston, NY 12402-5240

UnitedHealthcare 社區計劃牙科護理索賠
P.O.Box 2061
Milwaukee, WI 53201

- **投訴、申訴與效用評估上訴：**

請致電會員服務部，電話 **1-866-265-1893**。

寫信：

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

- **意外醫療帳單認證表：**

請參閱您 ID 卡上的地址。
(將意外醫療帳單認證表提交至此地址。)

- **醫療急症與緊急護理：**

1-866-265-1893

服務時間週一至週五上午 8 時至下午 6 時

- **會員服務：1-866-265-1893**

會員服務部代表的服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 6 時。

- **事先授權：1-866-362-3368**

- **行為健康服務：1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**

- **我們的網站：myuhc.com/CommunityPlan**

- **全國自殺防治專線：**

電話：**988**

對話：**988lifeline.org/chat**

第 III 節

取得護理與過渡護理

A. 非參與計畫提供者授權

若我們確定我們沒有接受適當培訓且具有適當經驗的參與計畫提供者治療您的疾病，我們將向適當的非參與計畫提供者提供授權。您的參與計畫提供者必須就向特定非參與計畫提供者提供授權申請預審批。非參與計畫提供者授權批准並非為了您或其他治療提供者的便利，且可能不適用於您申請的特定非參與計畫提供者。若我們批准授權，則非參與計畫提供者提供的所有服務受我們與您的 PCP、非參與計畫提供者及您諮詢後由我們批准的治療計畫約束。若承保服務由非參與計畫提供者提供，則我們將以參與計畫提供者所提供的承保服務費用承付給他們。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。若未批准授權，則非參與計畫提供者提供的任何服務將不予承保。

B. 專科醫師何時可以擔任您的主治醫師

若您有危及生命的狀況或疾病，或您有需要長期專科護理的退化性與致殘性狀況或疾病，則您可以要求屬於參與計畫提供者的專科醫師擔任您的 PCP。如果您希望您的專科醫師擔任您的 PCP，您應與您的專科醫師討論，並向其詢問是否願意擔任您的 PCP。這表示您的專科醫師將會負責管理您的整體健康需求、協調實驗室檢查、X 光與其他專科醫師就診的轉介。如果您的專科醫師同意，則請他們發送一份書面信函，確認其願意擔任您的 PCP 並註明原因。信函請寄至：Member Services Director United Healthcare Community Plan One Penn Plaza, 8th Floor New York, NY 10119。我們將審查您的要求並在變生效後通知您。任何授權均將以我們與您的 PCP、專科醫師及您諮詢後由我們批准所達成的治療計畫為依據。我們不會批准非參與計畫專科醫師，除非我們確定我們的網絡內並不具備相應的醫療服務提供者。若我們批准非參與計畫專科醫師，則我們將會支付非參與計畫專科醫師根據批准的治療計畫而提供的承保服務之費用，就如同是由參與計畫提供者來提供承保服務一樣。您僅需負責支付任何適用的網絡內費用分攤。

C. 參與計畫專科醫師常設授權

若您需要持續進行專科護理，您可能會獲得屬於參與計畫提供者的專科醫師的「常設授權」。這代表您將不需要在每次需要看該專科醫師時向您的 PCP 要求新的授權。我們將諮詢您的專科醫師及您的 PCP，決定您是否應獲得常設授權。任何授權均將以我們與您的 PCP、專科醫師及您諮詢後由我們批准所達成的治療計畫為依據。治療計畫可能會限制就診次數或授權就診的期限，並且可能要求專科醫師就專科護理以及必要醫療資訊向您的 PCP 提供定期更新。我們將不會批准向非參與計畫專科醫師提供常設授權，除非我們確定我們的網絡內不具備適當的提供者。若我們批准向非參與計畫專科醫師提供常設授權，則我們將會支付非參與計畫專科醫師根據批准的治療計畫而提供承保服務之費用，就如同是由參與計畫提供者提供承保服務一樣。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。

D. 專科護理中心

若您有危及生命的狀況或疾病，或您有需要長期專科護理的退化性與致殘性狀況或疾病，則您可以申請授權專科護理中心的專家治療您的狀況或疾病。專科護理中心是經紐約州機構、聯邦政府或國際健康組織認證或指定為擁有治療您的疾病或狀況的專科知識的中心。我們將諮詢您的 PCP、專科醫師與專科護理中心，以決定是否批准此類授權。任何授權均將以專科護理中心制定的治療計劃為依據，並經過和您的 PCP 或專科醫師與您諮詢後由我們批准。我們將不會批准向非參與計劃專科護理中心提供授權，除非我們確定我們的網絡內並沒有適當的專科護理中心。若我們批准向非參與計劃專科護理中心提供授權，則我們將會支付非參與計劃專科護理中心根據批准的治療計劃提供承保服務之費用，就如同是由參與計劃的專科護理中心提供承保服務一樣。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。

E. 當您的提供者退出網絡時

若您在持續治療過程中您的提供者退出我們的網絡，則您可以繼續獲得之前參與計劃提供者就持續治療提供的承保服務，時間為自您的提供者向您提供服務的合約義務終止日期起後最多 90 天。若您已懷孕，則您可以繼續接受原有參與計劃提供者的護理，直到分娩以及與該分娩直接相關的任何產後護理完成為止。

該提供者必須同意接受終止我們與提供者之間關係之前生效的協商費用付款。此外，提供者必須向我們提供與您的護理相關的必要醫療資訊，並遵守我們的政策與程序，包括針對確定護理質量、獲得預授權、授權以及我們批准的治療計劃的政策與程序。您將獲得承保服務，就如同是由參與計劃提供者提供承保服務一樣。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。請注意，若我們因提供者詐騙、即將對病人造成傷害或護理局或機構的最終紀律處分（影響提供者的執業能力）而終止與提供者的合作關係，與該提供者的持續治療將不再有效。

F. 治療週期中的新會員

若您在本合約內的承保生效後接受非參與計劃提供者提供的持續治療，則您將能夠自本合約內承保生效日期起獲得非參與計劃提供者提供的持續治療承保服務長達 60 天。該治療週期必須是針對危及生命的疾病或狀況，或是針對退化性與致殘性的狀況或疾病。本合約內的承保生效後，若您處於中期或晚期妊娠，您也可以繼續接受非參與計劃提供者提供的護理。您可以繼續接受護理，直到分娩以及與分娩直接相關的產後服務護理完成為止。

為使您可以在長達 60 天或在整個孕期內繼續獲得承保服務，非參與計劃提供者必須同意接受我們針對此類服務的付款。此外，該提供者必須同意向我們提供與您的護理相關的必要醫療資訊，並遵守我們的政策與程序，包括針對確定護理質量、獲得預授權、轉診以及我們批准的治療計劃的政策與程序。若提供者同意這些條件，您將獲得承保服務，就如同是由參與計劃提供者提供承保服務一樣。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。

第 IV 節 費用分攤與限額

A. 定額手續費

除非另有說明，否則您必須支付本合約「福利表」一節中針對承保服務的共付額或固定費用。但是，當服務限額低於共付額時，您將負責此較低金額。

B. 共同保險

除非另有說明，否則您必須支付承保服務的限額百分比。我們將支付剩餘限額百分比，如本合約「福利表」一節所示。

C. 自付費用上限

當您達到本合約「福利表」一節中計劃年度分攤費用內的自付限額後，我們將針對該計劃年度剩餘時間內的承保服務提供 100% 限額承保。

除急診服務外，網絡外服務費用分攤以及我們批准作為網絡內服務例外的網絡外服務與網絡外透析，不適用於您的網絡內自付限額。本合約「您的承保如何運作」一節中介紹的預授權通知罰款不會計入您的自付限額。自付限額以計劃年度為基礎。

D. 准許金額

「限額」是指減去任何適用的共付額或共同保險費用之前，我們針對本合約內承保的服務或用品支付的最大額度。我們會根據以下內容決定限額：

我們給予參與計劃提供者的付款可能包括財務獎勵，目的在於幫助提高護理質量，並推動承保服務的有效提供。此財務獎勵計劃付款不構成為您提供的具體承保服務付款。任何作為財務獎勵計劃的一部分支付給參與計劃提供者的款項，或是參與計劃提供者支付的款項，都不會改變您的費用分攤。

1. 醫師施用的藥物

對於醫師施用的藥物，我們使用的承保缺口方法類似於 Medicare 與 Medicaid 服務中心所用的定價方法，而且產生的費用依據已發佈的獲取費用或該藥物平均批發價格而定。這些方法目前由 RJ Health Systems, Thomson Reuters 創立（發表於其 Red Book 中），或由我們依據內部開發的藥物定價資源創立，使用時機為當其他方法無可用的醫師處方用藥定價資料，或有特殊情況而需向上調整至其他定價方法時。

請參見本合約「急症服務與緊急護理」一節，瞭解由非參與計劃提供者提供急症服務時的限額。請參見本合約「救護車與入院前急症醫療服務」一節，瞭解由非參與計劃提供者提供入院前急診醫療服務時的限額。

第 V 節 受保人

A. 本合約承保的對象

您，即簽署本合約的投保人，將受本合約承保。您必須居住於我們的服務區內，才能獲本合約承保。您的家庭收入必須高於聯邦貧窮等級 138% 到 250%。若您已投保 Medicare 或 Medicaid，或者可負擔的雇主贊助健康保險，則您沒有購買本合約的資格。此外，若您的收入高於聯邦貧窮等級的 138%，但若您不滿 19 歲或超過 64 歲，您仍然沒有資格購買本合約。

您必須在計劃年度內隨時報告可能影響您資格的變化動態，包括您懷孕的情況。如果您在本合約承保期間懷孕，您可以根據《紐約社會服務法》第 369-ii 條繼續投保。如果您仍留在 Essential Plan 中，您將在懷孕期間享有承保，以及產後一年承保。12 個月產後承保期會在您懷孕的最後一天開始，並在 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 223%，您也可能符合資格可取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)。如果您希望取得醫療補助承保而不是 Essential Plan，您應聯絡 NYSOH。

B. 承保類型

Essential Plan 所提供的唯一承保類型是個人承保，即僅您獲得承保。若您家庭中的其他成員也受 Essential Plan 承保，他們將收到一份單獨的合約。

C. 參加註冊

您可以在一整年當中隨時投保本合約。如果您是透過 NYSOH 承保的新申請者，您的承保將由您選定計劃的當月第一天開始。例如，如果 NYSOH 於 2 月 18 日收到您的 Essential Plan 選擇，則該計劃將由 2 月 1 日開始承保。您於 2 月 1 日至 2 月 18 日期間獲得的任何服務將由我們承保。如果您已經透過 NYSOH 在不同的項目或計劃中獲得承保並轉到 Essential Plan，您的承保將由您選定計劃後的下個月 1 日開始。例如，如果您於 2 月 19 日選定一份 Essential Plan，您的承保將由 3 月 1 日開始。

第 VI 節 預防護理

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

預防護理

我們承保以下用於促進身體健康與疾病早期診斷目的的服務。當預防服務由參與計劃提供者提供或根據健康資源與服務管理局 (HRSA) 支持的綜合指南提供時，或該項目與服務擁有美國預防

New York Essential Plan 2 投保人合約

服務工作組(「USPSTF」)評定的「A」或「B」等級時,或免疫接種經免疫接種諮詢委員會(「ACIP」)推薦時,無需針對預防服務支付費用分攤(共付額或共同保險)。但是,對於接受預防服務時同次就診期間提供的服務,可能必須支付費用分攤。此外,若預防服務在辦公室就診期間提供,而預防服務並非主要就診目的,則適用於門診就診的費用分攤仍然適用。您可致電 **1-866-265-1893**, 聽障專線(TTY) **711**, 或造訪我們的網站 **myuhc.com/CommunityPlan**, 以獲得 HRSA 支持的綜合性指導原則副本、USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務,以及 ACIP 推薦的疫苗接種。

- A. 成人年度身體檢查。**我們承保 HRSA 支持的綜合指南中規定的成人年度身體檢查與防護護理及篩檢,並且承保 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務。

USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目與服務示例包括但不限於:酗酒篩檢、成人血壓篩檢、大腸直腸癌篩檢、憂鬱症篩檢、糖尿病篩檢與肺癌篩檢。承保預防服務的完整清單位於我們的網站上,網址為 **myuhc.com/CommunityPlan**, 或可以應您的要求郵寄給您。

您有資格在每個計劃年度進行一次身體檢查,無論自上次身體檢查就診後是否已經過 365 天。眼科篩檢不包括屈光。

當根據 HRSA 支持的綜合指南提供或根據 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務提供時,此福利不受共付額或共同保險約束。

- B. 成人免疫接種。**我們承保 ACIP 推薦的成人免疫接種。當根據 ACIP 的推薦提供時,此福利不受共付額或共同保險約束。

- C. 女性健康檢查。**我們承保女性健康檢查,其中包括常規婦科檢查、乳房檢查與年度子宮癌篩檢,包括與評估子宮癌篩檢相關的實驗室與診斷服務。此外,我們承保 HRSA 支持的綜合性指導原則中規定的防護護理及篩檢,並且承保 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務。承保預防服務的完整清單位於我們的網站上,網址為 **myuhc.com/CommunityPlan**, 或可以應您的要求郵寄給您。根據 HRSA 支持的綜合指南提供服務或根據 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務(頻率可能低於上述規定)提供時,此福利不受共付額或共同保險約束。

- D. 對於乳癌檢測的乳房 X-光檢查、篩檢與診斷顯影。**我們承保可能由適用於乳腺癌檢查的乳房斷層攝影(即 3D 乳房 X 光)提供的乳房 X 光,如下所述:

- 一次(1)針對 35 歲至 39 歲女性的基準篩查乳房 X 光檢查;以及
- 一次(1)針對 40 歲及以上女性的年度基準篩查乳房 X 光檢查。

若一位任何年齡的會員有乳腺癌患病史,或其一級親屬有乳腺癌患病史,我們將根據提供者的建議承保乳房 X 光檢查。但在任何情況下,計劃年度內承保的預防篩檢次數不能超過一(1)次。

若由計劃參與者提供服務,其對於乳癌篩檢的乳房 X 光並不受共付額或共同保險約束。

我們也對額外的篩檢與診斷顯影提供承保,包括完成篩檢流程的診斷性乳房 X 光攝影、乳房超音波、核磁共振成像(MRI)和病理學評估。若由計劃參與者提供服務,為了乳癌檢測所進行之篩檢與診斷顯影(包括診斷性乳房 X 光、乳房超音波、核磁共振和和病理學評估)並不受共付額、自付額或共同保險約束。

- E. 家庭計劃與生殖健康服務。**我們承保家庭計劃服務(包括提供者開處的 FDA 認證、通過或授權的避孕措施,否則根據本合約「醫師處方用藥承保」一節不予承保)、病人教育和避孕藥使用及相關主題的諮詢服務;與避孕方法相關的追蹤服務(包括管控副作用、諮詢持續依從性,以及避孕裝置的置入與移除);以及女性絕育手術。參與計劃提供者提供這些服務時不受共付額或共同保險的約束。

此外，我們承保受共付額或共同保險約束的輸精管切除術。

我們不承保與逆轉選擇性絕育相關的服務。

- F. 骨質密度測量或測試。**我們承保骨質密度測量或測試，並承保 FDA 批准的醫師處方用藥與設備或批准的替代藥通用名等效藥。醫師處方用藥承保受本合約「醫師處方用藥承保」一節約束。骨質密度測量或測試、藥物或設備應包括在聯邦 Medicare 計劃下承保或根據國家衛生研究院條件承保的項目。如果您符合聯邦 Medicare 計劃規定的條件或國家衛生研究院的條件，或者您符合以下任何條件，您將獲得承保資格：

- 之前曾被診斷為患有骨質疏鬆或有骨質疏鬆家族病史；
- 出現骨質疏鬆症狀或狀況或面臨顯著骨質疏鬆風險；
- 接受置於顯著骨質疏鬆風險的醫師處方用藥治療方案；
- 採用在一定程度上會產生顯著骨質疏鬆風險的生活方式；或
- 具有會產生顯著骨質疏鬆風險的年齡、性別和／或其他生理特徵。

此外，我們承保 HRSA 支持的綜合性指導原則中規定的骨質疏鬆症篩檢，並且承保 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務。

由參與計劃的提供者提供且根據 HRSA 支持的綜合性指導原則提供或根據 USPSTF 評定為「A」或「B」等級的項目或服務（可能不包括所有上述服務，如藥物與裝置）提供時，此福利不受共付額或共同保險約束。

- G. 攝護腺癌篩查。**我們承保每年標準診斷檢測，其包括但不限於直腸指檢與前列腺特異抗原測試，對象是年齡在 50 歲及以上且無症狀的男性，以及年齡在 40 歲及以上且有攝護腺癌家族史或其他攝護腺癌風險因素的男性。我們也承保標準診斷測試，其包括但不限於直腸指檢與前列腺特異抗原測試，對象是有攝護腺癌病史的任何年齡的男性。

參與計劃提供者提供這項福利時不受共付額、自付額或共同保險的約束。

- H. National Diabetes Prevention Program (NDPP) 服務。**我們為第 2 型糖尿病的高風險者承保 CDC 認可計劃所提供的糖尿病預防服務。此項福利承保 12 個月期間的 22 個團體訓練課程。如果您由醫師或其他持照執業人員推薦、年滿 18 歲、目前未懷孕、體重過重及未曾被診斷患有第 1 型或第 2 型糖尿病，且您符合下列其中一項條件，您可能資格獲得 NDPP 服務：

- 您過去一年內的血液檢測結果曾顯示在糖尿病前期範圍內，或
- 您曾被診斷患有妊娠期糖尿病，或
- 您的 CDC/American Diabetes Association (ADA) 糖尿病前期風險檢測分數為 5 分或更高分。

- I. 結腸癌篩檢** 我們承保年滿 45 至 65 歲會員的結腸癌篩檢，包括根據 USPSTF 對一般風險個人進行的所有結腸癌篩檢和實驗室檢驗。本項福利包括一次結腸鏡檢查或其他結腸癌篩檢的醫療測試，以及因非結腸鏡檢查預防篩檢測試結果陽性而進行的追蹤結腸鏡檢查。

第 VII 節

救護車與入院前急症醫療服務

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。用於治療急症的入院前緊急醫療服務與救護車服務無需預授權。

A. 急診救護車交通服務

1. 入院前緊急醫療服務

我們承保用於治療急症的全球入院前急症醫療服務，前提是此類服務是以救護車服務提供。

「入院前緊急醫療服務」是指急症的及時評估與治療和/或抵達醫院所用的非空運交通服務。該服務必須由根據《紐約公共衛生法》簽發有證書的救護車服務提供。但是，我們將僅承保經由此救護車服務送至醫院的交通服務，前提是相當謹慎、具有一般健康與醫療常識的常人可合理地預期若沒有此類交通服務可能會導致：

- 讓經受此類症狀折磨的人士之健康，或對孕婦而言，使孕婦本人或未出生的胎兒的健康遭受嚴重風險，或者如為行為狀況，導致行為人或其他人的健康遭受嚴重風險；
- 對此人的身體機能造成嚴重損傷；
- 使此人的任何身體器官或身體部位出現嚴重機能障礙；或
- 嚴重傷害此人的身體。

依據《紐約公共衛生法》第 30 條規定獲許可的救護車服務必須保護您免受傷害，並且可能不會因入院前急症醫療服務向您收取費用或要求補助，但徵收任何適用的共付額或共同保險費用除外。若無議定費率，我們將支付非參與計劃提供者針對入院前急症醫療服務的平時及慣例收費，其不應過高或不合理。入院前急診醫療服務的平時及慣例收費以下兩者中較低者：FAIR Health 費率的第 80 百分位數，或提供者實際開立的帳單金額。

2. 急診救護車交通服務

除了入院前急診醫療服務之外，我們承保全球範圍內由持照救護服務機構（地面救護車或水上救護船）所提供、運送至最近醫院（可在其中提供急診醫療服務）的急診救護交通服務。此承保涵蓋若原看診的醫療機構治不了您的急症時採用急診救護車將您送至其他醫院的服務。

若無議定費率，我們將向根據《紐約州公共衛生法》第 30 條獲許可的非參與計畫提供者支付緊急救護車交通服務的平時及慣例收費，其不應過高或不合理。急診救護車交通服務的平時及慣例收費是依據接載地點計算得出之 FAIR Health 費率第 80 百分位數。

對於未依據《紐約州公共衛生法》第 30 條獲許可的非參與計畫提供者，我們將支付經我們認定為合理之緊急救護車交通服務費用。不過，我們裁定的金額不會超過非參與計畫提供者的收費。

B. 非急診地面救護車交通服務

我們承保獲許可的救護服務在各機構之間提供的非急診救護運輸服務，前提是運送情況為以下任何一種：

- 從非參與計劃醫院送至參與計劃醫院；
- 送至可提供在原始醫院無法提供之更高級別護理的醫院；

-
- 送至更經濟有效的急性護理機構；或
 - 從急性護理機構送至亞急性護理設施中。

若無議定費率，我們將向根據《紐約州公共衛生法》第 30 條獲許可的非參與計畫提供者支付非緊急救護車交通服務的平時及慣例收費，其不應過高或不合理。非急診救護車交通服務的平時及慣例收費是依據接載地點計算得出之 FAIR Health 費率第 80 百分位數。[或提供者實際開立的帳單金額]

對於未依據《紐約州公共衛生法》第 30 條獲許可的非參與計畫提供者，我們將支付經我們認為合理之非緊急救護車交通服務費用。不過，我們裁定的金額不會超過非參與計畫提供者的收費。

C. 空中救護服務

1. 急診空中救護服務

我們承保送至最近醫院(可在其中提供急症服務)的許可救護車服務提供的急症空中救護車交通服務。當來源設施無法治療您的急診病況時，本承保包括送至醫院的急診空中救護交通服務。

2. 非急診空中救護服務

我們承保獲許可的空中救護服務在各機構之間提供的非急診空中救護運輸服務，前提是運送情況為以下任何一種：

- 從非參與計畫醫院送至參與計畫醫院；
- 送至可提供在原始醫院無法提供之更高級別護理的醫院；
- 送至更經濟有效的急性護理機構；或
- 從急性護理機構送至亞急性護理設施中。

3. 空中救護車服務的費用

我們會支付參與計畫提供者我們已為空中救護服務與參與計畫提供者議定的金額。

我們會支付非參與計畫提供者經我們認為合理之空中救護服務費用。不過，我們裁定的金額不會超過非參與計畫提供者的收費。

您要負責支付空中救護服務的任何分攤費用。非參與計畫提供者只能向您收取網絡內分攤費用。如果您收到非參與計畫提供者的帳單，而該帳單超過您的網絡內分攤費用，您應該與我們聯絡。

D. 限制情況/承保條款

- 即使醫師開具處方，我們也不承保旅行或交通費，除非與急症相關或由經我們批准的機構轉送
- 我們不承保非救護車交通服務，例如小型救護車、廂型車或計程車
- 我們提供與急症相關的空中救護承保或與非急診交通服務相關的空中救護承保，前提是當您的醫療條件為地面救護車不適用時、您的醫療條件需要及時快速的救護車交通服務而地面救護車無法提供時，以及滿足以下任何一 (1) 種情況時：
 - 地面車輛無法進入的乘車點；或
 - 距離長或有其他障礙(例如，交通堵塞)導致無法及時將您送至配備所需設施的最近醫院。

第 VIII 節

急診服務與緊急護理

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 急診護理服務

我們承保在醫院內治療急症的急診服務。

我們定義的「**急症**」是指：表現出相當嚴重程度的症狀（包括劇痛）之醫療或行為狀況，使得相當謹慎、具有一般健康與醫療常識的一般人可合理地預期若不立即就醫有可能導致：

- 受此類症狀之苦的人士之健康（對於孕婦而言則為孕婦本人或未出生胎兒之健康）遭受嚴重風險；如果是行為狀況，則會導致行為人或其他人之健康遭受嚴重風險；
- 對此人的身體機能造成嚴重損傷；
- 使此人的任何身體器官或部位出現嚴重機能障礙；或
- 嚴重毀損此人的容貌。

例如，急症可能包括但不限於以下病症：

- 嚴重胸痛
- 嚴重或多處受傷
- 嚴重呼吸短促
- 精神狀態突然改變（例如定向障礙）
- 嚴重出血
- 需要立即護理的急性疼痛或狀況，例如疑似心臟病或闌尾炎
- 中毒
- 抽搐

無論提供者是否為參與計劃提供者，我們均承保急症治療的緊急服務。此外，我們將對全世界各地用於治療您急症的急診服務予以承保。但是，我們將僅承保那些在醫療上必要且因在醫院內治療或穩定您的急症而執行的急診服務與用品。

當您出現急症時，無論您是否處於服務區內，都請遵守下方所列的說明：

1. **醫院急診室就診。**如果您需要急症治療，請在最近的醫院急診室尋求立即護理，或致電 **911**。如果您遇到精神健康危機，您也可以致電 **988** 尋求協助。急診室護理無需預授權。**但是，只有在急診室內用於急症治療的急診服務才會獲得承保。**在尋求治療前，如果您不確定醫院急診室是否為最適合接受護理的地方，您可以致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**。

我們不承保醫院急診室內提供的追蹤護理或常規護理。您應聯絡我們以確保您獲得適當的追蹤護理。

-
- 2. 急症住院。**如果您入院，您或代表您的某人必須在入院 48 小時內或在合理的時間內盡快地透過本合約中的電話號碼通知我們，電話號碼是 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**。

我們會按照網絡內費用分攤來承保非參與計劃醫院的急診室護理後住院服務。如果您的醫療狀況允許將您轉移至參與計劃醫院，我們將通知您並與您一同安排轉移。

- 3. 與所提供急症服務相關的付款。**我們會支付參與計畫提供者與我們為急診服務議定的金額。我們會支付非參與計畫提供者經我們認為合理之急診服務費用。不過，我們裁定的金額不會超過非參與計畫提供者的收費。

您要負責支付任何網絡內分攤費用。對於任何超過您網絡內分攤費用的非參與計畫提供者收費，您無需承擔。非參與計畫提供者只能向您收取網絡內分攤費用。如果您收到非參與計畫提供者的帳單，而該帳單超過您的網絡內分攤費用，您應該與我們聯絡。

B. 緊急護理

緊急護理是適當人員將會尋求及時護理的相當嚴重的疾病、受傷或狀況，但其嚴重程度無需急診室護理的醫療護理。緊急護理中心通常在正常工作時間以外提供服務，包括晚上與週末。若您需要在正常營業時間之後接受護理，包括夜間、週末或假日，您也有選擇。您可致電提供者辦公室尋求指引或前往緊急護理中心就醫。如果您有急症，請到離您最近的醫院看急診以獲得即時護理，或致電 **911**。**服務區內外皆承保緊急護理中心的緊急護理。**

- 1. 網絡內。**我們承保參與計劃醫師或參與計劃緊急護理中心提供的緊急護理。您在就診前後均無需聯絡我們。
- 2. 網絡外。**我們承保非參與計劃緊急護理中心提供的緊急護理。

如果緊急護理導致急診住院，請遵守上述急診入院說明。

第 IX 節

門診與專科服務

(精神健康與藥物濫用除外)

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 進階成像服務

我們承保 PET 掃描、MRI、核醫學與 CAT 掃描。

B. 過敏測試和治療

我們承保用於確定是否有過敏病症的測試與評估 (包括注射) 以及劃痕與點刺測試。此外，我們承保過敏治療 (包括脫敏治療)、常規過敏免疫注射與血清。

C. 流動手術中心服務

我們承保在流動手術中心進行的手術程序，其中包括進行手術當天該中心提供的服務與用品。

D. 化療與免疫療法

我們承保門診部或健康照護者診室內進行的化療與免疫療法。化療與免疫療法可採取注射或輸注方式施藥。我們根據本合約「醫師處方用藥承保」一節承保口服抗癌藥物。

E. 脊椎護理服務

我們承保整脊治療醫師（「整脊治療師」）或醫師以手療或機械方式進行的與檢測或矯正人體結構失衡、變形或半脫位相關的整脊治療護理，此類護理的目的是消除神經干擾並產生療效，此類干擾是由於脊柱變形、未對準或半脫位所造成或與之相關。此項服務包括評估、人工整脊與任何用藥程式。我們將根據本合約的條款與條件承保所有實驗室檢驗。

F. 臨床試驗

我們承保因您參與批准的臨床試驗而產生的常規病人費用，此類承保不受效用評估約束，但前提是您：

- 有資格參與批准的臨床試驗，以治療癌症或危及生命的疾病或狀況；並且
- 由確定您可以參與批准之臨床試驗的參與計劃提供者轉診。

所有其他臨床試驗（包括您未患癌症或其他危及生命的疾病或狀況時參與）可能受本合約中「效用評估與外部上訴」一節約束。

我們不承保以下各項：試驗性藥物或設備費用；您獲得治療所需的非健康服務費用；管理試驗的費用；或根據本合約不予以承保的臨床試驗中提供的非試驗性治療費用。

「批准的臨床試驗」是指臨床試驗的第 I、II、III 或 IV 階段，即：

- 聯邦政府資助或批准的試驗；
- 根據聯邦食品藥物管理署審核的試驗性藥物申請的試驗；或
- 無需提供試驗性新藥物申請的藥物試驗。

G. 糖尿病服務。

如果您診斷出患有糖尿病，您不須為下列承保服務支付網絡內分攤費用。

- 因糖尿病診斷、管理和治療而前往主治醫生診所就診。但是，分攤費用可能適用於接受糖尿病服務時同次就診所提供的服務。此外，若糖尿病服務在辦公室就診期間提供，而糖尿病服務並非主要就診目的，則適用於門診就診的費用分攤仍然適用。
- 進行一次年度散瞳視網膜檢查的診所門診，包括專科醫生執行時；
- 進行一次年度糖尿病足部檢查的診所門診，包括專科醫生執行時；
- 糖尿病診斷和管理的化驗程序和測試。

H. 透析

我們承保急性或慢性腎臟疾病的透析治療。

此外，我們根據所有以下條件承保非參與計劃提供者提供的透析治療：

- 非參與計劃提供者獲正式執業許可，並獲得提供此類治療的授權
- 非參與計劃提供者位於我們的服務區外
- 為您提供治療的參與計劃提供者簽發了一份書面醫囑，指出非參與計劃提供者提供的透析治療具有必要性
- 您在建議的治療日期前至少 30 天內以書面形式提前通知我們，其中包括上述提及的書面醫囑。當您因家庭或其他緊急情況而突然需要外出時，30 天提前通知期可能會縮短，前提是我們有合理的時間審核您的外出與治療計劃。
- 我們有權預授權透析治療與進行安排
- 每個日曆年度，我們將為非參與計劃提供者提供最多 10 次透析治療的福利
- 當所有上述條件均滿足且符合適用於參與計劃提供者透析治療的適當費用分攤時，我們將承保非參與計劃提供者服務的福利。但是，您仍需負責支付由參與計劃提供者提供服務時，我們所支付的金額與非參與計劃提供者費用之間的差額。

I. 療育服務

我們所承保的療育服務包括在機構門診部或健康照護者診室進行的物理治療、語言治療、職業治療；終身每種病況最多可就診 60 次。就診限制適用於所有組合治療。在此投保福利中，「每種病況」是指產生治療需求的疾病或傷患。

J. 家庭健康護理

我們承保適當州機構認證或許可的家庭健康機構在您家中提供的護理。護理必須根據您醫師的書面治療計劃提供，且必須代替住院治療或是專業護理機構的監護治療。家庭護理包括：

- a. 由註冊專業護士或在註冊專業護士監督下提供的非全日或間歇性護理；
- b. 由家庭健康助理提供的非全日或間歇性服務；
- c. 由家庭健康機構提供的物理、職業或語言治療；及
- d. 醫療用品、醫師處方用藥與醫師開立的藥物，以及由家庭健康機構或代表家庭健康機構提供的實驗室服務，而這些應屬在住院期間或在專業護理機構監護治療期間承保範圍的項目。

每個計劃年度中，家庭健康護理的就診次數限制為 40 次。家庭健康機構成員提供的每次就診均應視為一次 (1) 就診。家庭健康助理提供之每次最長四 (4) 小時的就診視為一次 (1) 就診。根據此項福利獲得的任何康復服務或療育服務不會減少康復或療育服務福利下提供的服務數量。

K. 不孕症治療

我們承保不孕症的診斷和治療 (外科和內科) 服務。「不孕症」是一種疾病或病症，其特徵是無法使另一個人懷孕，定義為經過 12 個月之定期、無防護的性交或治療性捐贈者授精後，或對 35 歲或以上

的女性進行定期、無防護的性交或治療性捐贈者授精六 (6) 個月後，未能實現臨床妊娠。根據會員的病史或身體檢查結果，可能需要進行早期評估和治療。此類承保按以下方式提供：

1. **基本不孕症服務。**我們將向需要獲得適當不孕症治療的投保人提供基本不孕症服務。為確定資格，我們將使用美國婦產科醫師學會、美國生殖醫學學會與紐約州制定的指南。

基本不孕症服務包括：

- 初步評估；
- 精液分析；
- 實驗室評估；
- 排卵功能評估；
- 性交後測試；
- 內膜活檢；
- 盆腔超聲波；
- 子宮輸卵管造影；
- 子宮超聲顯像；
- 睪丸活檢；
- 血液測試；以及
- 在醫療上適當的排卵機能障礙治療。

若確定其他測試在醫療上必要，則可能會承保此類測試。

2. **綜合不孕症服務。**若基本不孕症服務不會提高生育能力，則我們承保綜合不孕症服務。

綜合不孕症服務包括：

- 排卵誘導與監控；
- 盆腔超聲波；
- 人工授精；
- 子宮鏡檢查；
- 腹腔鏡檢查；以及
- 剖腹手術。

3. **生育力保護服務。**當一項醫學治療直接或間接導致了醫源性不孕時，我們承保標準的生育保護服務。標準的生育保存服務包括採集、保護和儲存卵子、精子或胚胎。「醫源性不孕症」是指透過手術、放療、化療或其他醫學治療來影響生殖器官或生殖過程，而對您的生育能力造成的損傷。

4. **例外情況及限制。**我們不承保以下各項：

- 體外受精；
- 輸卵管內精卵植入術或合子輸卵管內移植術；
- 卵子或精子捐贈相關費用，包括捐贈者的醫療費用；
- 精子和卵子低溫貯藏與保存費用，除非是作為生育保護服務而儲存；
- 胚胎低溫貯藏與保存；

-
- 排卵預測試劑盒；
 - 輸卵管結紮複通；
 - 輸精管切除複通；
 - 依本合約屬非承保服務的代理孕母費用及與之相關的費用；
 - 克隆；或
 - 實驗性或研究性醫療與手術程序，除非我們的拒絕被外部上訴機構推翻。

所有服務必須由有資格提供此類服務的提供者根據美國生殖醫學學會制定並採用的指南提供。確定此福利下的承保範圍時，我們不會因您的預期壽命、現有或預測的殘疾、醫療依賴程度、自覺的生活品質、其他健康狀況，或個人特徵（包括年齡、性別、性取向、婚姻狀況或性別認同）而有差別待遇。

L. 輸注治療

我們承保使用專業釋放系統施藥的輸注治療。我們將直接注入靜脈的藥物或營養素視為輸注治療。口服或自輸注藥物不屬於輸注治療。服務必須由醫師或其他授權的健康照護者要求，並在許可或認證可提供輸注治療的診室或由許可或認證可提供輸注治療的機構提供。任何家庭輸注治療就診都將計入您的家庭健康護理就診限制中。

M. 終止妊娠

我們承保流產服務。墮胎服務的承保包括為墮胎而開立的任何處方藥物，包括副廠藥和原廠藥，即使這些處方藥物未經美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准用於墮胎，但該處方藥物必須是以下參考綱要中認可的墮胎藥物：

- 世界衛生組織基本藥物範例清單；
- WHO 流產護理準則；或
- 國家科學院、工程院和醫學院共識研究報告。

流產服務若由網絡醫療護理提供者提供，不須支付分攤費用。

N. 實驗室程序、診斷測試與放射性服務

我們承保 X 光、實驗室程序與診斷測試、服務與材料，包括診斷 X 光、X 光療法、螢光鏡檢查、心電圖、腦電圖、實驗室測試與放射線治療服務。

我們承保在美國食品與藥物管理局 (FDA) 認證或豁免 CLIA 認證的網絡化驗室執行的生物標記精確醫療測試，包括單項檢測和多項目檢測，以診斷、治療、適當管理或持續監控為目的，以引導您的疾病或病況的治療決定，且須符合下列任一條件認可該檢測之有效性與適用性：

- 美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准或通過的測試標示，或美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的處方藥標示測試；
- 聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare and Medicaid Services, 「CMS」) 全國承保裁決或聯邦醫療保險管理承包商當地承保裁決；
- 全國認可的臨床執業準則；或
- 發表於 (或已通過即將發表於) 符合科學論文全國認可規定並將其多數發表文章交付期刊編審委員以外專家審查之醫學期刊的同儕文獻和同儕審查科學研究；

O. 婦產及新生兒護理

1. 我們承保由醫師、助產士、執業護士、醫院或生育中心提供的婦產護理服務。我們承保產前護理（包括一 (1) 次遺傳檢測就診）、產後護理、分娩及妊娠併發症護理服務。為承保助產士的服務，助產士必須依據《紐約教育法》第 140 條規定持有執照，並按照《紐約教育法》第 6951 節及附屬條款執業，或依據《紐約公共衛生法》第 28 條規定持有機構認證的執照執業。我們不承擔由助產士及醫師提供的重複例行服務費用。如需瞭解婦產住院承保範圍，請參見本合約「住院服務」一節。

每次妊娠期的母乳餵養期間，承保每個日曆年一 (1) 次從參與計劃提供者或指定供應商租賃或購買哺乳輔助、諮詢與用品，包括每次懷孕一 (1) 次吸乳器的費用。

2. 我們承保在您的醫生或助產士、醫生助理或專科護理師建議時由產後護理師提供的服務，或州法另有規定的服務。若產後護理師要獲得服務承保，該護理師必須依據《紐約州公共衛生法》第 25 條第 VI-a 款規定，於紐約州社區產後護理師名錄中完成註冊登記。

我們承保每個懷孕期間八 (8) 次產前或產後門診。

我們承保每次懷孕分娩與生產期間一 (1) 次與產後護理師的面對面支援探訪。

P. 診所門診

我們承保就傷患、疾病及醫療狀況進行診斷及治療的門診就診。門診就診可包括出診服務。

Q. 門診醫院服務

在門診機構接受治療期間，承保本合約「住院服務」一節規定能夠提供給您的醫院服務及醫療用品。例如，承保服務包括但不限於吸氧治療、肺臟康復、輸液治療以及心臟復健。除非您正在接受住院前檢查，否則醫院不可作為門診實驗程序及檢查的參與計劃提供者。

R. 入院前檢查

我們承保在同一醫院排期手術前，經由您的醫師囑咐並在醫院門診機構進行的住院前檢查，但須符合以下條件：

- 檢查必須為針對病情診斷及治療進行的手術所必需，且與診斷及治療相符；
- 須在進行檢查前預訂醫院床位及手術室；
- 手術將在檢查後的七 (7) 天內進行；以及
- 病人須親自前往醫院接受檢查。

S. 辦公室內與門診設施所用醫師處方用藥

我們承保您的提供者在提供者辦公室使用的用於預防與治療目的的醫師處方用藥（自行注射劑除外）。此項福利在您的提供者開立醫師處方用藥並向您施藥時適用。當醫師處方用藥在此福利之下承保時，他們就不會在本合約的「醫師處方用藥承保」一節之下獲得承保。

T.復健服務

我們所承保的康復服務包括在機構門診部或健康照護者診室進行的物理治療、語言治療、職業治療；終身每種病況最多可就診 60 次。就診限制適用於所有組合治療。在此投保福利中，「每種病況」是指產生治療需求的疾病或傷患。

我們僅在以下情形承保語言治療及物理治療：

- 此類治療與治療或診斷您的身體疾病或傷患相關；
- 治療為醫師所囑咐的；以及
- 您曾因此疾病或傷患住院或接受手術。

承保的康復服務必須在以下較後發生情形的六 (6) 個月內開始：

- 引起治療需要的傷患或疾病發生日期；
- 您從接受手術治療的醫院出院日期；或
- 提供門診手術護理服務的日期。

出現上述情形後，治療持續期限一律不超過 365 天。

U.第二意見

1. **癌症二次鑒別診斷。**在癌症陽性或陰性診斷，或癌症復發或建議癌症治療療程時，我們承保由相關醫療專家 (包括但不限於隸屬於專業護理中心的專家) 提出的癌症二次鑒別診斷。若您的主治醫師提供一份非參與計劃的專家的書面轉診，您可以以網絡內的服務從非參與計劃提供者處獲得一份二次鑒別診斷。
2. **手術二次鑒別診斷。**我們承保由合資格醫師根據手術需要提出的手術二次鑒別診斷。
3. **必需的手術二次鑒別診斷。**預授權手術程序前，我們可能需要進行二次鑒別診斷。需要進行二次鑒別診斷時無需對您收取任何費用。
 - 二次鑒別診斷必須由親自為您檢查、委員會認證的專科醫師提供
 - 如果首次鑒別診斷及二次鑒別診斷結果不一致，您可獲得第三次鑒別診斷
 - 第二次及第三次手術鑒別診斷的會診醫師可能不會為您進行手術
4. **其他個案的二次鑒別診斷。**在其他情況下，您可能不同意提供者建議的療程。為此，您可要求我們指定其他提供者來進行二次鑒別診斷。如果第一、第二次鑒別診斷結果相左，我們將指派其他提供者進行第三次鑒別診斷。完成二次鑒別診斷後，我們將對評估您病例的多數提供者所認可的承保服務進行預授權。

V.手術服務

我們承保包括治療疾病或傷患的門診及住院手術及切割程序、骨折及脫臼閉合復位、內視鏡檢查、皮膚切口術或穿刺術等在內的醫師手術程序服務，以及包括由外科醫師或專家、助理 (包括醫師助理或執業護士)、麻醉師、麻醉學家提供的服務，以及術前及術後護理。如麻醉服務屬於外科醫師或其助手提供的手術程序的一部分，則無法獲得承保福利。

New York Essential Plan 2 投保人合約

有時，可在同一次手術中進行兩 (2) 項或以上的手術程序。

- 1. 同切口手術。**如須透過同一切口進行多項承保手術程序，除根據國家認可的法規準則而須從多項手術程序減免款項中免除的次要醫療程序之外，我們將按照該程序最高的限額支付費用，並按照本合約另行規定額度的 50% 支付次要醫療程序。如因主要醫療程序而間接產生的次要醫療程序，我們不會支付計入主要醫療程序帳單的次要醫療程序費用。
- 2. 不同切口手術。**同一次手術期間，如透過不同切口進行多項承保手術，我們將支付：
 - 按最高的可補償額支付程序費用；以及
 - 另外支付其他程序費用的 50%。

W. 口腔外科手術

我們承保以下受限牙科及口腔外科手術程序：

- 因意外傷害而需要對顎骨或周邊組織進行口腔外科程序，以及對健全的天然牙齒進行修復或替換的牙科服務。僅在無法修復的情況下方可承保替換程序。必須在受傷後的 12 個月內接受牙科服務。
- 因先天疾病或異常而需要對對顎骨或周邊組織進行口腔外科程序以及牙科服務
- 因嚴重功能障礙而需要矯正非牙科類生理病況的口腔外科手術程序
- 因移除腫瘤及囊腫而需要對下頷、下巴、嘴唇、舌頭、上顎、下顎進行的病理檢查。與牙齒相關的囊腫不在承保範圍內。
- 因顫下頷關節失調及正頷手術而進行的手術/非手術醫療程序

X. 乳房切除術後乳房重建外科手術

我們承保乳房切除手術或切除部分乳房手術後的乳房或胸壁再造手術。承保包括：根據您本人及相關醫師的合理判定，在進行過乳房切除或乳房部分切除手術的乳房上進行乳房或胸壁再造手術的全部階段；對另一乳房進行的對稱外觀外科及再造手術；以及乳房切除手術或部分切除手術的身體併發症（包括淋巴水腫）。胸壁再造手術包括國家癌症研究所定義的美學平坦閉合術。乳房或胸壁再造手術包括由健康護理專業人員執行的乳頭-乳暈複合體的紋身。此外，我們還承保乳房切除或部分切除手術後的義乳。

Y. 其他再造及矯形外科手術

除乳房再造手術之外，我們只承保因以下情形引致的再造及矯形外科手術：

- 獲承保的兒童因先天缺陷所致的功能缺陷而需要進行的矯形手術；
- 因手術引發或手術部位的術後創傷、感染或疾病而需要進行的矯形手術；或
- 其他有醫療必要性的矯形手術。

Z. 移植

我們僅承保屬於非實驗及非臨床研究類別的移植手術。獲承保的移植手術包括但不限於：腎臟、眼角膜、肝臟、心臟、胰臟及肺臟移植；以及再生不良性貧血骨髓移植、白血病骨髓移植、嚴重合併性免疫不全病以及偉一爾二氏症候群骨髓移植。

所有器官移植評估及器官移植皆必須由專科醫師開立處方。此外，所有器官移植必須在我們已特別批准且指定為執行此類手術之卓越中心的醫院執行。

請參閱本合約的使用審查和外部上訴部份，查詢您對我們裁決移植必須在卓越中心進行的內部上訴和外部上訴之權利。

我們承保投保接受者的住院及醫療費用，包括捐贈人搜尋費。僅在您作為器官捐贈者，且接受者也在我們承保範圍內的情況下，方可承保您要求的移植服務。如不在承保範圍內的個人費用已由其他健康計劃承保，我們將不再承保作為您捐贈人的該名不在承保範圍內個人的醫療費用。

我們不承保以下各項：捐贈人或客人的交通費、住宿費、餐費或其他膳宿費；與器官移植手術相關的捐贈人費用；或從新生兒臍帶血中例行採集及保存幹細胞的費用。

第 X 節 其他投保福利、設備及裝置

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 糖尿病醫療設備、用品及自主管理教育

我們承保由已按照《紐約教育法》第 8 條法令取得合法授權的醫師或其他持照健康照護者建議或開立的糖尿病醫療設備、用品及自主管理教育，詳列如下：

1. 醫療設備及用品

我們承保用於治療糖尿病的設備及相關用品，但此類設備及用品須由您的醫師開立或其他提供者經合法授權開立：

- 丙酮試紙
- 丙酮試劑片劑
- 酒精或消毒液 (品脫)
- 酒精棉球
- 所有胰島素製劑
- 自動採血醫療包
- 視覺障礙專用的降血糖藥盒
- 糖尿病資料管理系統
- 拋棄式胰島素及針筒
- 視覺障礙人士專用的導提裝置

- 血糖泵設備
- 用於提升血糖濃度的注射用升血糖激素
- 血糖丙酮試紙
- 血糖檢測包
- 具備或無視覺障礙控制解決方案等特殊功能的血糖監測儀，以及家用血糖監測試紙
- 血糖檢測或試劑試紙
- 注射輔助工具
- 自動注射器 (布氏)
- 胰島素
- 胰島素盒遞送
- 胰島素輸注裝置
- 胰島素泵
- 採血針
- 口服試劑，如血糖片及凝膠
- 用於降低血糖濃度的口服抗糖尿病試劑
- 帶針頭注射器；1cc 消毒針盒
- 血糖及酮類尿檢產品
- 紐約州衛生署局長根據規定指定與治療糖尿病相關的其他用品

我們僅承保從指定糖尿病醫療設備或用品製造商處獲得的糖尿病醫療設備及用品。此等製造商已與我們達成協議，並根據法律規定透過各參與計劃藥房向會員提供所有糖尿病醫療設備或用品。如果您要求的特定用品不在我們指定的糖尿病設備或用品製造商的提供範圍內，您或您的提供者必須致電 **1-866-265-1893** 提交醫療例外申請。我們的醫療主管將作出所有醫療例外決定。在藥房購買糖尿病設備及用品時，僅限於供應 30 天至最高 90 天的用量。

2. 自主管理教育

糖尿病自主管理教育是專為教育糖尿病人者妥善自主管理及治療自身的糖尿病狀況 (包括合理膳食在內) 的教育項目。我們承保下列情況下的自我管理和營養教育：當初次診斷出糖尿病；醫師診斷出您的症候群出現重大變化而需要改變您的自主管理教育，或有需要接受複習課程時。課程須按照以下條件提供：

- 由按照《紐約教育法》第 8 條法令取得合法授權的醫師、其他持照健康照護者或門診期間的醫務人員提供；
- 須由按照《紐約教育法》第 8 條法令取得合法授權開具處方的醫師或其他持照健康護理專業人士的轉診至以下：非醫師、醫療教育者：認證糖尿病照護教育者；認證營養學家；認證營養師；以及在可行的情況下，在團體環境之下由註冊營養師提供；以及
- 如有醫療上的必要，還可為您提供家居醫療教育服務。

3. 限制

物品僅會按醫師制定的治療計劃所規定的數量提供。除非您有與視力低下或失明相關的特別需要或其他醫療上所必需，否則僅承保基本型號的血糖監測儀。

4. 糖尿病醫療設備及用品階段療法

階段療法是一種規定您要試用一種糖尿病處方配藥、藥量或醫療設備的計畫，除非其他處方配藥、藥量或器材是醫療上所必需。糖尿病處方配藥、須接受階段療法的用品和醫療設備包括：

- 糖尿病血糖檢測儀和試紙；
- 糖尿病用品 (包括但不限於注射器、採血針、針筒、胰島素筆)；
- 胰島素；
- 注射式抗糖尿病藥劑；以及
- 內服抗糖尿病藥劑。

這些用品可能還需要事先授權，並且可能需要審查以確保醫療必要性。如果階段療法協定適用於您對糖尿病處方配藥承保的要求，您、您的指定人或您的健康護理專業人員可以要求按本合約使用審查一節所述階段療法取代裁決。除非是根據美國食品與藥物管理局 (FDA) 的安全疑慮而新增規定，否則我們在計劃年度期間不會將階段療法規定新增至我們處方藥一覽表上的糖尿病處方配藥。

B. 耐用醫療設備和支架

承保耐用醫療設備及支架的租賃或購買費用。

1. 耐用醫療設備

耐用醫療器材指以下器材：

- 專為重複使用而設；
- 主要且通常用於醫療目的；
- 通常僅在有疾病和傷害時提供幫助；而且
- 適合在家中使用。

僅承保標準設備。我們承保因正常損耗而必要的維修或更換費用，但不承保因使用不當或濫用引致的維修或更換費用。我們將判定是要租賃還是購買此類設備。我們不承保非處方耐用醫療設備。

我們不承保專為舒適或便捷而設的設備 (如浴池、熱水浴缸、空調、桑拿、加濕器、除濕器、健身設備)，因為此類設備不符合耐用醫療設備的定義。

2. 支架

我們承保矯形支架，包括外部佩戴支架，以及因傷患、疾病或缺陷導致所有或部分外部身體功能喪失或受損，而需要短時或長期佩戴的輔助支架。僅承保標準設備。我們承保因醫療病況進展或變化而需要更換的設備費用，但不承保因使用不當或濫用引致的維修或更換費用。

C. 助聽器

1. 外用助聽器

承保矯正聽力障礙（聲音接收能力減退，即輕微失聰至完全失聰）所需的助聽器。助聽器是專為提升聲音傳播至耳朵效率而設的電子擴音裝置。助聽器由耳機、擴音器及接收器組成。

凡由醫師書面建議購買的助聽器，以及助聽器及相關配件及測試的費用，均可獲得承保服務。承保每三（3）年為單耳（1）或雙耳購買一次（包括維修和/或更換）助聽器的費用。

2. 耳蝸植入手術

我們承保骨錨式助聽器（即耳蝸植入手術），前提是其對於矯正聽力受損有醫療必要性。骨錨式助聽器具備醫療必要性的例子包括以下各項：

- 因顱顏異常所致的耳道異常或缺失而無法使用佩戴式助聽器；或
- 嚴重聽覺喪失，佩戴式助聽器不足以矯正聽覺。

將在簽訂本合約的整個合約期限內為每隻耳朵承保一（1）部助聽器。僅承保因故障而維修和/或更換骨錨式助聽器的費用。

3. 非處方助聽器

我們承保提供者建議的非處方助聽器。我們也承保與這類助聽器裝配和測試相關的任何費用。請參閱本合約「福利表」一節，查詢適用於非處方助聽器的分攤費用規定或限制規定。

D. 安寧護理

如您的主治醫師證明您剩下六（6）個月或以下的生命，您將獲得安寧護理服務。我們承保由醫院、安寧護理機構及家庭護理提供的住院安寧護理，以及由安寧護理機構提供的門診服務，包括藥物及醫療用品。提供 210 天的安寧護理服務承保。此外，我們還會承保五（5）次就診的輔助護理及指引，用於幫助您以及您的直系家屬處理與您的生前及身後相關的情緒及社會問題。

僅承保隸屬於《紐約公共衛生法》第 40 條規定認證的安寧護理計劃的安寧護理服務。如安寧護理服務為紐約州外機構提供的，安寧護理機構須經過安寧護理機構所在州份的同類認證流程認證。我們不承保以下各項：喪葬安排；牧師、財務或法律諮詢；管家、看護或臨時照護。

E. 醫療用品

我們承保因治療本合約承保範圍內疾病或傷患所需的醫療用品。此外，我們承保本合約承保範圍內病況的維護醫療用品（如造瘻術用品）。所有醫療用品的數量必須與正在進行的治療或維護計劃相符。我們不承保非處方醫療用品。如需瞭解糖尿病醫療用品承保範圍，請參閱上述「糖尿病醫療設備、用品及自主管理教育」一節。

F. 義體

1. 外部義體

我們承保因傷患或疾病導致所有或部分外部身體功能喪失或受損，而需要外部佩戴，以及需要短時或長期替換的義體（包括假髮）。僅在因傷患或疾病或疾病治療副作用（化療）而導致嚴重脫髮時承保假髮費用。我們不承保真人假髮，除非您對所有合成假髮材料過敏。

我們不承保假牙或其他與牙齒一同使用的裝置，因健全自然牙齒意外受傷或先天疾病或異常而需要使用時除外。

眼鏡及隱形眼鏡不在本合約項下的承保範圍內，僅在本合約「眼科護理」一節規定的情況下予以承保。

我們不承保鞋墊。

我們承保乳房切除手術的外部義乳，不受任何終身限制規管。

僅承保標準設備。

我們對每個肢體終生承保一 (1) 個義肢的費用。此外，我們還承義體及零件的維修及更換費用。不承保保固期內維修或更換的費用，也不承保因使用不當或濫用導致的維修或更換費用。

2. 內部義體

承保手術移植的義體及特殊用具，前提是有助改善或恢復因疾病或傷患而被移除或損壞的內部身體部位功能。其中包括根據您本人及主治醫師的合理判定，在乳房全部切除或部分切除手術後的移植義乳。

此外，承保範圍還包括因正常生長或正常損耗引致的維修及更換費用。

僅承保標準設備。

第 XI 節 住院服務

(除精神健康及物質濫用之外的使用)

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 醫院服務

我們承保由健康護理專業人士依據疾病、傷患或病情的嚴重性而必須住院治療的急症護理或治療的住院服務。

- 半私人病房及膳宿；
- 一般、特殊及重症護理；
- 餐食及特殊膳食；
- 使用手術室、康復及膀胱內視鏡診室及設備；
- 使用加護病房、特殊護理或心臟護理診室及設備；
- 診斷及治療項目，例如藥物及藥物治療、血清、生物製劑、疫苗、靜脈製劑及可視染色劑及行政管理，但不包含無法由醫院透過商業途徑購買及獲得的用品；
- 敷料及石膏繃帶；

New York Essential Plan 2 投保人合約

- 使用與氧氣、麻醉劑、物理治療、化學治療、心電圖、腦電圖、X光檢查及放射線治療、實驗及病理檢查相關的用品及設備；
- 血液及血液製劑，但自願參與血液置換計劃者除外；
- 放射線治療、吸氧治療、化學治療、肺臟復健、輸液治療以及心臟復健；
- 短期物理治療、語言治療以及職業治療；以及
- 在您為醫院登記住院病人且藥費計入醫院帳單時，提供的其他醫療服務及用品。

本合約項下「福利表」一節的費用分攤要求適用於持續住院監護期間，即作為病人獲得的連續住院日服務，或在出院後的 90 天內因相同或相關原因而再次入院接受的繼續住院治療。

B. 留院觀察服務

我們承保醫院提供的留院觀察服務。留院觀察服務是醫院提供的一項門診服務，旨在幫助醫師決定是否允許病人入院或出院。此等服務包括使用床位，並安排護士或其他持照醫務人員定期監測。

C. 住院醫療服務

凡由健康照護者在本合約項下承保範圍內的住院病人接受護理的任何日一天期間所進行的醫療探視，均予以承保。

D. 產科住院護理

正常分娩之後至少 48 小時，以及剖腹產分娩之後至少 96 小時，承保住院產婦以及住院新生嬰兒住院護理的婦產護理服務，不論此等護理是否有醫療上的必要。提供的服務應包括家長教育、輔助、母乳喂養或人工餵養培訓，以及進行任何必要的婦產及新生兒臨床評估。此外，任何我們決定有醫學上必要，需要額外的護理天數，均予以承保。如產婦選擇出院，並在最低承保期限的 48 小時或 96 小時結束前要求居家護理就診，我們將承保居家護理就診費用。將在產婦出院後的 24 小時內，或產婦有所要求時（以較遲者為準），提供居家護理就診服務。此居家護理就診服務的承保，應為本合約項下的居家健康照護就診以外的補充服務，並且不受本合約「福利表」中適用於居家護理福利的費用分攤金額。

我們也承保巴斯德殺菌之捐贈母乳的住院使用，其中可能包含營養強化劑，且由健康照護者開立醫囑，讓醫學上或身體因素無法接受其母親母乳的嬰兒哺乳，或是用於當其母親醫學上或身體因素完全無法產生母乳或儘管接受最佳的泌乳支援，其泌乳量仍不足以餵哺母乳的情形。這一類嬰兒必須有文件記載出生體重低於一千五百克，或有先天或後天病症，致使其有較高風險發生壞死性小腸結腸炎。

E. 乳房切除住院護理服務

凡投保人接受淋巴結擴清手術、乳房腫瘤切除手術、治療乳癌而接受的乳房切除手術或部分乳房切除手術，以及由乳房切除手術引起的身體併發症（包括淋巴水腫）的住院服務，我們均予以承保。承保期須視乎您和主治醫師判定的合適醫學期限。

F. 自體血庫服務

我們僅承保為治療疾病或傷患而安排的，且在承保範圍內的住院程序相關而一同提供的自體血庫服務。在此情形下，我們會承保按合理保存期限保存的費用，以便在需要時能提供適當血液。

G. 療育服務

我們提供住院療育服務，包括物理治療、語言治療以及職業治療，每年最多承保 60 日。就診限制適用於所有組合治療。

H. 復健服務

我們提供住院康復服務，包括物理治療、語言治療以及職業治療，每年最多承保 60 日。就診適用於所有組合治療。

我們僅在以下情形承保語言治療及物理治療：

1. 此類治療與治療或診斷您的疾病或傷患相關；
2. 治療為醫師所囑咐的；以及
3. 您曾因此疾病或傷患住院或接受手術。

承保的康復服務必須在以下較後發生情形的六 (6) 個月內開始：

1. 引起治療需要的傷患或疾病發生日期；
2. 您從接受手術治療的醫院出院日期；或
3. 提供門診手術護理服務的日期。

I. 專業護理設施

我們承保由專業護理機構提供的服務，包括半私人病房護理及治療，詳見上述「醫院服務」所述。監護護理、康復護理或居家護理均不予承保（詳見本合約「例外情況及限制」）。入住專業護理機構必須提交一份由您的提供者所制定且經計劃核准的治療計劃。每個計劃年度最多可承保 200 天非監護護理服務。

J. 臨終關懷

如您被診斷出晚期癌症，且僅有不足 60 天的壽命，我們將承保由第 28 條持照機構或急症護理機構提供的，專為護理臨終病人而設的急症護理服務。您的主治醫師以及機構的醫療主管必須同意該機構將妥善為您提供護理服務。如果我們不同意您入住該機構，我們有權向外部上訴代理人提出一項快速外部上訴。我們將承保並向該機構補助臨終關懷費用，但此等費用須符合本合約相關限制情況的規定，直至外部上訴代理人出示一份對我們有利的裁決決定。

我們將按照以下方式向非參與計劃提供者補助臨終關懷費用：

1. 我們將按依據與提供者雙方協定的價格報銷照護費用。
2. 如未協定價格，我們將按照該機構目前的 Medicare Acute 護理價格報銷急症護理服務。
3. 如果臨終服務是替換級別的護理服務，我們將按 Medicare Acute 價格的 75% 報銷費用。

K. 卓越中心

卓越中心是指我們已核准並指定用於特定服務的醫院。欲查明醫院是否為卓越中心，請查看我們的醫療護理提供者名冊(可按您的要求提供)；撥打您會員卡上的電話號碼；或瀏覽我們的網站 uhc.com/communityplan。我們只承保在卓越中心執行的下列服務：

- 移植

如果我們裁決上述服務必須在卓越中心進行，請參閱本合約的使用審查和外部上訴部份，查詢您對提出內部上訴和外部上訴之權利。

L. 限制情況/承保條款

1. 不承保您在接受護理機構住院服務期間的專勤護士費、私人病房費(除非私人病房有醫療上必要)，或您從護理機構帶回家中的藥物及醫療用品的費用。如入住私人病房，且該病房無醫療必要性，承保範圍將視乎該機構的半私人病房費上限而定。您必須支付半私人病房與私人病房之間的費用差額。
2. 不承保無線電、電話、電視費用、美容或理髮服務費用。
3. 如您的住院護理服務再無醫療上的必要，除非我們的否決意見被外部上訴代理人駁回，否則您在收到我們通知後產生的任何費用，均不予承保。

第 XII 節 精神健康護理及藥物濫用服務

請參閱本合約「福利表」一節，瞭解費用分攤要求、天數或就診限制以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求，相較根據 2008 年聯邦《精神健康均等及成癮治療平等法》(Mental Health Parity and Addiction Equity Act) 所適用的醫療與手術福利，並未更為嚴格。

A. 精神健康護理服務

我們承保下列精神健康護理服務，用於治療精神健康病況。出於此福利目的，「精神健康病症」是指最新版「精神障礙診斷和統計手冊」或《國際疾病分類》等現行醫療實務中其他公認獨立標準最新版本中定義的任何精神疾病

1. **住院服務。**凡與診斷及治療精神健康病症相關的，且與本合約項下同類的醫院、醫療及手術的承保範圍對等的精神健康住院護理服務，我們均予以承保。精神健康護理住院服務的承保範圍僅限於《紐約精神衛生法》第 1.03(10) 節的護理機構，如：
 - 隸屬於紐約州精神健康服務辦公室管轄範圍內的精神病中心或住院機構
 - 州或當地政府運營的精神病住院機構
 - 能提供住院精神健康照護服務，且持有紐約州精神健康局局長頒發的經營證書的醫院附屬機構

- 一項綜合性的精神病急症計劃，或其他提供精神健康護理住院服務，且持有紐約州精神健康局局長頒發的經營證書的機構；如在其他州，入住同類的持照或認證機構。若無類似的持有執照或證書認可的機構，該機構必須獲得健康護理機構評鑑聯合委員會或我們認可的全國評鑑機構評鑑認證。

此外，我們還承保與診斷及治療精神健康病症相關且提供病房及膳宿費用等住宿治療之機構的精神健康護理住院服務。住宿治療服務的承保範圍僅限於《紐約精神保健法》第 1.03 節中規定的機構，以及符合《紐約公共衛生法》第 30 條，屬於治療飲食障礙的綜合性護理中心的附屬住宿治療機構；如在其他州，則為提供同等治療水準的持照或獲認證機構。若無可提供相同層級治療的持有執照或證書認可的機構，該機構必須獲得健康護理機構評鑑聯合委員會或我們認可的全國評鑑機構評鑑通過。

- 2. 門診服務。**我們承保心理健康護理門診服務，包括但不限於部分與診斷及治療心理健康病症相關的住院計畫服務以及密集門診計畫服務。我們在一個日曆年內承保合計最多 20 次家庭諮詢就診。家庭諮詢包括與投保人一起出席的家庭諮詢就診，以及投保人未出席的家庭諮詢就診。心理健康護理門診服務的承保範圍包括，根據《紐約心理衛生法》第 31 條規定獲得經營證書的機構，或由紐約州心理健康服務辦公室經營的機構，以及根據《紐約心理衛生法》第 36.01 條規定獲得經營證書的危機穩定中心，如在其他州，則為同類持照或獲認證的機構；以及由持照精神科醫師或心理醫師提供的服務；持照社工人員；持照執業護理師；持照心理健康輔導員；持照婚姻與家庭治療師；持照心理分析師；或者上述專業團體或大學學院執業團體。若無類似的持有執照或證書認可的機構，該機構必須獲得健康護理機構評鑑聯合委員會或我們認可的全國評鑑機構評鑑認證。我們承保經醫師轉介，由醫療專業人員執行的全面性神經心理檢查。門診服務還包括治療心理健康病況的營養諮詢。
- 3. 行動危機服務。**我們承保行動危機服務，在適當情況下提供立即支援和提供住院替代選擇。行動危機服務由經心理健康辦公室及成癮服務與支援辦公室許可、認證或授權的行動危機團隊提供，旨在為正經歷心理健康或物質使用障礙危機的個人，實施社區為基礎的心理健康或物質使用障礙介入措施。行動危機團隊成員可能包括但不限於：行為健康專業人員、經認證的同儕專科醫生、經認證的康復同儕代表、經認證的家庭同儕代表，以及經認證的青少年同儕代表。網絡外醫療護理提供者針對行動危機服務提供的補償應以參與計劃提供者提供的費率獲得補償。行動危機服務不須遵守預授權規定。
- 4. 經顱磁刺激 (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)。**我們承保用於治療難治性憂鬱症 (MDD) 的經顱磁刺激 (TMS)。TMS 是一種非侵入性形式的腦部刺激，使用磁脈衝刺激大腦的特定部位。這種治療用於改善在傳統治療失敗時的主要抑鬱症的症狀。TMS 必須由受過專業訓練和認證的合格精神科醫生執行。

對於被診斷為治療難治性憂鬱症 (MDD) 的基本計劃會員，提供經顱磁刺激 (TMS) 治療。治療抗性被定義為在足夠的時間內，對兩種不同抗憂鬱劑進行兩次治療劑量的試驗，但未能達到臨床上有意義的反應。在開始 TMS 治療之前，醫療護理提供者必須確認診斷並排除其他可能會影響藥物效果的抑鬱症症狀的病因。TMS 並非憂鬱症的一線治療，也不適用於急性自殺傾向、精神病性憂鬱症或主要神經系統疾病。
- 5. 自閉症類群障礙。**如以下服務是由持照醫師或持照心理醫師開立處方或囑咐，且由我們判定為有自閉症的篩選、診斷或治療的醫學上必需時，我們將為這些服務提供承保。在此投保福利中，「自閉症」是指提供服務時，根據最新版《精神障礙診斷與統計手冊》中定義的普遍性發育障礙。

- i. **篩檢和診斷。**我們將承保評定、評估和檢測費用，以判定該人是否有自閉症。
- ii. **輔助通訊裝置。**我們將承保語言病理學家的正式評估，以判定是否需要輔助溝通裝置。依照該正式評估而定，若您無法經由正常方法（意即說話或書寫）溝通，且評估指出輔助溝通裝置可能會改善您的溝通能力，我們將承保租賃或購買輔助溝通裝置的費用（輔助溝通裝置必須由持照醫師或持照心理醫師所囑咐或開立處方）。輔助溝通裝置的範例有溝通板和語音產生裝置。承保範圍僅限於專用裝置。我們僅承保一般而言僅對有溝通障礙之人士有用之裝置。我們不承保的項目包括但不限於手提電腦、桌上型電腦或平板電腦等。然而，我們將承保能讓手提電腦、桌上型電腦或平板電腦具備語音產生裝置功能的軟體和/或應用程式。該程式的安裝和/或技術支援不會另行獲得補償。我們將判定是否應購買或租賃該裝置。

因正常耗損或您的身體狀況出現重大變化時，我們將承保此等裝置的維修、配件更換及調校費用。我們不承保因濫用、使用不當或盜竊引致的裝置損失或損壞的維修或更換費用；不過，我們承保每種裝置類型因行為問題而必須進行的一次 (1) 維修或替換。我們將針對最適合您目前機能程度的裝置提供承保，但不承保定期維護所需之運費或服務費。
- iii. **行為健康治療。**我們將為發展、維持或恢復個人機能至可能之最高程度所需的諮詢和治療計劃提供承保。如果此類諮詢和治療計劃是由持照提供者所提供，我們將提供承保。我們承保由持照或獲認證的應用行為分析健康照護者提供的應用行為分析。「應用行為分析」指設計、執行和評估環境調整，透過行為刺激和結果來產生能在社交上有顯著進步的人類行為，包括直接觀察和測量的運用，以及對環境與行為之間關係的功能分析。
- iv. **精神和心理護理。**對於在執業州領有符合《紐約保險法》要求經驗的持照精神科醫師、心理醫師或持照臨床社工人員所提供的直接或諮詢服務，我們將提供承保。
- v. **治療護理。**我們將為發展、維持或恢復個人機能所必需之最大實行程度的治療服務提供承保，前提是此類服務必須由持照或認證的語言治療師、職業治療師、物理治療師和社工人員為治療自閉症所提供，以及此類提供者所提供的服務在其他情況下受到本合約承保。除非另受法律禁止，否則依照本段落提供的服務應計入適用於本合約中此類治療師或社工人員的任何就診上限。
- vi. **藥局護理。**承保治療自閉症的醫師處方用藥，但該處方必須由提供者依照《紐約教育法》第 8 條的規定合法授權開立。對此類醫師處方用藥的承保必須遵守本合約中的醫師處方用藥投保福利所適用的所有條款、規定和限制。
- vii. **限制規定。**當上述服務或治療是根據《紐約教育法》中個體化教育計劃的規定所提供時，我們將不會承保任何此類服務或治療。《紐約公共衛生法》第 2545 節項下的個體化家庭服務計劃、《紐約教育法》第 89 條項下的個體化教育計劃，或紐約州發展障礙人士服務辦公室規定項下的個體化服務計劃的服務規定均不會影響本合約在為教育設施外提供的輔助服務的承保範圍，前提是此等服務是由持照醫師或持照心理醫師所要求。

您須承擔本合約項下同類服務相關規定的共付額或共同保險。例如，任何適用於物理治療就診的共付額或共同保險通常也適用於該投保福利項下承保的物理治療服務；醫師處方用藥的共付額或共同保險將同樣適用於該投保福利項下的承保醫師處方用藥。如需查看適用於應用行為分析服務以及輔助溝通裝置的費用分攤要求，請參閱本合約的「福利表」一節。

B. 藥物濫用服務

我們承保以下藥物濫用服務，以治療藥物濫用成癮。出於此福利目的，「藥物濫用成癮」是指最新版「精神障礙診斷和統計手冊」中定義的任何精神疾病。

-
- 1. 住院服務。**凡與診斷及治療藥物濫用成癮相關的藥物濫用住院服務，我們均予以承保。這包括針對藥物濫用成癮的戒毒和復健服務承保範圍。藥物濫用住院服務僅限於由成癮服務與支持辦公室（「OASAS」）發照、認證或授權的紐約州內機構；如在其他州，則限於由同類州立機構發照、認證或授權的機構，以及由聯合委員會或我們認可之全國評鑑機構認證為酗酒、藥物濫用或化學藥品成癮治療計劃的服務機構。

此外，凡在由提供住宿治療（包括病房及膳宿費用）的機構處獲得與診斷及治療藥物濫用成癮相關的住院服務，我們均予以承保。住宿治療服務的承保範圍僅限於由酗酒及藥物濫用服務辦公室（OASAS）發照、認證或授權的機構；如在其他州，則限於由同類州立機構發照、認證或授權的機構，以及由聯合委員會或我們認可之全國評鑑機構認證為酗酒、藥物濫用或化學藥品成癮治療計劃的服務機構。

- 2. 門診服務。**我們承保有關診斷和治療藥物濫用疾患的門診藥物濫用成癮治療服務，包括但不限於部分住院計劃服務、密集門診計劃服務、鴉片類藥物治療計畫（含同儕支援服務）、諮詢和藥物協助性治療。此等服務的承保範圍僅限於由酗酒及藥物濫用服務辦公室（OASAS）發照、認證或授權的紐約州內機構，以提供門診藥物濫用障礙服務，以及根據《紐約精神衛生法》第36.01條規定獲得經營證書的危機穩定中心；以及如在其他州，則限於由同類州立機構發照、認證或授權的機構，以及由聯合委員會或我們認可之全國評鑑機構認證為酗酒、藥物濫用或化學藥品成癮治療計劃的服務機構。此外，承保範圍還包括從專業診室獲得的，且與診斷及治療酗酒、藥物濫用及藥物依賴相關的藥物濫用成癮門診服務，或已根據《2000年聯邦藥物成癮治療法》規定獲得豁免的醫師所開立的，用於治療急性戒毒治療階段或康復階段類鴉片成癮的第三、IV及V類藥物表中的麻醉藥物。

C. 精神健康護理和藥物濫用服務的網絡服務

- 1. 定義。**本節使用的術語定義如下。（請參閱本合約的定義一節瞭解其他定義用語。）
 - **提出投訴：**您無法在規定的約診等待時間內使用網絡醫療護理提供者時，向我們提出的投訴。
 - **約診等待時間：**從提出門診精神健康護理或門診藥物濫用服務初始要求到所提供之最早的服務約診日期的時間。
- 2. 網絡醫療護理提供者服務。**您要求門診精神健康護理或門診藥物濫用服務約診時，網絡醫療護理提供者必須在下列約診等待時間內為您提供約診：
 - 初始約診，十（10）個工作日；以及
 - 出院或急診室就診後約診，七（7）個日曆日。

除非您特別要求當面就診，否則上述期限可以透過由網絡醫療護理提供者提供的遠距保健看診滿足。

我們已指定工作人員協助您尋找可治療您精神健康病況或藥物濫用的網絡醫療護理提供者。您可致電 1-877-614-0484 聯絡我們的指定工作人員。

如果在約診等候時間內沒有網絡醫療護理提供者可以治療您的精神健康病況或藥物濫用，您或您的指定人可向我們提交服務投訴，具體方式為致電 1-877-614-0484 或寫信給我們：

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

在收到您的服務投訴後，我們有三 (3) 個工作日的時間，可用於找到符合以下要求的網絡醫療護理提供者：(1) 可治療您的精神健康病況或藥物濫用，(2) 能夠滿足約診等待時間規定，並且 (3) 位於離您合理的距離內 (如果您要求當面約診，而非遠距保健約診)。如果我們無法找到符合這些要求的網絡醫療護理提供者，我們將：

- 如果您是透過電話提出要求，我們將以電話和書面方式通知您，您可以在網絡內分攤費用的情況下，獲得非參與計畫提供者的授權；以及
- 批准對非參與計畫提供者的授權，該提供者：
 - 可治療您的精神健康病況或藥物濫用；
 - 能夠滿足約診等待時間規定；
 - 位於離您合理的距離內 (如果您要求當面約診)；並且
 - 收費費率並非過高或不合理。

授權將持續有效，直到發生以下情況為止 (以較早發生者為準)：

- 服務不再是醫療上必要；或
- 我們找到符合下列條件的參與計畫提供者：
 - 可治療您的精神健康病況或藥物濫用；
 - 能夠滿足約診等待時間規定；
 - 位於離您合理的距離內 (如果您要求當面約診)；並且
 - 您的治療可以轉換至網絡醫療護理提供者處，除非我們在適當情況下與您的診療醫療護理提供者諮詢後判定這類轉換會對您有害。

非參與計畫提供者提供的承保服務將由我們承保，就如同這類服務是由網絡醫療護理提供者提供的一樣。您只須負責支付任何適用的網絡內分攤費用。從網絡醫療護理提供者取得服務時適用的任何分攤費用會計入您的網絡內自付費用上限。

請參閱本合約的用醫用藥審查和外部上訴各節，瞭解您針對我們裁決某項服務並非醫療上所必需而提出內部上訴和外部上訴的權利。請參閱本合約的申訴一節，瞭解任何其他裁決。

第 XIII 節 醫師處方用藥承保

請參閱本合約「福利表」一節，以瞭解費用分攤要求、天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 承保處方配藥

除另行明確提供的醫師處方用藥之外，僅承保依照處方開配，且有醫療必要性的醫師處方用藥，此等藥物須：

-
- 根據法律要求帶有「注意：按照聯邦法律規定，無處方者不可配藥。」標示字樣；
 - 經 FDA 核准；
 - 由經授權的提供者囑咐開立，且在提供者執業範圍內；
 - 依據 FDA 核准的管理及配量指引開立；
 - 我們的藥物名冊；以及
 - 由持照的藥房配給。

承保醫師處方用藥包括但不限於：

- 由您的醫生或其他經法律授權可開立處方箋的糖尿病治療處方配藥，列於我們的處方藥一覽表
- 自我注射 / 施用的處方配藥，包括用於緊急治療危及生命的過敏反應的 epinephrine 自動注射裝置
- 吸入器 (含輔助器)
- 外用牙醫製劑
- 孕前維生素、加氟維生素及單一實體維生素
- 經 FDA 核准的骨質疏鬆藥物及裝置，或經核准作為治療骨質疏鬆症的替代藥物的通用等效藥，並且符合聯邦 Medicare 計劃或國家衛生研究院標準
- 為治療苯酮尿症、間歇性支鏈酮酸尿症、半乳糖血症和高胱胺酸尿症的營養配方產品
- 經醫師或其他持照提供者書面醫囑的處方或非處方類腸內營養配方 (不論口服或胃管餵食)。書面醫囑必須聲明腸內營養配方有醫療必要性，並且已被證明是有效的特定疾病治療方案。特定疾病和病症包括但不限於：遺傳性胺基酸或有機酸代謝疾病；克隆氏症；胃食道逆流；胃食道蠕動障礙，例如慢性腸道假性阻塞；和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 引導的多種食物蛋白的過敏；嚴重食物蛋白誘發小腸結腸炎綜合症；嗜伊紅性球障礙和由影響胃腸道吸收表面、功能、長度和蠕動性的疾病所引起的營養吸收不良。
- 為治療特定氨基酸和有機酸代謝遺傳疾病以及嚴重蛋白質過敏病的改良型固體食物產品 (低蛋白、含改良後的蛋白質，或以胺基酸為主)
- 與本合約門診和專業服務一節不孕症治療福利及生育力保存服務承保的治療或服務同時開立的處方配藥 在本合約「門診及專業服務」一節的不育症治療和生育力保存服務投保福利承保範圍內，與治療或服務一同開立的醫師處方用藥
- 標籤外用途抗癌藥，但須為被認可為用於治療特定類型癌症，且根據以下 (1) 種參照綱要開立的醫師處方用藥：《美國醫院處方集服務-藥物資訊》；《全美綜合癌症網絡藥物及生物製劑大典》；Thomson Micromedex DrugDex；Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology；或由聯邦衛生及人類服務部或 Medicare 及 Medicaid 服務處指定的其他權威藥物大典；或在主流同儕審查專業期刊評論文章或編輯評論建議的其他權威藥物大典
- 用於殺滅或減緩癌細胞生長的口服抗癌藥物
- 戒煙藥，包括由書面醫囑的非醫師處方用藥，以及由提供者開立的醫師處方用藥
- 預防性醫師處方用藥，包括有根據健康資源與服務管理局 (「HRSA」) 支持之綜合指南的書面醫囑提供，或擁有美國預防服務工作組 (「USPSTF」) 評定之「A」或「B」等級的成藥

New York Essential Plan 2 投保人合約

- 預防接觸前預防性投藥 (PrEP) 和接觸後預防性投藥 (PEP) 的處方藥物以預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 感染
- 用於治療精神健康和物質使用失調的處方配藥, 包括解毒藥物、維持治療藥物、所有丁烯諾啡產品、甲基沙酮和長效注射式納特瑞酮, 以及鴉片類藥物和過量使用逆轉藥物, 包括配發非處方藥物時
- 避孕藥品、裝置和其他產品, 包括經 FDA 核准、許可或核發, 並按照州或聯邦法律規定或以其他方式授權的非處方避孕藥、裝置和其他產品。「非處方避孕產品」是指依 HRSA 支持的全面指引所提供的產品。承保範圍也包括根據處方或醫囑提供的緊急避孕措施, 或者在非處方時合法提供的緊急避孕措施。您可要求您參加的健康護理專業人員裁決, 對避孕藥、裝置及其他產品的替代版本進行承保。您可要求例外處理, 請您在就診健康護理提供者填寫「避孕例外處理表」, 並將表格寄給我們。請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893, 聽障專線 (TTY) 711, 索取表格或瞭解更多有關此例外處理流程的資訊。

您可索取一份《計劃處方集》。《處方藥一覽表》也可從我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 取得。如需詢問特定藥物是否在本合約承保範圍內, 可致電 1-866-265-1893, 聽障專線 (TTY) 711。

B. 續配藥物

僅在網絡藥房、零售店或專賣藥房, 或由授權提供者囑咐的郵購藥物處開配的藥物, 我們方提供續配藥物承保, 且只能在原處方藥使用超過 85% (零售) 及 75% (專賣藥房及郵購藥物) 時方可續配藥物。超出原處方日期後一 (1) 年的續配藥物無法提供投保福利。如需續配處方眼藥水, 可在已核准的劑量期限的最後一天之前續配限量處方藥, 而不論此前更新續配藥物是否有承保範圍限制。在可行的範圍內, 此前續配眼藥水的劑量應限於最初開配藥水的剩餘劑量。限量續配的費用分攤依本合約「福利表」一節中規定的每次醫師處方用藥或續配的適用金額。

州級災難緊急狀態期間之緊急續配。如果已宣告發生州政府災難急診狀況, 您、您的指定人或您的健康護理提供者可代表您立即續配您目前正在服用的處方配藥 30 天藥量。您須支付 30 天續配服務適用的分攤費用。由紐約州衛生局長裁定的特定處方藥不符合此緊急續配藥物的資格, 包括第二類和第三類管制物質。

C. 福利及付款資料

1. **費用分攤開銷。**若從網絡藥房獲得承保醫師處方用藥 (零售店或專賣藥房或郵購藥物), 您須繳付本合約「福利表」一節中概述的費用。

繳費計劃分為三 (3) 類藥物設計, 1 類醫師處方用藥通常為自付額費用較低的藥物; 3 類藥物為自付額費用最高的藥物。2 類藥物的自付額費用通常會高於 1 類藥物, 低於 3 類藥物。

如醫師處方用藥不在承保範圍內, 您本人必須承擔全額藥費 (藥房向您收取的金額), 且您不可享受計劃的合約協議價 (承保醫師處方用藥費用)。

優惠券和其他財務補助。我們會支付任何第三方款項、財務協助、折扣或其他優惠券, 幫助您支付您的分攤費用, 達到您的自付費用上限。

2. **參與計劃藥局。**如在網絡藥房 (零售店或專賣藥房或郵購藥物) 或指定參與計劃藥房購買醫師處方用藥, 您須支付以下較低費用者:

-
- 適用的費用分攤；或
 - 參與計劃藥局通常及習慣上的醫師處方用藥費用（包括配藥費及銷售稅）。費用分攤不可超出醫師處方用藥通常及慣例上的費用。

3. **非參與計劃藥局。**凡在非參與計劃零售店或專賣藥房或郵寄藥房購買的醫師處方用藥，我們均不會支付（除上述以外）。
4. **指定藥局。**如果您要求使用特定醫師處方用藥，包括但不限於專科處方藥，我們將引導您前往指定藥房，並將安排人員為您提供此類醫師處方用藥。

不過，如果指定藥房不是零售藥房，當零售藥房是網絡藥房且同意與指定藥房相同的補償金額時，您也可以從零售藥房取得這些處方配藥。

一般情況下，專科處方藥為經核准用於治療有限病人或病況的醫師處方用藥；可以為口服、輸注，並且需要提供者密切監測的醫師處方用藥；或限量供應，有特殊配給及投遞要求和/或需要其他病人支援的醫師處方用藥。

如您被指引至指定藥房，而您選擇不從該指定藥房獲取醫師處方用藥，您的該項醫師處方用藥將不予承保。不過，如果指定藥房不是零售藥房，您可以在零售網絡藥房取得與非零售指定藥房同意相同補償金額的處方配藥。

以下為本計劃部分包含的專科處方藥的主要治療類別：

- 貧血症、嗜中性球減少症、血小板減少症；
- 免疫調節物；
- 克隆氏症；
- 不孕症；
- 囊腫纖維化症；
- 鐵超載；
- 內分泌失調/神經障礙（如嬰兒痙攣症）；
- 多發性硬化症；
- 酶缺乏/脂質體貯存障礙；
- 口腔囊腫；
- 高歇氏病；
- 骨關節炎；
- 生長激素；
- 肺動脈高血壓；
- 血友病；
- 風濕病及相關疾病（類風濕關節炎、牛皮癬性關節炎、關節黏連性脊椎炎、青少年期類風濕關節炎、乾癬）；
- B 型肝炎、C 型肝炎；
- 器官移植；及
- 遺傳性血管性水腫；
- RSV 預防。
- HIV/AIDS；
- 免疫缺乏；

5. **郵購藥物。**部分處方藥可透過我們的郵購藥房購買。您須支付以下較低費用者：

- 適用的費用分攤；或
- 醫師處方用藥之處方藥費用。(費用分攤不可超出醫師處方用藥通常及慣例上的費用。)

為充分運用您的郵購藥物投保福利，請您的醫師開具足夠 90 天藥量的醫師處方用藥或續配藥量，以及續配藥物的適當時間 (不是按 30 天藥量分三次續配)。不論醫師處方用藥訂單或續配藥物上所寫的天數為何，凡寄送至郵購藥物提供者的處方藥單或藥物續配單，均需向您收取郵購藥物的費用分攤。

透過郵購藥物購買的醫師處方用藥將直接寄送至您指定的地址。

如您或您的提供者想獲取一份可透過郵購的處方藥清單，可瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711。維持藥物清單將定期更新。若要瞭解某種醫師處方用藥是否在維持清單上，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893。

6. **藥物類別狀態。**醫師處方用藥的類別狀態可能會定期更改，但每個計劃年度不得超過四 (4) 次，或者根據我們的類別決策，品牌藥物可用作下文所述的通用藥。如有變更，可能不會提前通知。但是，如果您的藥物處方被移至更高類別，或者從我們的處方一覽表中刪除，我們將在變更生效的至少 30 天前通知您。發生此類變更時，您的費用分攤可能會發生變化。您也可以對某個不再如下所列出現在《處方藥一覽表》上和本合約「外部上訴」一節中的處方藥，提請給予處方藥一覽表例外處理。若要瞭解最新的藥物類別狀態，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711。

7. **按通用藥物供應品牌藥物時。**品牌藥以學名藥供應時，該品牌醫師處方用藥的類別安排可能會變更。如有變更，您將支付與該醫師處方用藥所分配至相關類別的費用分攤。請注意，如果您正在使用因可取得學名藥而被排除或置於更高類別的品牌藥，您將在該通知生效的 30 天前收到書面通知。您可以對某個不再如下所列出現在《處方藥一覽表》上和本合約「外部上訴」一節中的醫師處方用藥，提請給予處方藥一覽表例外處理。

8. **處方藥品一覽表例外流程。**如果醫師處方用藥不在計劃的處方藥一覽表之列，您的指定人或為您開立處方的健康照護者，可能會要求以書面、電子或電話形式就有臨床醫學合適用途的醫師處方用藥申請處方藥一覽表例外處理。申請須要包括由開立處方的健康照護者提供的聲明，該聲明表示所有處方藥一覽表藥物將會或已經失效，效用不及非處方藥一覽表藥物，或會產生不良作用。如根據計劃標準或加急處方藥一覽表例外處理申請流程而否決承保，您有權按本合約「效用評估及外部上訴」一節所述提出外部上訴。請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711 以進一步瞭解此流程。

處方藥一覽表例外處理的標準審核。我們將在收到您的申請的 72 小時之內作出決定，並以電話或書面通知您或您的指定人，以及開立處方的健康照護者。如申請獲核准，我們將承保您正在使用的醫師處方用藥 (包括續配藥物)。

處方藥一覽表例外處理的簡易審查。如果您患有可能嚴重危害健康、生命或恢復最大機能的病況，或目前正在使用未列於處方藥一覽表中的醫師處方用藥進行治療，您可申請進行處方藥一覽表例外處理簡易審查。該申請應包括一份由開立處方的健康照護者提供的聲明，表示如無法透過計劃的標準處方藥一覽表例外處理流程在特定時間段內提供所申請的藥物，很可能會對您產生傷害。我們將在收到您的申請的 24 小時之內作出決定，並以電話或書面通知您或您的指定人，以及開立處方的健康照護者。如申請獲核准，而您正患有可能嚴重危害健康、生命或恢復最大機能的病況，或目前正在使用未列於處方藥一覽表的醫師處方用藥進行治療，我們將承保該醫師處方用藥。

9. **供應限制。**凡在參與計劃網絡零售藥房購買的醫師處方用藥，我們將支付最多 30 天的藥量，但避孕藥物、裝置或產品除外。您須承擔一 (1) 項最多 30 天藥物供應量的費用分攤。

您可以同時擁有處方避孕藥、裝置或產品的全部用品 (最長 12 個月)。由參與計劃的藥房提供時，避孕藥物、裝置或產品不受費用分攤的約束。

凡由郵購藥物藥房開配的 90 天藥量的醫師處方用藥，均可獲得投保福利。您須承擔 90 天藥量之兩份半 (2.5) 的費用分攤。

專科處方藥僅限 30 天藥量。您可以瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或者致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711 以進一步瞭解專科處方藥的供應量限制。

部分醫師處方用藥會因應我們制定的標準、定期評估以及調整而受到數量限制。藥量限制可能會限制處方單或續配藥單的配藥量和/或每月供應的配藥量。如需瞭解醫師處方用藥是否達到配藥上限，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711。如果我們否決承保超出計劃藥量級別的申請，您有權根據本合約的「效用評估及外部上訴」規定提出上訴。

10. **處方用鴉片藥的初期配藥限制。**若您初次獲得用於治療急性疼痛的任何 II、III 或 IV 類阿片類藥物的限制處方，且供應量不超過七 (7) 天，並且您需要支付共付額，您的共付額將按比例計算。若您於 30 天之醫師處方用藥配給期間內，領取了七 (7) 天份藥量外之額外配給，您於該 30 天之醫師處方用藥配給期間的共付額將以比例重計。依照比例計價之共付額決不會超過 30 天份藥量之共付額。
11. **口服抗癌藥費用分攤。**口服抗癌藥的費用分攤為以下費用較低者，即本合約「福利表」規定的相關醫師處方用藥費用分攤，或根據本合約「門診及專業人士服務」規定承保的適用於靜脈或可注射化療試劑 (如有) 的費用分攤。

D. 醫療管理

本合約包括決定醫師處方用藥是否應被承保的某些特別條款，詳列如下。根據此等特別條款，開立處方的提供者可能需要提供醫師處方用藥詳情，以便我們決定該醫師處方用藥是否有醫療必要性。

1. **預授權。**特定醫師處方用藥物需預授權，以確保使用恰當，並遵循了醫師處方用藥承保範圍指引。在適當的情況下，您的提供者須獲得醫師處方用藥的預授權。用於治療或預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 或愛滋病 (AIDS) 的承保抗逆轉錄病毒處方藥，以及用於治療物質使用失調的藥物，包括開立或配發給您的鴉片類過量反轉藥物，均不需事先授權。

如需瞭解需預授權的醫師處方用藥清單，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893。清單將不時審查及更新。此外，我們還有權要求對任何市面上新出的醫師處方用藥，或在處方開立協定和/或指示已發生變化的現有醫師處方用藥獲得預授權，而不論治療類別，包括清單上的醫師處方用藥或相關項目是否處於本合約的承保範圍。您的提供者可諮詢我們，以瞭解哪些醫師處方用藥在承保範圍之內。

2. **階段療法。**階段療法是一種流程，您可能必須使用不超過兩 (2) 種處方配藥來治療相同的醫療病況或疾病，之後我們才會以醫療上所必需的方式提供另一種承保。

「階段療法協定」是指我們的政策、協定或方案，確定我們會核准適合您醫療病況的處方配藥序列。建立階段療法協定時，我們會使用認可的實證與同儕審查臨床審查標準，也會考慮到非典型病患人口的需求並進行診斷。我們會核查特定處方藥，以確保符合適當的處方指南。此等指南有助您獲得質優價廉的醫師處方用藥。

我們不會規定您要使用未經美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准且未獲得您醫療病況目前基於證據的準則佐證的處方配藥。如果沒有與要求的處方配藥相當的治療方式，或如果我們有

書面紀錄證明我們過去 365 天內已為您承保要求的處方配藥，我們就不會適用階段療法協定。階段療法協定不會超過三十天，或不會超過目前基於證據的治療指導方針所支持的您的醫療病況的治療持續時間。如果您剛參加註冊本合約且您在過去 365 天內完成針對先前健保計劃所要求之處方配藥的階段療法協定，且您或您的醫療護理提供者向我們提交資訊，證明您已完成階段療法協定，我們的階段療法協定將不適用於您要求的處方配藥。

此外，階段療法項下需預授權的醫師處方用藥也在預授權藥物清單之列。如果階段療法協定適用於您對處方配藥承保的要求，您、您的指定人或您的健康護理專業人員可以按本合約使用審查一節所述申請階段療法取代判定。如果我們承保階段療法取代裁決後取得的處方配藥，則處方藥一覽表變更或任何醫療管理變更都不會規定您必須完成我們的階段療法協定，直到您的取代裁決到期為止，除非存在具體確認且目前的證據為基礎的安全疑慮，而且已存在治療替代處方配藥。

E. 限制情況/承保條款

1. 我們將視乎醫療必要保留限制特定藥物的藥量、供藥天數、提早續配存取和/或治療期限，包括可接受的醫療標準和/或 FDA 建議指南的權利。
2. 如果我們確定您可能會有有害或濫用的方式，或以有害的頻率使用醫師處方用藥，您對參與計劃藥房和處方提供者的選擇可能會受限制。如發生此情形，我們可能會要求您選擇單一的參與計劃藥房和單一提供者，以提供及協調今後所有的藥房服務。只有在使用選定的單一參與計劃藥局後，才能獲得投保福利付款。只有在醫師處方用藥訂單或續配藥物由選定的提供者或選定的提供者授權之提供者書寫時，才能獲得投保福利付款。如未在您收到通知的 31 天之內作出選擇，我們將為您選擇單一的參與計劃藥房及/或處方提供者。
3. 複方藥的承保條件：主要成分須含有至少一 (1) 種有承保藥物標籤的醫師處方用藥，基本上不是同一處方藥生產廠家的處方藥，並且是從已獲得複方核准的藥房獲得的。凡金額超過 100 美元的複方藥均需要提供者獲得預授權。複方處方藥物列於第 2 級；第 3 級。
4. 為確保處方配藥效用得以合理使用，將不時採用多個特定和/或普通類「用藥管理」協定。此類協定將與醫療/藥物治療指引標準相符。協定的主要目標是為會員提供優質的處方藥投保福利。實施用藥管理協定時，若您正在使用受該協定影響的藥物，您將提前收到通知。
5. 注射類藥物 (除了自主注射藥物之外)、糖尿病胰島素，口服降血糖劑以及糖尿病醫療用品及設備均不在本節的承保範圍內，但在本合約其他章節的承保範圍內。
6. 我們不承保用於治療性功能或勃起障礙的藥物，除非用於治療性功能或勃起障礙以外的病況 (且該藥物已獲得美國食品與藥物管理局核准)。
7. 我們不承保使用或注射任何醫師處方用藥的費用。醫師診所開具或使用的醫師處方用藥，屬於本合約「門診及專業服務」一節的承保範圍。
8. 我們不承保未依法律要求開處的藥物，但下列除外：有書面囑咐的戒菸藥物、預防性成藥或裝置，其根據 HRSA 支持的綜合指導性原則引或從 USPSTF 獲得「A」或「B」評分，且有書面囑咐，或本合約另外記載。不承保有成藥非處方等效藥的處方藥物，除非是在藥物處方藥一覽表中特別指明承保者，或本合約另有規定者。非處方等效藥是指無需處方即可獲得，且與醫師處方用藥有相同名稱/化學實體的藥物。
9. 如處方藥已遺失或遭盜竊，替換藥物將不予承保。

10. 不承保由入住醫院、護理院或其他機構、設施時配給的或作為家居護理患者時配給處方藥，除非由您本人或代理人向醫院、護理院、家居健康代理人或家居護理服務代理人或其他機構支付的款項不包括藥物服務。
11. 我們保留否決有違標準醫療守則的，且無醫療上必要，或用於實驗或臨床研究用途開立或配給的藥物的投保福利。如承保被否決，您有權根據本合約的「效用評估及外部上訴」一節所述提出外部上訴。
12. 藥局無須調劑經藥師專業判斷認為不應調劑之處方箋。

F. 一般條件

獲取醫師處方用藥時，您必須向藥房出示您的 ID 卡，或必須向藥房提供能讓我們在正常營業時間內驗證身份的證明資料。如透過郵購藥房購買藥物，必須提供郵購單表格上的身份編號。

G. 定義

本節使用的術語定義如下。(請參閱本合約的定義一節瞭解其他定義用語。)

1. **品牌藥物**：一種處方藥：1) 採用商標或特定製藥廠名稱製造及銷售的處方藥；或 2) 根據現有資料資源而確定為品牌處方藥的處方藥。所有由製藥廠、藥房或您的醫師認定的「品牌」處方藥可能會與我們分類的品牌藥不同。
2. **指定藥局**：與我們以及與我們簽訂代理合約的機構簽訂協議的藥房，以提供特定處方藥，包括但不限於專科處方藥。參與計劃藥房不一定是指定藥房。
3. **處方藥品一覽表**：用於確定屬於本合約承保範圍的醫師處方用藥清單。我們可能會定期審查和修改此清單 (每個日曆年不超過四 (4) 次或當品牌藥以學名藥提供時)。如需瞭解特定處方藥的承保類別，請瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 或致電 1-866-265-1893，聽障專線 (TTY) 711。
4. **通用藥物**：一種處方藥：1) 與品牌藥有同等化學藥效的處方藥；2) 我們根據現有資料資源確定的通用處方藥。凡由製藥廠、藥房或您的醫師認定為「學名藥」的處方藥可能不會被我們確定為學名藥類別。
5. **非參與計劃藥局**：尚未與我們簽訂協議為投保人提供醫師處方用藥的藥房。凡在上述規定的非參與計劃藥房配給的醫師處方用藥或續配藥物，我們均不予付費。
6. **參與計劃藥局**：參與計劃藥房是指：
 - 與我們或指定機構簽訂協議，為會員提供醫師處方用藥的藥局；
 - 同意接受配給醫師處方用藥特定補助費率的藥局；以及
 - 我們指定為參與計劃藥局的藥局。參與計劃藥房可以是零售藥房，專賣藥房或郵購藥房。
7. **處方藥**：經 FDA 核准，並且根據聯邦或州法律，只能根據處方單或續配藥單配給的藥物、產品或裝置。醫師處方用藥包括，因其藥物特性，適合自行用藥或由非熟手照顧者幫助用藥的藥品。
8. **處方藥費**：該金額包含參與計劃藥房配藥的承保醫師處方用藥之配藥費與任何銷售稅。如果您的合約包含非參與計劃藥房的承保範圍，在非參與計劃藥房配藥的處方藥費將按照大多數參與計劃藥房適用於該醫師處方用藥的費用計算。

9. **處方單或藥物續配單：**由正式持照健康照護者在其執業範圍內開立的配給醫師處方用藥的指令。
10. **通常及習慣收費：**無需按照《紐約州教育法》第 6826-a 條規定參照補助標準而由藥房向個人收取的日常處方藥費。

第 XIV 節 健身項目福利

A. 健身會籍

您將透過 One Pass 取得健身會籍。本會籍為您提供眾多核心健身機構、YMCA 設施和數位健身選項。

輕鬆就能開始

- 如欲尋找當地的網絡健身中心和數位選項，請瀏覽 One Pass 網站 <https://youronepass.com>
- 取得您的 9 位數 One Pass 代碼並啟用您的會籍

B. 運動獎勵

活動時保持動力並賺取收入。若您在 6 個月期間到訪 One Pass 網絡內的網絡健身場所至少 50 次，或完成至少 50 次的數位健身打卡，您將獲得獎勵金 \$100，每年最多兩次。

使用 One Pass 保持活動每年最多可賺取 \$200，具體方式如下：

- 在 6 個月內前往您當地的網絡健身中心至少 50 次或完成 50 次數位健身打卡
- 打卡時使用您的 One Pass 會籍

使用方式

- 您的訪問將通過 One Pass 進行跟踪和驗證。
- 獎勵金將於 6 個月內核實完成 50 次到訪後發放。此 6 個月期間每年重設兩次，於 6 月和 12 月結束，為您提供兩次機會獲得獎勵。
- 驗證後，獎勵金將自動加值到您的 S3 卡

您的獎勵

驗證後，您的運動獎勵（每 6 個月 \$100）將自動加到您現有的 S3 卡中。資助額可用於支付承保的食品雜貨和非處方用品。

承保項目包括：

- 有益健康食物，例如水果、蔬菜、肉類、海鮮、乳製品、水和更多其他食物。
- 原廠和副廠非處方 (OTC) 產品，例如維他命、止痛藥、牙膏、止咳藥和更多其他產品。
- **備註：資助額不能用來購買菸酒。**
- 福利不可轉讓，且未使用的資助額於發放後 6 個月後到期失效

您可以在數千家網絡商店使用您的資助額。

請瀏覽 <https://HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan>，前往：

- 尋找參與計劃的商店
- 核對您的資助額餘額。
- 提交問題以獲得支援

有疑問？

請致電 One Pass，電話 877-504-6830，或瀏覽網站 <https://youronepass.com>。

C. 有益健康食物和非處方 (OTC) 承保項目的資助額

透過由 Solutran 提供的這項福利，您將取得每季加值到您 S3 卡的資助額 \$100，用於支付承保的食品雜貨和非處方用品。

福利不可轉讓，且未使用的資助額於每季結束時到期失效。

承保項目包括：

- 有益健康食物，例如水果、蔬菜、肉類、海鮮、乳製品、水和更多其他食物。
- 原廠和副廠非處方 (OTC) 產品，例如維他命、止痛藥、牙膏、止咳藥和更多其他產品。

資助額不能用來購買菸酒。

您可以在數千家網絡商店使用您的資助額。如欲尋找網絡商店、查看您的資助額餘額或提出支持疑問，請瀏覽網站 [HealthyBenefitsPlus.com/ UHCEssentialPlan](https://HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan)。

D. 健康活動獎勵

保健就診和其他健康活動非常重要，您完成這些活動即可獲得獎勵。此獎勵計劃免費提供給 UnitedHealthcare 會員，而且是您的 NY Essential Plan 福利的一部分。

請預約並執行本合約末尾「福利表」中符合資格的健康活動之一。

您的非處方 (OTC) 和健康食品預付 S3 卡可儲值獎勵。您可以使用您的預付卡在參與計劃的零售商店購買健康食品 and OTC 產品。

New York Essential Plan 2 投保人合約

如欲尋找網絡商店、查看您的資助額餘額或提出支持疑問，請瀏覽網站 HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan。

處理時間可能需要長達 8 – 16 週。活動必須在 2026 年 12 月 31 日前完成，而且必須在 2027 年 3 月 31 日之前提交和處理理賠。

E. 孕婦/嬰兒資助額

透過由 Solutran 提供的這項福利，您將獲得一次加值到您 Visa / S3 卡的資助額 \$150，用於為每次申報懷孕購買承保的嬰兒用品。未使用的資助額將於預定分娩日期 (EDD) 後 12 個月到期失效。

承保項目包括：

- 嬰兒尿布，
- 嬰兒配方，
- 學步褲，
- 遊戲床，
- 嬰兒濕巾，
- 汽車座椅。

您可以在數千家網絡商店使用您的資助額。如欲尋找網絡商店、查看您的資助額餘額或提出支持疑問，請瀏覽網站 HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan。

F. 兒童護理支持

透過 Mirza 找到和負擔托兒費用：對於紐約的家庭，托兒費用相當昂貴。Mirza 幫助家長尋找並申請政府托兒計劃，以減少托兒成本。這些計劃可協助您付錢給家人、朋友或鄰居照顧您的孩子，或讓您的孩子參加低價的托兒服務。

如果您需要幫助尋找托兒服務，您可以告訴我們您的家庭需求，我們的團隊將為您提供一對一的搜尋支援。簡訊 8010 至 (866) 238 - 2068 開始使用服務。請將文字發送到 (866) 238 - 2068，並輸入 8011 開始。

G. GED 協助計劃

我們向會員提供 GEDWorks™，讓會員能以彈性方式獲得通識教育發展 (GED) 證書。GEDWorks 提供通過通識教育發展 (GED) 測試所需的所有工具。

GEDWorks 為您提供：

- 自訂學習計劃
- 專職雙語顧問
- 每週 7 天，每天 24 小時免費線上輔導
- 練習測試
- 每週 7 天，每天 24 小時線上測試
- 測試合格保證

請登入您的會員入口網站 myuhc.com/CommunityPlan，查詢更多資訊。

H. 健身計劃

1. 目的

此健身計劃旨在鼓勵您在管理身體健康過程中發揮積極作用。

2. 說明

我們會就使用或參加以下健身及健康推廣行動及活動提供投保福利：

- 指定健康或健身激勵計劃
- 健康或健身中心會籍
- 用於自我管理慢性病並促進健康行為的有益健康食物和非處方 (OTC) 資助額計劃
- 指定預防護理計劃、篩檢 (包括生物識別篩檢) 或慢性病管理計劃

3. 資格

您 (即投保人) 可以參與健身計劃。

4. 參加

- 欲取得健身會員福利，請瀏覽 One Pass 網站，網址：<https://youronepass.com>
- 欲取得有益健康食物和非處方 (OTC) 福利，請前往 HealthyBenefitsPlus.com/UHCEssentialPlan

為參加網站計劃，您需要準備一部能上網的裝置。但是，如果您無法使用網際網路，請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**，我們將向您提供有關在無法上網的情況下如何參與的資訊。

5. 獎勵

參與健身計劃的獎勵包括：

- 健康俱樂部或健身中心免費取得會籍
- 以限量使用的禮卡、禮券或產品及服務折扣的形式，作為對從事健康行為的金額獎勵。

第 XV 節 眼科護理

請參閱本合約「福利表」一節，瞭解天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

A. 視覺護理

我們承保急症、預防和常規眼科護理。

B. 視覺檢查

我們承保眼科檢查，用於決定是否需要佩戴矯正視力鏡片，如有需要，提供視力矯正鏡片的處方。任何 12 個月期限內承保一次 (1) 眼科檢查，如有醫療必要性進行更頻繁的檢查，須提供適當的證明文件。眼科檢查可能包括但不限於：

- 個案病史；
- 眼睛外部檢查或內部檢查；
- 眼底鏡檢查；
- 眼屈光狀態判定；
- 雙目距離；
- 青光眼眼科測試；
- 總體視野和辨色能力測試；以及
- 檢查結果總結與矯正鏡片建議。

C. 處方鏡片及鏡框

任何十二個月期限內承保一 (1) 次標準處方鏡片或隱形眼鏡；每個計劃年度，除非您有醫療上的必要需增加配新鏡片或隱形眼鏡的頻率，並提供適當的證明文件。可採用玻璃或塑料材質處方鏡片。如果您選擇非標準鏡片，我們將支付標準鏡片的費用，您則須承擔標準鏡片及非標準鏡片之間的費用差額。費用差額不會算入自付限額。

此外，任何 12 個月期限內承保一 (1) 次足以承托鏡片的標準鏡框；每個計劃年度，除非您有醫療必要性需增加配新鏡片或隱形眼鏡的頻率，並提供適當的證明文件。如果您選擇非標準鏡框，我們將支付標準鏡框的費用，您則須承擔標準鏡框及非標準鏡框之間的費用差額。費用差額不會算入自付限額。

D. 如何使用眼科服務。

如果您需要查找參與計劃的提供者或更換您的提供者，請致電 **1-866-265-1893**；位於您 ID 卡上的號碼，或造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。

第 XVI 節 牙科護理

請參閱本合約「福利表」一節，瞭解天數或就診限制，以及任何適用於這些福利的預授權或轉診要求。

我們承保以下牙科護理服務：

A. 牙科急症護理

我們承保牙科急症護理，包括減輕牙科疾病或外傷造成的疼痛及傷害所需的緊急治療。牙科急症護理無需申請預授權。

B.預防牙科照護

我們承保預防牙科護理，包括幫助預防口腔疾病發生的程序，包括：

- 每隔六 (6) 個月進行一次預防治療 (洗牙及拋光)；每個計劃年度兩 (2) 次

C.例行牙科照護

我們承保由牙醫診所提供的例行牙科護理，包括：

- 在連續六 (6) 個月的期限內進行一次牙科檢查、就診及諮詢 (乳牙長出時)；每個計劃年度兩 (2) 次；
- 每隔 36 個月進行一次 X 光、全口腔 X 光或全景 X 光檢查；如有醫療上的必要，隔六 (6) 至 12 個月進行一次咬翼片 X 光檢查 以及其他 X 光檢查 (一旦乳牙萌出)；
- 無需住院的單純拔牙及其他例行牙科手術，包括術前護理及術後護理；
- 診所內清醒鎮靜麻醉；以及
- 汞合金和複合材料修復 (補牙)。

D.牙冠

若為醫療所需，我們承保牙冠，包括不鏽鋼牙冠。需要預授權。

E.牙髓病科

我們承保無需住院的牙髓病護理服務，包括已齲變的牙髓室及牙髓管治療程序。

若為醫療所需，我們會承保根管治療。

F.牙周病科

我們承保有限的牙周病服務。我們承保非手術的牙周病服務。我們承保治療有關荷爾蒙異常、藥物療法或先天缺陷所必需的牙周病手術服務。我們承保預期的牙周病服務，或導致在本合約另行規定的牙科矯正或美容牙科矯正之牙周病服務。

我們承保醫療所需的牙冠或根管治療程序相關的牙冠延長。需要預授權。

G.義齒補綴科

我們承保以下假牙修復服務：

- 活動式全口或局部假牙，包括分娩後六 (6) 個月醫療上必需的照護，包括為緩解嚴重情況或確定會影響就業能力的假牙；以及
- 其他服務包括嵌入鑲牙板、修復、襯墊及襯底以及齶裂治療的其他服務。需要預授權。

除非確定為醫療所必需，否則全口假牙和局部假牙，無論是否無法使用、遺失、遭竊或損傷，在初次安裝後至少八 (8) 年內不得更換。更換八 (8) 年前假牙的預授權申請必須包含您的牙醫信函，說明需要更換假牙的必要性。如果在已更換過一次假牙後的八 (8) 年內要求更換假牙，則證明文件必須說明緩解進一步更換需求而採取的預防措施。

所有活動式假牙的一般指南：

只有在現有假牙無法使用且無法重新鑲嵌或重新固定時，才會核准全口及／或局部假牙。在新假牙交付後六(6)個月內，在為同一牙弓安裝新假牙時，對現有假牙進行重新鑲嵌或重新固定，不在承保之列。僅承保新假牙植入前六(6)個月內的「組織調整」。

與天然牙齒或植牙非直接相關的活動假牙或軟組織的清洗不屬於承保服務。只有在天然牙齒上進行預防及／或刮牙術及牙根規劃時，才在承保之列。

「即時」假牙裝置不屬於承保服務。

其他活動假牙服務：

在更確定的最終修復之前，使用為治癒不健康脊的材料進行治療重襯的「組織調整」是交付新假牙前六(6)個月內**唯一**承保的重襯類型。在現有假牙插入組織調整襯墊限於每個假牙單位一次。

固定牙橋不會獲得承保，除非：

- 病人上顎單一前牙更換(中切牙或後切牙或犬牙)，另行修補自然、功能和／或已修復的牙齒；
- 用於固定齶裂；或
- 因為出現任何會阻礙活動式假牙插入的神經或生理狀況；必須有醫療文件證明。

牙科植牙服務：

我們承保牙科植牙，包括單一植牙，以及醫療上必需的植牙相關服務。植牙服務需要預先授權。

植牙的預先授權申請必須有牙醫提供的證明文件。您的牙醫診所必須記錄您的病史、目前接受治療的醫療情況、目前使用的所有藥物清單、解釋為何植牙為醫療上所必需，以及為什麼其他承保的替代假牙功能無法矯正您的牙齒情況，並證明您適合進行植牙置入。如果您的牙醫表示您目前正接受嚴重醫療病況的治療，則可能需要您的主治醫師提供文件。

H. 口腔外科手術

我們承保非例行口腔外科手術，例如局部與完整牙骨切除的拔牙、牙齒再次植入、牙齒移植、使未萌發牙齒露出的手術、穩定已萌發或位置不當的牙齒以協助萌發，以及置入器材協助阻生齒的萌發。我們承保預期的口腔外科手術，或導致在本合約另行規定的牙科矯正或美容牙科矯正之口腔外科手術。

I. 齒列矯正科

我們承保用於幫助修復口腔結構的健康和功能以及為治療嚴重醫療狀況，像是顎裂和唇裂；上頷／小頷畸形(上顎或下顎發育不全)；極端下頷突出；嚴重不對稱(顛顏畸形)；顛顎關節沾黏；以及其他顯著的骨骼發育不良。

程序包括但不限於：

- 快速上額擴張術 (RPE)；
- 零件更換 (例如牙套、條帶)；
- 阻斷性齒列矯正治療；
- 全面齒列矯正治療 (期間已置放裝置齒列器械以進行主動治療，且已定期調整)；
- 卸除式器械療法；以及
- 齒列矯正維持 (移除器械、製作和置放維持器)。

J. 如何使用牙科服務

如果您需要找牙醫或變更牙醫，請撥打會員服務部電話 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8 時至下午 6 時。客服代表可隨時為您提供幫助。很多代表會講您所用的語言，或可提供服務翻譯成您所需的語言。

第 XVII 節

除外條款及限制情況

本合約不承保以下範圍：

A. 航空

我們不承保因航空活動產生的承保服務，乘坐排期航線經營的排期或特許包機的購票乘客除外。

B. 康復護理和照顧

我們不承保與靜養療法、監護護理或交通相關的項目。「監護護理」是指幫助行動轉移、進食、穿著、沐浴、如廁及其他相關活動的協助服務。監護護理不包括被判定為有醫療必要性的承保服務。

C. 轉換治療

我們不保性傾向轉化療法。性傾向轉化療法是指由精神健康專業人士所做，目的在於改變未滿 18 歲會員之性傾向或性別認同的任何診療，包括嘗試改變行為、性別表現，或消除或降低對於同性的性慾或愛慕之吸引或感受。性傾向轉化療法不包含尋求接受性別轉換或正在接受性別轉換過程之個案的諮詢或療法，該等療法提供接納、支持與理解個案，或促進個案應對、社會支持、與探索認同及發展，包括性傾向中性介入、預防或解決非法行為或不安全性行為，前提為該等諮詢或療法目的不在於改變性傾向或性別認同。

D. 美容服務

除非另行指明，不承保美容服務、醫師處方用藥或手術。而此等美容不包括因手術部位創傷、感染或疾病間接引起或隨後出現的再造手術，以及承保兒童因先天疾病或異常導致功能缺陷所需的再造修復手術。此外，我們還將承保本合約在別處另行規定在乳房切除手術後的再造修復手術。整容手術不包括被視為有醫療必要性的手術。如提交詳列於 11 NYCRR 56 的回顧程序 (如某種整容手術及皮膚科程序) 理賠，而未附帶醫療資料，則除非提供了醫療資料，否則不能根據本合約「效用評估及外部上訴」一節的效用評估流程規定對否決承保提起上訴。

E. 美國、加拿大或墨西哥以外的承保

我們不承保美國、美國屬地、加拿大或墨西哥境外提供的護理或治療，但治療緊急病況的急症服務、入院前急症醫療服務及救護服務除外。

F. 牙科護理服務

不承保齒列矯正服務，除本合約「牙科護理」章節明確規定的服務除外。

G. 實驗或臨床研究治療

我們不承保任何具實驗或臨床研究性質的健康護理服務、程序、治療、裝置或醫師處方用藥。然而，我們將承保實驗或臨床研究治療，包括治療罕見疾病或參與臨床試驗的病人費用 (本合約規定的門診及專業服務)，或者我們否決服務的意見被州認證的外部上訴代理人駁回。然而，我們不會就臨床試驗承保任何臨床研究藥物或裝置、您接受治療所需的非健康服務的費用、研究管理費用，或者本合約項下不予承保的非臨床研究治療費用。如需進一步瞭解您的上訴權利，請參閱本合約「效用評估及外部上訴」一節。

H. 參與嚴重犯罪

凡因參與重罪、騷亂或叛亂而導致的疾病、治療或醫療情況，我們均不予承保。此除外條例，不適用於因家庭暴力受害者所受傷害的承保範圍，或因您醫療情況 (包括身體及精神健康狀況) 導致的服務。

I. 足部護理

除了第 XXV 節規定之外，我們不承保與雞眼、足繭、扁平足、足弓下陷、雙腳無力、慢性足部勞損或足部症狀疾病相關的常規足部護理。然而，當您因腿部或雙腳出現循環缺陷或官能減退而引起了特定醫療狀況或疾病時，我們將承保足部護理。

J. 政府設施

除法律另行要求之外，我們不承保由聯邦、州、或其他政府實體擁有或經營的醫院所提供的護理及治療，除非因為治療急症病況的醫院鄰近您受傷或患病的地方，並且需就近提供治療您急症狀況的急症服務。

K. 醫療上所必需

一般情況下，我們不承保任何我們判定為無醫療必要性的健康護理服務、程序、治療、測試、裝置或醫師處方用藥。如我們的否決意見被由州認證的外部上訴代理人駁回，我們將承保被否決的服務、程序、治療、測試、裝置或醫師處方用藥，承保範圍將按照本合約條款項下另行承保的服務、程序、治療、測試、裝置或醫師處方用藥執行。

L. Medicare 或其他政府計劃

我們不承保由聯邦 Medicare 計劃或其他政府計劃 (Medicaid 除外) 項下服務所提供的投保福利。

M. 兵役

我們不承保因服兵役或在軍事輔助單位引起的疾病、治療或醫療病況。

N. 無過失汽車保險

我們不承保強制汽車無過失已求償或可求償的任何損失或部分損失的福利。即使您未進行適當及時的福利理賠 (在強制無過失政策之下您可享有的)，此除外條款仍然適用。

O. 未入列的服務

我們不承保未列入本合約承保範圍的服務。

P. 由家庭成員提供的服務

我們不承保由受保人的直系家屬所進行的服務。「直系家屬」是指孩子、繼子女、配偶、父母、繼父母、兄弟姐妹、繼兄弟姐妹、岳父母、兒媳或女婿、平輩的姻親、祖父母、祖父母的配偶、孫子女或孫子女的配偶。

Q. 由醫院職員單獨計入帳單的服務

我們不承保由醫院、實驗室或其他機構職員單獨提供並計入帳單的服務。

R. 無費用服務

我們不承保通常不收費的服務。

S. 戰爭

我們不承保因已宣戰或未宣戰的戰爭引起的疾病、治療或醫療狀況。

T. 工傷賠償

我們不承保州或聯邦勞工賠償，僱主責任或職業病法律項下提供的服務投保福利。

第 XVIII 節 理賠判定

A. 請款

理賠是指根據本合約條款提供或支付的投保福利或服務。您或者提供者必須向我們提交理賠申請表。如提供者不願意提交理賠申請表，您需要向我們提出理賠申請。

B. 請款通知

服務理賠必須包含所有由我們指定的，用以處理理賠所必需的資料，包括但不限於：會員身分編號；姓名；出生日期；服務日期；服務類型；每項服務的收費；服務相關的程序編號；診斷編號；收費提供者的姓名及地址；如有必要，提供醫療記錄證明文件。不接受未包含所有必需資料的理賠申請，並且必須連同所有必需的資料重新提交。欲領取理賠申請表可致電會員服務部 **1-866-265-1893**，聽障服務 (TTY) **711**，或造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。填妥理賠表格後，應寄到本合約「您的承保如何運作」或您 ID 卡上的地址。此外，您還可透過瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 向我們提交電子版理賠表。

C. 提交理賠申請的時間段

您必須在接受服務的 120 天內向我們提交該筆款項的服務理賠申請。如果在合理的範圍內無法在 120 天期限內提交理賠申請，您必須在合理的時間內盡快提交。在任何情況下，除不具備法定能力的情況之外，不得在理賠申請所需提交時間的一 (1) 年之後提交。

D. 受禁的轉診理賠

如提供者用於臨床實驗服務、藥房服務、放射線治療服務、物理治療服務或 X 光或提供的影像服務屬於《紐約公共衛生法》第 238-a(1) 節禁止的轉診服務支付的理賠、帳單或其他要求或請求，我們則無需進行支付。

E. 理賠判定

理賠判定程序適用於所有與醫療必要性或實驗或臨床判定無關的理賠申請。例如，我們的理賠判定程序適用於合約權益否決及轉診。如不同意我們的理賠判定意見，您可根據本合約的「申訴程序」提交一份申訴資料。

如需瞭解醫療必要性或實驗或臨床研究判定的效用評估程序及上訴流程說明，可參閱本協議的「效用評估及外部上訴」一節。

F. 服務前理賠判定

1. **服務前理賠**是指收到服務前請求核准服務或治療的要求。關於服務前理賠 (例如：投保福利判定或轉診)，若我們擁有判定所需的所有資訊，我們將作出判定，並在收到理賠申請的 15 天內通知您 (或您的指定人)。

若需要其他資料，我們將會在收到理賠申請後的 15 天內向您提出要求。您將有 45 個曆日可提交資訊。若我們在 45 天內收到所要求資訊，我們將做出判定，並在收到資料後 15 天內以書面方式通知您 (或您的指定人)。若未在 45 天內收到所有所需資訊，我們將在 45 天期限結束時的 15 個曆日內作出判定。

- 2. 緊急服務前評估。**關於緊急服務前評估，若我們擁有判定所需的所有資訊，我們將作出判定，並在收到要求後 72 小時內以電話通知您 (或您的指定人) 以及您的提供者。將在決定後的三 (3) 個曆日之內發出書面通知。若我們需要額外資訊，我們將在 24 小時內提出要求。您將有 48 小時可提交資訊。我們將作出判定，並在收到資訊後或在 48 小時期限結束時 (以較早者為準) 的 48 小時內以電話通知您 (或您的指定人) 和您的提供者。將在決定後的三 (3) 個曆日之內發出書面通知。

G. 服務後理賠判定

服務後理賠是指對已收到的服務或治療提出理賠。關於服務後理賠，若我們擁有判定所需的所有資訊，我們將作出判定，若我們完全拒絕或部分拒絕理賠，將在收到理賠要求的 30 個曆日內通知您和您的指定人。若我們需要額外資訊，我們將在 30 個曆日內提出要求。您將有 45 個曆日可提供資訊。我們將作出判定，若我們完全拒絕或部分拒絕理賠，將在我們收到資訊或 45 天期限結束時 (以較早者為準) 的 15 個曆日內，以書面方式通知您和您的指定人。

H. 理賠付款

若我們支付理賠的義務已合理明確，如透過網路或電子郵件傳送索賠要求，我們將在收到索賠後 30 天內理賠，如透過其他方法 (包括書面或傳真)，將在收到索賠後 45 天內理賠。若我們要求提供額外資訊，如透過網路或電子郵件傳送，我們將在我們裁定該付款已到期的 15 天內，但不晚於收到該資訊後 30 天內理賠，如透過其他方法 (包括書面或傳真)，則不晚於收到該資訊後 45 天內理賠。

第 XIX 節 申訴程序

A. 申訴

我們的申訴程序適用於我們所判定之任何與醫療必要性、實驗或臨床研究等無關的問題。例如，適用於合約投保福利遭拒，或是您對我們的管理政策或提供者的采用有問題或疑慮。

B. 提出申訴

您可以致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 **TTY 711**，或以書面方式提出申訴。您可以提出與轉診或承保福利判決遭拒等相關的口頭申訴。我們可能會要求您簽署口頭申訴的書面確認信 (此信將由我們準備)。您收到我們關於您要求評估的項目決定後，您或您的指定人有 180 個曆日可提出申訴。我們收到您的申訴後，將在 15 個工作日內寄發確認信。確認信將包括處理您申訴的人員姓名、地址和電話號碼，並指出您必須提供哪些額外資訊 (若有)。

New York Essential Plan 2 投保人合約

我們會對所有請求及討論內容保密，並不會因為您的問題性質採取歧視性的行動。我們將根據您諮詢的性質設有標準及加急申訴程序。

您可以要求我們寄送申訴判定的電子通知代替書面或電話通知。如果您希望收到電子通知，請提前告知我們。如選擇加入電子通知，請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711** 或瀏覽我們的網站 **myuhc.com/CommunityPlan**。您可以隨時選擇退出電子通知。

C. 申訴判定

將由合格人員審查您的申訴；若是臨床事務，則將由持照、認證或註冊的健康照護專業人士進行調查。我們會決定申訴結果，並在以下時間範圍內通知您：

<u>加急/緊急申訴：</u>	在收到所有必要資訊後的 48 小時內，或在收到您申訴後的 72 小時內 (以較早者為準) 透過電話通知。書面通知將在收到您申訴後的 72 小時內提供。
<u>服務前申訴：</u> (針對尚未提供之服務或治療的請求。)	收到您的申訴的 30 個曆日內發出書面通知。
<u>服務後申訴：</u> (針對已提供之服務或治療提出的理賠。)	在收到所有必要資訊的 30 個曆日之內，但不会晚於收到申訴後的 60 天發出書面通知。
<u>所有其他申訴：</u> (與服務或治療理賠或要求不相關的申訴。)	在收到所有必要資訊的 45 個曆日之內，但不会晚於收到申訴後的 60 個曆日發出書面通知。

D. 協助

若您仍不滿意我們的申訴判定，或在任何其他時間感到不滿意，您可以：

致電紐約州衛生局，電話 1-800-206-8125，或寫信至：

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

電子郵件：managedcarecomplaint@health.ny.gov

網站：www.health.ny.gov

如果您需要提出申訴的協助，您可以與紐約州獨立的消費者協助計劃聯絡：

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

或撥打免費電話：**1-888-614-5400**，或發電郵至 cha@cssny.org

網站：www.communityhealthadvocates.org

第 XX 節 效用評估

A. 效用評估

我們會評估健康服務以判定服務是否有醫療必要性，或為實驗性質或研究性質（以下簡稱「醫療必要性」）。此程序稱為「效用評估」。效用評估包括所有評估活動，無論它們是否在服務進行前發生（預授權）；在服務進行時發生（並行）；或在服務進行後發生（回顧）。如對效用評估流程有任何疑問，請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**。免費電話每週至少 40 小時可撥通，並設有非上班時間的電話應答服務。

對於服務並非醫療上所必需，將由以下方式進行初始裁決：1) 持照醫師；或 2) 持照、認證、註冊或持證健康護理專業人士，該評估員的專科必須為與通常管理該疾病或病況的提供者相同或相似專業，或提供評估範圍的健康護理服務；或 3) 須由從事行為健康專科，針對精神健康或藥物濫用治療，並具有提供精神健康或藥物濫用治療經驗的持照醫師或持照、認證、註冊或持證健康護理專業人員。對於服務並非醫療上所必需，將由以下方式進行上訴裁決：1) 與通常管理您的醫療狀況或疾病或提供審核中的健康照護服務的提供者具有相同或類似專科的認證或資格的持照醫生；或 2) 持照、認證、註冊或具備資格的健康護理專業人員，與通常管理您的醫療病況或疾病或提供審核中之健康護理服務的提供者具有相同專業及相似專科；或 3) 對於精神健康或物質使用失調治療，持照的醫生或持照、認證、註冊或具備資格的健康護理專業人員，這些專業人員專門從事行為健康，並具備提供精神健康或物質使用失調治療課程的經驗。我們不會補助或提供金錢獎勵給我們的員工或評估員，以判定服務並不具有醫療必要性。

我們已制定指南和方案以協助我們進行此流程。我們將使用適合病人年齡，且由 OASAS 針對藥物濫用成癮治療所指定或 OMH 批准用於精神健康治療的實證和同儕審查臨床審核標準評估工具。您可要求審閱特定指南和協議。如需詳細資訊，請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**，或造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。

您可以要求我們寄送效用評估判定的電子通知代替書面或電話通知。如果您希望收到電子通知，請提前告知我們。如選擇加入電子通知，請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711** 或瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。您可以隨時選擇退出電子通知。

B. 預授權評估

- 1. 非緊急預授權評估。**若我們擁有關於預授權評估之判定所需的所有資訊，我們將作出判定，並在收到要求後三 (3) 個工作日內以電話及書面方式通知您 (或您的指定人) 以及您的提供者。
若我們需要額外資訊，我們將會在三 (3) 個工作日內提出要求。您或您的提供者將有 45 個曆日可提交資訊。若我們在 45 天內收到所要求資訊，我們將作出判定，並在收到資訊後三 (3) 個工作日內以電話和書面方式通知您 (或您的指定人) 以及您的提供者。若未在 45 天內收到所有所需資訊，我們將在收到部分請求資訊之時或 45 天期限結束時 (以較早者為準) 於 15 個曆日內作出判定。
- 2. 緊急預授權評估。**關於緊急預授權請求，若我們擁有判定所需的所有資訊，我們將作出判定，並在收到請求後 72 小時內以電話通知您 (或您的代理人) 以及您的提供者。將在收到請求後三 (3) 個工作日內提供書面通知。若我們需要額外資訊，我們將在 24 小時內提出要求。您或您的提供者將有 48 小時可提交資訊。我們將作出判定，並在收到資訊後或在 48 小時期限結束時 (以較早者為準) 的 48 小時內以電話及書面通知您 (或您的指定人) 和您的提供者。
- 3. 法院指令治療。**針對仍未提供的精神健康和/或藥物濫用成癮治療服務提出的申請，如果您 (或您的指定人) 能以財務服務監事開立的格式證明，您將在或已在有合法管轄司法權的法庭出庭，並且可能需要遵照法院指令要求獲得此等服務，那麼我們將作出判定，並在收到該要求的 72 小時內以電話通知您 (或您的指定人) 和您的提供者。將在收到要求後三 (3) 個工作日內提供書面通知。若情況允許，還會向法院提供電話及書面通知。
- 4. 住院康復服務審查。**我們收到醫院或專業護理機構提供之住院後住院康復服務的預授權承保要求後，將作出判定，並在收到必要資訊後的一 (1) 個工作日內以電話和書面方式通知您 (或您的指定人) 和您的提供者。
- 5. 危機穩定中心。**在根據紐約精神衛生法第 36.01 節持照的參與危機穩定中心提供的服務，以及在其他州經聯合委員會認證為酒精或化學依賴物質使用治療方案的服務，並在設施所在地州獲得同樣的持照、認證或其他授權，均不需事先授權。與通常管理您的醫療狀況或疾病或提供審核中的健康照護服務的提供者具有相同或類似專科的認證或資格的持照醫生如果在參與的危機穩定中心進行的任何治療因不具有醫療必要性而被拒絕承保，您只須支付原本適用於您的治療的任何費用分攤。
- 6. 狂犬病治療預授權。**經縣衛生局授權的暴露後狂犬病治療足以被視為我們的預授權。

C. 並行審核

- 1. 非緊急並行審核。**將對護理期間的服務進行效用評估決定 (並行審核)，並在收到所有必要資訊後一 (1) 個工作日內，以電話和書面方式通知您 (或您的指定人) 和您的提供者。若我們需要額外資訊，我們會在一 (1) 個工作日內提出要求。您或您的提供者將有 45 個曆日可提交資訊。我們將判定並在收到資訊後一 (1) 個工作日內以電話和書面方式通知您 (或您的指定人) 以及您的提供者；或者，若我們沒有收到資訊，則會在收到部分要求的資訊的 15 個曆日內或 45 天期限結束時於 15 個曆日內 (以較早者為準) 發出通知。
- 2. 緊急並行審核。**對於涉及緊急照護延期的並行審核，若承保要求是在先前受核准之治療到期的至少 24 小時前提出，我們將做出判定，並在收到要求後的 24 小時內以電話通知您 (或您的委託人) 和您的提供者。將在收到要求後一 (1) 個工作日內提供書面通知。
若承保要求未在前受核准之治療到期的至少 24 小時前提出，且我們已擁有作出判定所需的所有資訊，則我們將作出判定，並在收到要求後的 72 小時或一 (1) 個工作日 (以較早者為

準)以書面方式通知您(或您的指定人)和您的提供者。若我們需要額外資訊,我們將在24小時內提出要求。您或您的提供者將有48小時可提交資訊。我們將作出判定,並在我們收到資訊後的一(1)個工作日或48小時內(以較早者為準)以書面方式通知您(或您的指定人)和您的提供者;若我們沒有收到資訊,則會在48小時期限結束時的48小時內提供通知。

3. **居家護理服務評估。**我們收到住院後居家護理服務的承保要求後,將作出判定,並在收到必要資訊後的一(1)個工作日內以電話和書面方式通知您(或您的指定人)和您的提供者。若收到要求後的隔天是週末或假日,我們將作出判定,並在收到必要資訊的72小時內通知您(或您的指定人)和您的提供者。如果我們在您出院前收到居家護理服務的要求和所有必要資訊,便不會在尚未對該要求作出判定時否決居家護理服務承保。
4. **住院藥物濫用治療評估。**若您因藥物濫用成癮而住院治療,則對於在出院前至少24小時向我們提出對住院藥物濫用成癮治療的要求,我們將在收到要求的24小時內作出判定,而且將在尚未對此要求作出判定時提供藥物濫用成癮治療的住院承保。
5. **在取得OASAS執照、認證或其他授權的網絡設施的住院藥物濫用治療。**在取得OASAS執照、認證或其他授權的網絡設施的住院藥物濫用治療不須取得預授權。若該OASAS認證之醫療機構於收病人入院之前兩(2)個工作天以內通知我們您的入院許可與初期治療計劃,將不會針對住院前的28天進行並行審核。在入院超過28天之後,我們將檢視病人之所有住院紀錄以判定其入院是否具有醫療必要性,且我們將使用OASAS所指定的臨床審查工具。若因被判定為不具有醫療必要性而裁定為拒絕承保,您只需以網絡內共付額支付受拒絕之住院服務費用。
6. **於OASAS認證之醫療機構接受門診藥物濫用成癮治療。**在參與的OASAS認證機構中,門診、強化門診、門診復健和鴉片類藥物治療的承保範圍不受預授權的約束。如果OASAS認證的機構通知我們開始治療和初始治療計劃兩(2)個工作天內,則持續治療的前四(4)週(不超過28次就診)不會進行承保範圍的並行審核。持續治療的前四(4)週後(不超過28次就診),我們可以評估整個門診治療,以確定是否具有醫療必要性,我們將使用OASAS指定的臨床評估工具。若門診治療的任何部分因被判定為不具有醫療必要性而裁定為拒絕承保,您只需以網絡內分攤費用支付受拒絕之門診治療費用。

D. 回顧評估

關於回顧理賠,若我們擁有判定所需的所有資訊,我們將作出判定,並在收到要求的30個曆日內通知您和您的提供者。若我們需要額外資訊,我們將在30個曆日內提出要求。您和您的提供者將有45個曆日可提供資訊。我們將作出判定,並在我們收到資訊或45天期限結束時(以先發生者為準)的15個曆日內,以書面方式通知您和您的提供者。

一旦我們獲得做出決定的所有資訊,若我們無法在上述適用期間內做出效用評估判定,則將視為負面判定,且可能面臨內部上訴。

E. 預授權服務的回顧評估

只有發生下列情況時,我們才會於回顧評估時針對預授權的治療、服務或程序作出相反決定:

- 回顧評估時提供給我們的相關醫療資訊與預授權評估期間提供的資訊顯著不同;
- 回顧評估時提供給我們的相關醫療資訊在預授權時確實已存在,但卻加以隱瞞或讓我們無法取得;

- 我們在預授權評估時不知道此類資訊的存在；以及
- 若我們已知道此類資訊，則所要求的治療、服務或程序將不會獲得授權。我們將使用與預授權評估時所使用的相同特定標準、條件或程序來進行判定。

F. 階段療法取代判定

針對您的醫護人員所選處方藥物承保，您、您的指定人或您的醫護人員可要求讓階段療法協定取代判定。如針對階段療法協定取代判定進行效用評估，我們將使用認可的實證與同儕審查臨床審核標準，其適合您與您的醫療狀況。

- 1. 佐證的理由與文件。**階段療法協定取代判定的申請應包含健康照護者提供的佐證理由與文件，其中說明：
 - 規定的醫師處方用藥屬於禁忌症，或很可能對您造成不良反應或身體或精神傷害；
 - 根據您的已知臨床歷程、狀況、和醫師處方用藥療方，規定的醫師處方用藥預期無效；
 - 您已經在我們或您先前的健康保險承保範圍內，或在同一藥物類別或具有相同作用機制的其他醫師處方用藥中試用了規定的醫師處方用藥，但由於缺乏療效或效力、效果降低或不良事件而停止使用醫師處方用藥；我們將接受您開立該處方藥的健康護理專業人員提交的任何書面或電子證明，證明所需的處方藥失效，此即視為所需處方藥失效之證據；
 - 您穩定使用健康照護者所選的醫師處方用藥來治療您的醫療病症，前提是這不阻礙我們規定您嘗試 AB 評分的等效普通藥物；或
 - 規定的醫師處方用藥不符合您的最佳利益，理由包括：該藥物很可能導致您定期用藥或遵從照護計劃的顯著障礙、很可能導致共病狀況惡化、或很可能降低您達成或維持日常生活之合理功能的能力。
- 2. 標準審核。**我們將在收到佐證理由與文件的 72 小時內，作出階段療法協定取代判定的決定，並會向您（或您的指定人）及必要時會向您的健康照護者發出通知。
- 3. 加快處理審查。**如果在健康照護者未開立醫師處方用藥的情況下，您的醫療狀況會嚴重危害您的健康，我們將在收到佐證理由與文件後 24 小時內，做出階段療法協定取代判定的決定。

如果所需的佐證理由與文件未在階段療法協定取代判定的申請中提交，在預先授權與回顧審查中我們會要求在 72 小時內取得該資訊，在並行審核中則為 72 小時或一 (1) 個工作日（以較短者為準），而針對簡易審查則為 24 小時。針對預授權審核、並行審核與回顧審核，您或您的健康照護者將有 45 個曆日的時間來提交資訊，若為簡易審查，則為 48 小時。對於預授權審核，我們將在收到資訊後 72 小時，或如未收到資訊，則在 45 天期限結束後 15 個曆日內（均以較早者為準），作出判定並通知您（或您的指定人）及健康照護者。對於並行審核，我們將在收到資訊後 72 小時或一 (1) 個工作天內，或如未收到資訊，則在 45 天期限結束後 15 個曆日內（均以較早者為準），作出判定並通知您（或您的指定人）及健康照護者。對於回顧審核，我們將在收到資訊後 72 小時，或如未收到資訊，則在 45 天期限結束後 15 個曆日內（均以較早者為準），作出判定並通知您（或您的指定人）及健康照護者。對於加快處理審查，我們將在收到資訊後 24 小時，或如未收到資訊，則在 48 小時期限結束後 48 小時內（均以較早者為準），作出判定並通知您（或您的指定人）及健康照護者。

如果我們未在收到佐證理由和文件後 72 小時（若為加包審核則為 24 小時）內作出判定，階段療法協定取代申請將獲核准。若我們未能遵守《紐約保險法》第 4902(a)(15) 及 (16) 條所規定的階段療法協定要求，在排除詐欺行為的前提下，我們將批准階段療法取代裁決。

如果我們判定該階段療法協定應取代原判定，我們將立即授權您的主治健康照護者開處的醫師處方用藥承保。階段療法取代裁決生效，直至下列較短時間為止：依據現行循證治療指南所訂定的您的治療時長，或自我們批准取代裁決或續簽您的合約之日起算之 12 個月。若階段療法取代判定對您不利，您有資格提出上訴。

G. 重新審議

若我們在做出負面判定前未試圖諮詢您的提供者，則提供者可要求由做出負面判定的相同臨床同儕評估員或指定的臨床同儕評估員（若原先臨床同儕評估員不可用）進行重新審議。對於預授權和並行審核，將在重新審議要求後的一（1）天內進行重新審議。若仍維持負面判定，將以電話和書面方式向您和您的提供者提供負面判定的通知。

H. 效用評估內部上訴

您、您的指定人以及您的提供者（若為回顧審核案例）可經由電話、親自或書面方式針對負面判定要求內部上訴。

您在接獲負面判定通知後有 180 個曆日可提出上訴。我們將在收到要求後 15 個曆日內確認您的內部上訴要求。該確認信將在必要時告知在做出決定前您需要提供的額外資訊。上訴將由另一名臨床同儕評估員裁定，其不隸屬於做出最初不利判定的臨床同儕評估員，且具備下列資格：（1）醫師（2）或健康照護者，且該評估員的專科必須與通常管理該疾病或病況的提供者相同或相似。

- 1. 網絡外服務否決。**若網絡外健康服務的預授權要求遭到否決（當我們判定該網絡外健康服務與網絡內提供的健康服務無顯著差異時），您也有權提出上訴。遭否決的網絡外健康服務是由非參與計劃提供者所提供的服務，但僅限於參與計劃的提供者無法提供該服務時。若您要求的服務可自參與計劃的提供者取得，則您不符合提出效用評估上訴的資格，即使該非參與計劃的提供者對診斷或治療您的狀況更有經驗也是如此。（此類上訴將視為申訴。）針對網絡外健康服務否決的效用評估上訴，您或您的指定人必須提交：
 - 您主治醫師的書面聲明，說明所要求之網絡外健康服務與其他可自參與計劃的提供者取得且經我們核准之健康服務有顯著差別。該主治醫師須為持照、委員會認證或委員會許可的醫師，具有在適合治療您狀況之專業領域的執業資格；以及
 - 兩（2）份醫療和科學證據文件，證明網絡外服務：1) 相對於其他網絡內服務，可能對您具較高的臨床益處；且 2) 網絡外服務的不良風險實質上可能比網絡內健康服務更低。
- 2. 網絡外授權遭拒。**如果授權至非參與計劃提供者的要求，因我們判定有參與計劃提供者可為您提供符合您特定健康護理需求的適當訓練和經驗，而且能夠提供所要求之健康護理服務而遭到否決，您也有權提出上訴。對於網絡外授權遭否決的效用評估上訴，您或您的指定人必須提交一份您主治醫師（該主治醫師須為持照、委員會認證或委員會許可的醫師，具有在適合治療您狀況之專業領域的執業資格）的書面聲明，以證明：
 - 我們推薦的參與計劃提供者並不具備符合您特定健康護理需求之健康護理服務的適當訓練和經驗；以及
 - 可以推薦一位具備符合您特定健康護理需求之適當訓練和經驗，且能提供您要求之健康護理服務的非參與計劃提供者。

I. 一級上訴

- 1. 預授權上訴。**若您的上訴與預授權要求相關，我們將在收到上訴要求後的 30 個曆日內作出上訴決定。將在做出判定後的兩 (2) 個工作日 (但不會晚於收到上訴要求後的 30 天) 以書面方式向您 (或您的委託人) 和您的提供者 (適用時) 提供判定通知。
- 2. 回顧上訴。**若您的上訴與回顧理賠要求相關，我們將在收到執行上訴必要資訊的 30 個曆日內或收到上訴要求後的 60 個曆日內決定上訴結果。將在做出判定後的兩 (2) 個工作日 (但不會晚於收到上訴要求後的 60 天) 以書面方式向您 (或您的委託人) 和您的提供者 (適用時) 提供判定通知。
- 3. 快速上訴。**針對延續或延期之健康護理服務、為持續治療而提供的額外服務、出院後居家健康護理服務，提供者要求立即評估的服務、根據法院命令而提供的精神健康和/或藥物濫用成癮治療服務，或是任何其他緊急事務，將透過加急程序來處理上訴。加急上訴不適用於回顧審核。針對加急上訴，您的提供者將可在收到上訴要求的一 (1) 個工作日內適當取得與被指派審理該上訴的臨床同儕評估員的聯絡。您的提供者和臨床同儕評估員可能經由電話或傳真交換資訊。將在收到上訴後 72 小時內或收到進行上訴所需之資訊的兩 (2) 個工作日內 (以較早者為準) 對加急上訴作出判定。書面判定通知將在作出判定後的 24 小時內 (但不會晚於收到上訴要求後的 72 小時) 向您 (或您的指定人) 提供。

若我們無法在收到標準上訴所需資訊後的 60 個曆日內，或在收到加急上訴所需資訊的兩 (2) 個工作日內向您提供判定，則將視為最初負面判定的相反決定。

- 4. 藥物濫用上訴。**若我們否決出院前至少 24 小時提出的藥物濫用成癮住院治療要求，且您或您的提供者對於我們的負面判定提出加急內部上訴，我們將在收到上訴要求的 24 小時內決定上訴結果。若您或您的提供者在收到我們負面判定的 24 小時內提出加急內部上訴和加急外部上訴，則在內部上訴和外部上訴尚未判定前，我們也會提供住院藥物濫用成癮治療的住院承保。

J. 對上訴進行全面與公平的審核

我們免費提供您任何新的或額外的證據，其為我們考慮的、憑據的、或產生的，或是任何新的或額外的與您的上訴有關的理由論據。將盡快提供證據或理由，並在要求提供最終負面判定通知的日期前提供，使您有合理的機會在該日期之前作出答覆。

K. 上訴協助

若您需要提出上訴的協助，您可以與紐約州獨立的消費者協助計劃聯絡：

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

或撥打免費電話：1-888-614-5400，或發電郵至 cha@cssny.org
網站：www.communityhealthadvocates.org

第 XXI 節

外部上訴

A. 您進行外部上訴的權利

在某些情況下，您有權為遭拒的承保進行外部上訴。如果我們基於服務無醫療必要性的理由否決承保（包括合理性、健康護理設施、護理級別或承保福利的有效性）；或該服務為一項實驗或臨床研究治療（包括針對罕見疾病的臨床試驗及治療）；或網絡外治療，或屬於緊急服務或意外醫療帳單（包括是否已採用正確的費用分攤），您或者您的代表可向外部上訴代理人、向州認證且可進行此類上訴的獨立第三方就該決定提出上訴。

如需符合外部上訴條件，您必須滿足以下兩 (2) 項要求：

- 該服務、程序或治療必須是投保人合約中規定的承保服務；以及
- 一般情況下，您必須透過我們的內部上訴程序收到一份最終的負面判定。但如果您尚未透過我們的內部上訴程序收到一份最終負面判定，您仍可提出外部上訴，但前提是：
 - 我們書面同意免除內部上訴。我們無需同意您請求免除內部上訴的要求；或
 - 您在申請加急內部上訴的同時提出了外部上訴；或
 - 我們未能遵守效用評估理賠流程要求（但不會對您產生影響或傷害的輕微違規、我們表示該項違規是出於善意或因為超出我們控制的原因造成的，以及您和我們之間誠信持續交換資訊期間發生的違規除外）。

B. 您對於服務非醫療所必需之判決的上訴權

如果我們基於無醫療上必要的理由否決承保，且您已符合上述「A」段規定的外部申訴條件，您可向外部申訴代理人提出申訴。

C. 您對服務是實驗性質或研究性質的裁決提出上訴的權利

如果我們基於該服務屬於試驗或臨床研究治療性質（包括罕見疾病的臨床試驗及治療）的理由否決承保，您必須符合上述「A」段的兩 (2) 項規定要求，並且您的主治醫師必須證明您的病況或疾病屬於：

1. 標準健康服務為無效或醫療上不合適的；或
2. 在承保範圍內尚無更有益的標準服務或程序；或
3. 存在臨床研究或罕見疾病治療方法（按照法律規定）。

此外，您的主治醫師必須建議以下其中一項：

1. 由兩 (2) 項醫療和科學證據文件所證明，與任何標準承保服務相較之下對您較有益的服務、程序或治療（我們僅認定特定文件能夠佐證此建議 – 您的主治醫師應與州相關機構聯絡，以取得目前哪些文件為可接受的文件）；或
2. 您符合資格參與的臨床試驗（我們僅認定特定臨床試驗）；或
3. 就治療罕見疾病時，與要求的服務相比，您的主治醫師證明尚無標準治療方法會對您產生更多的醫療效益，而您要求的服務可能會對治療您的罕見疾病更有利，且益處大於服務所帶來

的風險。此外，您的主治醫師必須證明，您的病況現在或之前屬於國家健康罕見疾病臨床研究網絡研究院的研究範圍內，或屬於每年影響 200,000 名以下美國公民的罕見疾病。

對於本節所述目的，您的主治醫師必須是一位持照、委員會認證或委員會許可的醫師，具有在適合治療您病況或疾病之領域的執業資格。此外，在罕見疾病治療過程中，主治醫師可能不一定是您的主治醫師。

D. 您就網絡外服務之判定的上訴權利

如果我們因為網絡外的治療服務與現有的網絡內服務無重大區別而否決承保，並且您符合上述外部上訴「A」段的兩 (2) 項要求，並且您已就網絡外治療提出預授權請求，您則可以向外部上訴代理人提出上訴。

此外，您的主治醫師必須證明，網絡外的服務與另行建議的網絡內健康服務具有重大的區別，並且根據兩 (2) 份現有的醫療及科研證據文件顯示，網絡外服務能夠比網絡內治療具有更大的臨床醫療效益，並且所要求的健康服務之不良風險不會比替代的網絡內健康服務大幅增加。

對於本節所述目的，您的主治醫師必須是一位持照、委員會認證或委員會許可的醫師，具有在適合治療您的健康服務領域的執業資格。

E. 向非參與計劃提供者提出網絡外授權申請遭拒的上訴權利

如果我們因為判定已擁有合適訓練及經驗、能夠滿足您特定健康護理需求，且能提供您所要求的健康護理服務參與計劃提供者，而否決了承保向非參與計劃提供者授權的申請，並且您符合上述「A」段關於外部申訴的兩 (2) 項要求，您則可以向外部上訴代理人提出上訴。

此外，您的主治醫師必須：證明我們建議的參與計劃提供者並不具備滿足您的特定健康護理需求的合適訓練及經驗；並推薦一位具備合適的訓練及經驗，可滿足您的特定健康護理需求的非參與計劃提供者，且該提供者能夠提供您所要求的健康護理服務。

對於本節所述目的，您的主治醫師必須是一位持照、委員會認證或委員會許可的醫師，具有在適合治療您的健康服務領域的執業資格。

F. 您就處方藥一覽表例外處理申請遭拒的上訴權利

在處方藥一覽表例外處理流程期間，如果我們否決您就非處方藥一覽表的醫師處方用藥申請的承保要求，您、您的指定人或開立處方的健康照護者則可向外部申訴代理人提出處方藥一覽表例外處理遭拒情況的上訴。如需瞭解有關處方藥一覽表例外處理流程的詳情，請參閱本合約的「醫師處方用藥承保」一節。

G. 外部上訴程序

在收到最終負面判定或取得內部上訴流程豁免後您有四 (4) 個月可以提出外部上訴書面申請。如果您根據我們未能符合理賠流程要求而提出外部上訴，您可在出現此等有違請求的情況發生後的四 (4) 個月內提出外部上訴書面申請。

我們將會在發出最終負面判定 (透過計劃內部上訴程序) 或計劃內部上訴豁免書時一併提供外部上訴申請表。您也可以向紐約州金融服務局索取外部上訴申請表，電話是 1-800-400-8882。請將填妥的申請表寄至申請表上指明的紐約州金融服務局地址。若您符合外部上訴的條件，州政府會將申請轉給認證的外部上訴代理人。

其他文件可以連同外部上訴申請一併提交。若外部上訴代理人判定您提交的資訊與計劃作出負面判定所依據的資訊有顯著差異，則外部上訴代理人將與計劃分享該資訊，使其得以行使其重新審議其決定的權利。若計劃選擇執行此權利，則計劃將有三 (3) 個工作日可修改或確認其決定。請注意，若是加急外部上訴 (如以下說明)，計劃並無權重新審議計劃決定。

一般而言，外部上訴代理人必須在收到您完整的申請表後 30 天內做出決定。外部上訴代理人可以向您、您的醫師或計劃要求額外的資訊。若外部上訴代理人要求額外資訊，將需要五 (5) 個工作日做出決定。外部上訴代理人必須在兩 (2) 個工作日內以書面方式通知您其決定。

如果您的主治醫師證明若延遲提供遭否決的服務，可能會對您的健康產生即時或嚴重的威脅；或您的主治醫師證明，標準外部上訴時間限制會嚴重危害您的生命、健康或恢復最大程度功能的能力；或您已接受急症服務，但尚未從醫療機構出院，而該否決與入院、護理的可用性 or 持續住院相關，您可提出加急外部上訴申請。在這樣的情況下，外部上訴代理人必須在收到您填妥之申請表的 72 小時內做出決定。外部上訴代理人做出決定後，必須試圖以電話或傳真立即通知您和我們。外部上訴代理人必須以書面方式通知您該上訴決定。

如您的內部處方藥一覽表例外處理申請要求透過我們的處方藥一覽表例外處理流程取得標準審核，外部上訴代理人必須對您的外部上訴作出決定，並且在收到您填妥的申請表後的 72 小時內電話通知您或您的指定人以及開立處方的健康護理專業人員。外部上訴代理人將在作出決定後的兩 (2) 個工作日內以書面形式通知您或您的指定人員，以及開立處方的健康照護者。如果外部上訴代理人駁回了我們的否決意見，我們將會承保您正在使用的醫師處方用藥 (包括續配藥物)。

如果您的內部處方藥一覽表例外處理申請要求透過我們的處方藥一覽表例外處理流程取得簡易審查，外部上訴代理人必須對您的外部上訴作出決定，並在收到您填妥的申請表後的 24 小時內電話通知您或您的指定人以及開立處方的健康照護者。外部上訴代理人將在作出決定後的兩 (2) 個工作日內以書面形式通知您或您的指定人員，以及開立處方的健康照護者。如果外部上訴代理人駁回了我們的否決意見，我們將會承保您因患有有可能嚴重危害您的生命、健康或恢復最大程度功能的能力而需要使用的醫師處方用藥，或在目前治療過程中所需使用的未列於處方藥一覽表的處方藥。

New York Essential Plan 2 投保人合約

若外部上訴代理人駁回計劃「服務無醫療必要性」的決定，或是核准實驗性或臨床研究或網絡外治療的承保，則我們將根據本合約的其他條款與條件提供承保。請注意，若外部上訴代理人核准屬於臨床試驗之實驗性或研究性治療的承保，則我們將根據試驗的設計，僅提供您所需治療的服務費用。我們不承擔臨床研究性藥物或裝置的費用、非健康護理服務的費用、管理研究費用，亦不承保此類臨床試驗提供但不受本合約對非研究性治療所承保的費用。

您和我們都必須遵守外部上訴代理人的決定。外部上訴代理人的決定可由任何法院程序採納。

H. 您的義務

您須自行啟動外部上訴程序。您可以透過填寫完整的申請表給紐約州金融服務局，以啟動外部上訴程序。您可指派一名代理人協助您進行申請；但金融服務部可能會與您聯絡，並要求您書面確認您已指派了該代理人。

根據紐約州法律，填妥後的外部上訴申請必須在您收到最終負面判定，或您收到任何內部上訴書面豁免決定，或我們未能遵守理賠流程要求之日的四 (4) 個月內提出。我們無權延長該截止日期。

第 XXII 節 終止承保

本合約可因以下原因而終止：

A. 本合約自動終止

本合約將在以下情形下自動終止：

1. 當您去世時。
2. 當您年滿 65 歲，您的承保福利將在您年滿 65 歲當月月底或符合 Medicare 資格的當月月底終止（以較早者為準）。
3. 當您符合 Medicaid 資格或加入 Medicaid 計劃時，您的保險承保將在您被判定為符合 Medicaid 資格的月底終止。若您因懷孕或處於產後十二個月的保險期內而符合醫療補助資格，本合約不得自動終止。如果您懷孕了，家庭收入低於聯邦貧困線 223%，且想選擇參加註冊醫療補助而非基本計劃，您應聯絡 NYSOH。
4. 當您由於移民身份變化而符合其他承保計劃資格（包括 Medicaid），您的承保範圍將在您被判定為符合 Medicaid 資格當月月底終止。
5. 當您透過紐約州健保購買市場加入其他保險計劃時。
6. 當您已投保可負擔的雇主贊助健康保險時。

B. 您終止

您可隨時終止本合約，但必須提前至少 14 天書面通知紐約州衛生局。

C. 我們終止

我們可在以下情況下，提前 30 天發出書面通知而終止本合約：

1. 對重要事實欺詐或故意不實陳述。
在您的登記申請時，或為了獲得某項服務的承保而做出構成欺詐的行為，或以書面形式對重要事實進行故意的不實陳述，此合約將在紐約州衛生署向您發出書面通知時立即終止。然而，如果您在登記申請表上作出書面的故意不實陳述，且此等不實陳述會導致計劃否決簽發本合約以及隨附在本合約的申請表，我們將解除本合約。解除是指終止您的承保福利後，並在自簽發本合約後最長一（1）年內具有可追溯效力。
2. 如果您不再生活或居住在我們的服務區域。
3. 因為我們停止提供本合約所屬的承保類別，該日即為本合約終止日，而不論本合約的理賠經歷或健康相關狀態如何。我們將提前 90 天向您發出書面通知。
4. 因我們在本州的個別市場終止或停止提供所有醫院、手術以及醫療費用的承保，該日即為本合約終止日。我們將提前 180 天向您發出書面通知。

在此等終止合約前提出的投保福利理賠權利不會受合約終止影響。

有關您轉投其他獨立合約的權利，請見本合約「合約終止後轉投新合約的權利」一節。

第 XXIII 節 軍隊人員的暫停權

如果您，即投保人，是美國軍隊的預備役成員（包括國民警衛隊），則在以下情形下，您有權在服役期間暫停承保，並在服役完畢後恢復承保：

1. 總統獲授權命令預備役人員服役，並出於聯邦政府的要求以及為聯邦政府提供便利，而在此期間延長您的兵役期限；以及
2. 服役期限不超過五 (5) 年。

您必須向我們提出書面要求，以便在服役期間暫停承保。

服役完畢後，您的承保福利將在以下情形下恢復：

向我們提交書面申請

對於服役期間被暫停的承保福利，承保福利生效之日將可追溯至服役終止之日。

第 XXIV 節 一般條款

1. 我們及參與計劃提供者之間的協議

我們及參與計劃提供者之間的協議僅可由我們或提供者終止。本合約不強求任何提供者接收投保人成為其病人。我們不保證投保人能被任何參與計劃提供者或任何健康投保福利計劃所接受。

2. 轉讓

您不可基於福利給付或請求計劃文件遭拒而將本合約項下的任何投保福利或合法索賠轉讓給任何人士、企業或其他組織，惟轉讓對象為依據《紐約州公共衛生法》第30條獲許可、且提供本合約「救護車及院前緊急醫療服務」條款所述服務之非參與計畫提供者者不在此限。您基於福利給付或請求計劃文件遭拒而轉讓任何投保福利或合法索賠的行為將屬無效且無法執行。

轉讓是指將您取得本合約所提供之服務或您就這些服務從我們收取款項的權利，或您基於福利給付或請求計劃文件遭拒而提起訴訟的權利轉移給其他人、公司或其他組織。本段任何部份均不影響您在適用法律許可範圍內指派指定人或代表的權利。

3.合約變更

我們會在在本合約續約時單方面更新合約內容，但會提前 60 天向您發出書面通知。

4.管轄法律

本合約將受紐約州法律管轄。

5.書寫錯誤

關於本協議，或其他由我們簽發與合約有關的其他文件，或所保存與合約承保福利有關的記錄之書寫錯誤，不論是您或我們造成的，將不會更改或廢止承保福利、另行有效執行或另行有效終止而繼續承保的投保福利。

6.合法性

本合約的任何條款如與紐約州法律或其他相關聯邦法律相左，將根據紐約州法律規定提出的額外要求修改，直至條款符合該法律的最低要求。

7.投保福利限制的延續

本合約的部分投保福利可能受特定的就診次數限制。承保年內，如您的承保狀態發生變化，您將無權獲得任何額外的投保福利。例如，您的承保終止，並在同年的稍後時間登記投保該產品。

8.完整協議

本合約，包括任何批註、附加條款以及隨附的申請表(如有)將構成完整的合約條款。

9.欺詐及濫用帳單

為偵測欺詐及濫用帳單，我們特設有理賠付款前及理賠後評估流程。如果會員向非參與計劃提供者尋求的服務因為有足夠理由相信存在欺詐或其他故意失當或濫用帳單性質而無法繳付，該差額費用可能會計入非參與計劃提供者提供的帳單。

10.資料提供及審計

您應及時向我們提供所有我們可能不時向您索取的資料及記錄，以履行我們在本合約項下的義務。您必須就以下原因透過電話向我們提供資料：讓我們得以判定您所需要的護理級別；以便我們證明由您的醫師授權的護理；或作出與您的護理有否醫療必要性的相關決定。

11.身分識別卡

身分識別(「ID」)卡是由我們頒發，僅用於身分識別的卡。擁有 ID 卡並不代表您有權享用本合約項下的服務或投保福利。

12. 不可抗辯條款

除非本合約已隨附此等申請或完全相同的副本，否則您在申請表中作出關於本合約項下承保範圍的陳述不會令合約失效，也不會用於任何法律程序之中。本合約簽發之日起的兩(2)年後，除了您為了獲得承保福利而在申請表中作出欺詐性不實陳述之外，不可使用任何不實陳述來作廢合約或否決理賠。

13. 獨立承包商

參與計劃提供者均為獨立承包商。此等提供者並非我們的代理商或僱員。我們及我們的員工並非任何參與計劃提供者的代理人或僱員。對於您聲稱在接受任何參與計劃提供者的服務，或在任何參與計劃提供者設施內受傷所引起或與之相關的理賠或損傷索賠請求，我們概不負責。

14. 對計劃政策的制定提供意見

您可參與制定計劃政策的過程，並將您的建議郵寄至：

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

15. 資料獲取途徑

我們將為您提供 ID 卡、合約、附加條款以及其他必要的資料。

16. 您的健康計劃詳情

您可就本合約項下的承保福利索取其他資訊。

我們將按照您的要求提供以下資訊：

- 我們的董事會董事、管理人員及會員的姓名、營業地址、正式職位之清單；以及我們最近認證的年度財務報表，包括資產負債表、收款及補助款項匯總
- 向州提供與我們的消費者申訴有關的資料
- 我們對投保人資料保密的程序副本
- 我們的一份處方藥一覽表。您還可查詢特定藥物是否在本合約的承保範圍內
- 一份有關我們品質保證計劃的書面說明
- 我們的一份與臨床試驗中的實驗或臨床研究藥物、醫療器材或治療相關的醫療政策
- 提供者隸屬的參與合作醫院
- 我們的臨床評估標準，以及在適當情況下，我們就特定疾病、治療過程或效用評估指引相關的其他臨床資料
- 書面申請程序以及對提供者的最低資格要求
- 包含據此合約有關醫療/手術福利與精神健康或藥物濫用成癮治療福利之流程、策略、證據標準、和其他用以實施治療限制之因素的文件

17.通知

我們會將本合約項下的通知寄送至計劃記錄上顯示的地址，或者如果您同意傳送電子資料，將以電子形式傳送。如選擇傳送電子版通知，您還可要求我們寄送一份通知。您同意在地址變更時向我們發出通知。如果您要向我們發出任何通知，請以預付郵資的第一類美國郵遞郵件寄送至您 ID 卡上的地址。

18.回收超額付款

有時，計劃會在您未被承保，服務不在承保範圍內的情況下，向您支付款項或者付款超出適當的金額的情況。若有此情況發生，我們會向您解釋原因，而您必須在收到我們通知後的 60 天之內退還超額付款。原有付款若超過 24 個月，我們將不會啟動回收超額付款程序，除非我們有足夠理由相信該款項具有欺詐或屬於其他蓄意失當行為。

19.續約日期

本合約的續約日期為本合約生效之日後滿 12 個月之日。如果您仍符合本合約項下的投保資格，本合約將在每年的續約日期當日自動續約，但本合約允許的範圍內另行終止的情況除外。

20.制定指引及行政規定的權利

為詳細說明我們是否會根據本合約項下付費，我們可制定或採用相關的詳細說明標準。標準使用的範例是為了確定：醫院的住院護理是否有醫療必要性；手術是否有治療您的疾病或傷患的醫療必要性；或特定服務是否為專業的護理服務。此等標準不會與本合約的描述矛盾。如果您對適用於特定投保福利的標準存在疑問，您可與我們聯絡，我們將向您講解標準內容，或向您寄送一份標準。此外，我們將針對投保及其他行政管理事務相關事項制定行政管理規章。我們擁有實施與本合約行政管理相關的一切必需或合適的權力。

21.欠款抵扣權

如果我們向您或代表您本人作出錯誤的理賠款，或您在我們帳上有任何欠款，您必須償還所欠款項。除了法律另行規定的情況之外，如果我們在需要支付其他理賠款時存在有欠款，我們有權從您的該筆款項中扣除您欠我們的款項。

22.服務標誌

UHCNY, Inc. 是一間根據《紐約保險法》規定成立的獨立公司。此外，UHCNY, Inc. 以 UHCNY, Inc. 執照經營業務，該執照允許 UHCNY, Inc. 在部分紐約州地區使用 UHCNY, Inc. 服務標誌。UHCNY, Inc. 並非 UHCNY, Inc. 的代理人，且 UHCNY, Inc. 是本協議項下義務的唯一責任人。

23.可分割性

本合約任何無法實施或無效的條款均不會影響本合約其他條款的有效性及其可實施性。

24.重大情況變更

如因為超出計劃控制範圍外的事件使我們無法安排本合約項下的承保服務，我們會盡力提供替代安排。此類事件應包括重大災害、流行疾病、全部或部分設施損毀、騷亂、民間叛亂、參與計劃提供者

New York Essential Plan 2 投保人合約

其很大一部分的人員功能癱瘓或類似原因。我們將作出合理的努力安排承保服務。我們及我們的參與計劃提供者如果因為此等事件所致的此等無法提供承保福利或延遲提供，我們將不負責此等延遲或無法提供或安排承保服務的後果。

25. 代位索償及費用補助

當其他一方(包括任何保險人)須對您的傷患、疾病或其他病況負責，或可追責為責任方，且我們已經提供與該傷患、疾病或病況相關的投保福利時，則適用以下條款。在相關州法律允許的情況下，除非被聯邦法律取代，我們可將對此等一方的(包括您自己的承保人)根據本合約項下提供的權益擁有一切代位索償權。代位索償是指，有權在獨立於您本人的情況下，向其他一方直接索償，以追回我們已提供的投保福利。

根據相關的州法律，除非已由聯邦法律所取代，我們有權補助與我們提供投保福利相關的傷患、疾病或病況相關的款項，前提是您或任何代表您本人已從擔責方(包括您自己的承保人)收取任何庭外和解、法庭判定或保險收益的款項。根據《紐約一般義務法》第 5-335 條規定，當原告與被告達成庭外和解時，我們的追索權將不適用，除非存在法定的補助權。法律也規定，進入和解時，應視為您沒有採取任何不利於我們權利的行動或違反您與我們之間的任何合約。法律明確假定，您和責任方之間的庭外和解不包括我們提供投保福利的健康護理服務費用的任何補償款項。

我們要求您在向任何一方發出書面通知的 30 天之內通知我們，包括保險公司或律師，以便就傷患、疾病或病況而由我們提供的投保福利，對恢復損傷或獲得補償而對理賠申請進行追償或調查。您必須提供我們或我們的代表所要求的所有資料，包括但不限於填妥並提交任何我們可能合理要求的申請表、其他表格或陳述。

26. 第三方受益人

本合約並未旨在指定任何第三方受益人，本合約的任何條款不會將本合約項下任何性質或以任何理由的權利、權益或補償授予除您本人或我們以外的任何人員或實體；任何其他第三方不得實施合約的條款，或不可因我們或您的履約或未能履行本合約條款而引起的後果而尋求補償，或以違反本合約任何條款為由提起違約訴訟。

27. 起訴時間

在根據本合約要求提交書面理賠資料後的 60 天期滿之日前，不可向我們提出法律或衡平法訴訟。您必須在理賠所需提交之日起的兩 (2) 年內，根據本協議提起訴訟。

28. 翻譯服務

根據本合約可為不使用英語的投保人免費提供翻譯服務。請致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711** 以取得該等服務。

29. 法律訴訟地

如本合約出現爭議，必須提交至紐約州內的法庭審理解決。您同意不在其他地方的法庭對我們提起訴訟。此外，您同意紐約州法庭對您本人擁有人事司法管轄權。換而言之，如果在此等法庭提起的訴訟進入適當的審理程序，法庭可指令您對我們提起的控訴進行辯護。

30. 豁免條款

任何由任一方就本合約任何條款提出的豁免，不會構成違反隨後對同一條款以及其他條款的豁免。未能行使本合約項下的條款並不構成對此等權利的豁免。

31. 合約變更人

本合約未經計劃的執行長（「CEO」）；營運長（「COO」）；總裁或由 CEO、COO、總裁指定的人員書面同意並簽字，不得進行修改、修正或變更。除非經 CEO、COO、總裁或由 CEO、COO、總裁指定的人員書面同意並簽字，否則任何僱員、代理或其他人員無權解讀、修訂、修改或以其他方式更改本合約，擴大或限制承保範圍，或病況的資格、投保登記或參與方式。

32. 因本合約收到付款的對象

本合約項下由參與計劃提供者提供的服務付款，將由我們直接向提供者支付。如果您從非參與計畫提供者取得急診護理服務，包括急診部護理後住院服務、空中救護服務和意外醫療帳單，我們會直接支付該醫療護理提供者。

對於入院前急診醫療服務、急診陸上和水上救護運輸以及非急診救護車交通服務，如果您將福利轉讓給根據《紐約州公共衛生法》第 30 條規定獲許可的非參與計畫提供者，我們會直接支付非參與計畫提供者。若您未將福利轉讓予根據《紐約州公共衛生法》第 30 條獲許可的非參與計畫提供者，我們將同時向您與該非參與計畫提供者支付費用。

33. 不受影響的勞工補償

本合約項下提供的承保範圍不會替代，亦不會影響勞工補償保險或法律要求的承保範圍。

34. 您的醫療記錄及報告

為根據本合約提供承保福利，我們可能需要從主要提供者處獲得您的醫療記錄以及資料。我們提供承保的行動包括處理您的理賠、檢閱有關您護理的申訴、上訴或投訴，及對您的護理進行品質保證審查，具體根據特定投訴或隨機選取個案的例行稽核而定。接受本合約規定的承保範圍（但州或聯邦法律禁止的除外）即表示，您自動給予我們或我們的指定人許可，供我們為該等目的取得及使用您的醫療紀錄，且您授權每個提供服務給您的提供者：

- 將所有與您的護理、治療以及身體狀況相關的所有事實披露給我們，或披露給我們聘請來協助我們評估治療或理賠申請，或與護理申訴或品質評估相關的醫療、牙科或精神健康專業人員；
- 將與您的護理、治療及身體狀況相關的報告提供給我們，或提供給我們可能聘請來協助我們評估治療或理賠的醫療、牙科或精神健康專業人士；及
- 允許我們複製您的醫療記錄。

我們同意根據州及聯邦保密要求存留您的醫療資料。然而，在州或聯邦法律允許的範圍內，您將自動許可我們與紐約州衛生署、其他獲授權的聯邦、州及當地有權管轄 Essential Plan 的機構、品質監督組織，以及我們聘請來協助我們管理本合約的第三方分享您的資料，前提是這些機構也同意根據州及聯邦保密要求存留資料。如果您想取消您授予的資料披露許可，您可致電 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711** 與我們聯絡。

35. 您的權利和責任

身為會員，您在接受健康護理時既有權利也有責任。身為您的健康護理夥伴，我們希望確保為您提供健康福利時您的權利得到尊重。您有權要求醫師或其他提供者以您能合理瞭解的詞語，獲得與診斷、治療及預後相關的完整和及時的資料。如果不宜向您提供此等資訊，資訊將提供給代表您行事的合適人士。

您有權從醫師或其他提供者接收所需的資訊，以便在開始任何程序或治療之前給出您的知情同意。

您有權決在法律允許的範圍內拒絕治療，並得知此等行為的醫療後果。

您有權制定與您的護理有關的預先指令。

您有權向我們的參與計劃提供者就醫。

身為會員，您也應當主動參與到您的護理中。我們鼓勵您：

- 瞭您的健康問題，並且配合您的提供者制定出雙方皆合意的治療計劃；
- 遵從您和醫生或提供者商定的治療計劃；
- 向我們、您的醫生和其他提供者提供必要資訊以便您獲得所需的護理及您在合約項下有資格獲得的全部福利。這可能包括除了我們為您承保的福利之外，您另外享有其他健康保險福利的資訊；以及
- 如果您改名或您合約上列出的地址有變動，將其通知給紐約州健康保險購買市場。

第 XXV 節

UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN 福利表*詳情請參閱合約的「投保福利說明」

除與急症護理相關的服務之外，非參與計劃提供者的任何服務不予承保。您須全額支付由非參與計劃提供者執行的服務（與急症護理相關的病案除外）。

分攤費用	Essential Plan 2
自付扣除金 • 個人	\$0
自付限額 • 個人 自付限額由自付額、共同保險及共付額組成，且會根據計劃年度而累計。	\$200
診所門診 * 若主要診斷為精神健康或物質使用障礙，承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準，以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。	
主要護理門診就診 (或居家就診)	\$0 在診間透過遠距醫療
專科醫生門診就診 (或居家就診)	\$0 在診間透過遠距醫療
預防護理 * 若主要診斷為精神健康或物質使用障礙，承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準，以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。	
成人年度身體檢查*	全額承保
成人免疫接種*	全額承保
預防護理 (續)	
例行婦科服務/婦科檢查*	全額承保
乳房 X 光篩檢*	全額承保

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
為檢測乳癌而進行的乳房 X 光、篩檢與診斷顯影	全額承保
輸精管切除術	請參閱「手術服務」一節
骨質密度測試*	全額承保
攝護腺癌篩檢	全額承保
結腸癌篩檢	全額承保
USPSTF 及 HRSA 要求的所有其他預防服務	全額承保
*當預防服務未按 USPSTF 及 HRSA 支持的綜合性指導原則提供時	對合適服務使用費用分攤 (主要護理門診就診; 專家門診就診; 診斷放射服務; 實驗室程序及診斷檢查)
急診護理 * 若主要診斷為精神健康或物質使用障礙, 承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準, 以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。	
入院前急症醫療服務 (救護車服務)	\$0
非急症救護車服務 需預授權	\$0
急診護理 (續)	
急診室 若住院則豁免共付額	\$0

分攤費用	Essential Plan 2
緊急護理中心 網絡外急症救護需獲得預授權;須轉介	\$0 在診間透過遠距醫療
專業服務及門診護理 * 若主要診斷為精神健康或物質使用障礙,承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準,以符合《2008年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA)之規定。	
進階成像服務 <ul style="list-style-type: none"> • 在獨立放射設施或診室進行 • 在專家診室進行 • 按門診醫院服務進行 需預授權	\$0 \$0 \$0
過敏測試和治療 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 	\$0 \$0
流動手術中心設施費	\$0
麻醉服務(所有設施)	全額承保
心肺康復 <ul style="list-style-type: none"> • 在專家診室進行 • 按門診醫院服務進行 • 按住院醫院服務進行 	\$0 \$0 已包含在住院醫院服務的費用分攤部分

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
化療與免疫療法 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 • 按門診醫院服務進行 • 在家進行 • 化療與免疫療法藥物 	\$0 \$0 \$0 \$0 \$0
脊椎護理服務	\$0
臨床試驗 需預授權	對合適服務使用費用分攤
診斷測試 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 • 按門診醫院服務進行 	\$0 \$0 \$0
透析 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在獨立中心或專家診室進行 • 按門診醫院服務進行 	\$0 \$0 \$0

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
<ul style="list-style-type: none"> • 在家進行 非參與計劃的提供者進行的透析每日曆年度限 10 次就診。請參閱福利說明以了解更多資訊。	\$0
療育服務 (物理治療、職業治療或語言治療) 此次就診限制不適用於精神健康病況或物質使用失調的療育服務。	\$0 終身每種病況就診 60 次;每個計劃年度合併治療
居家健康護理 每個計劃年度可就診 40 次 此次看診限制不適用於精神健康病況或物質使用失調的家庭健康護理。 需預授權	\$0
不孕症服務 需預授權	相關服務使用費用分攤 (門診就診;診斷放射服務;手術、實驗室及診斷程序)
輸注治療 <ul style="list-style-type: none"> • 用藥 <ul style="list-style-type: none"> - 在 PCP 診室進行 - 在專科醫生診室進行 - 按門診醫院服務進行 - 居家輸注治療 (居家輸注算入居家健康護理門診次數限制) 	\$0 \$0 \$0 \$0

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
- 輸注治療藥物 需預授權	\$0
住院醫療就診	每次入院 \$0 美元
終止妊娠 • 墮胎服務	全額承保
化驗程序 • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 • 在獨立實驗室機構進行 • 按門診醫院服務進行	\$0 \$0 \$0 \$0
婦產及新生兒護理 • 產前護理 • 住院醫院服務和生育中心若母親提早出院，不需支付分攤費用，而獲承保一 (1) 次居家護理就診 • 接生醫師及助產士服務 • 承保哺乳期間的哺乳支持、諮詢與用品，包括吸乳器	\$0 \$0 \$0 \$0

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
<ul style="list-style-type: none"> • 產後護理 超過 \$500 的吸乳器需預先授權;住院服務	\$0
門診醫院手術設施費	\$0
入院前檢查	\$0
在診室或門診機構施用醫師處方用藥 <ul style="list-style-type: none"> • 用藥 <ul style="list-style-type: none"> - 在 PCP 診室進行 - 在專科醫生診室進行 - 在門診設施進行 - 醫師處方用藥費用分攤 特定藥物需預先授權。請參閱您的計畫首選藥物清單。	\$0 \$0 \$0 \$0
診斷放射服務 <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 • 在獨立放射設施進行 • 按門診醫院服務進行 	\$0 \$0 \$0 \$0

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
<p>放射線治療服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在專家診室進行 • 在獨立放射設施進行 • 按門診醫院服務進行 <p>需預授權</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>復健服務 (物理治療、職業治療或語言治療)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在 PCP 診室進行 • 在專家診室進行 • 在門診設施執行 <p>需預授權</p>	<p>終身每種病況就診 60 次；每個計劃年度合併治療</p> <p>此次限制不適用於精神健康病況或物質使用失調的復健服務。</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>僅承保住院或手術後進行的語言治療及物理治療</p>
<p>對癌症診斷、手術及其他項目的二次鑒別</p>	<p>\$0</p>
<p>手術服務 (包括口腔手術、乳房再造手術；其他再造及矯正手術；移植)</p> <p>所有移植都必須在指定的卓越中心進行</p>	

分攤費用	Essential Plan 2
專業服務及門診護理 (續)	
• 住院醫院手術	\$0
• 門診醫院手術	\$0
• 在流動手術中心進行的外科手術	\$0
• 診室手術	\$0
需預授權	
其他投保福利、設備及裝置 * 若主要診斷為精神健康或物質使用障礙，承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準，以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。	
糖尿病醫療設備、用品及自主管理教育	
• 零售糖尿病設備和用品以及胰島素 (30 天；最多 90 天藥量)	\$0
• 糖尿病教育	\$0
耐用醫療設備和支架	
需預授權	
外部助聽器	
• 處方助聽器 (單件購買 - 每三 (3) 年一次)	\$0 必須事先授權
• 非處方助聽器 (單件購買 - 每三 (3) 年一次)	\$0
耳蝸移植	
(承保一次一 (1) 隻耳朵)	
需預授權	

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
其他投保福利、設備及裝置 (續)	
<p>安寧護理</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住院患者 • 門診患者 <p>每個計劃年度 210 天 針對家庭喪親關懷諮詢五 (5) 次就診</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>醫療用品</p> <p>需預授權</p>	<p>\$0</p>
<p>義體裝置</p> <ul style="list-style-type: none"> • 終身每個肢體— (1) 個肢體義肢裝置, 承保修理和替換。 • 內部義體 <p>需預授權</p>	<p>\$0</p> <p>已包含在住院醫院費用分攤的一部分</p>
<p>住院服務</p> <p>* 若主要診斷為精神健康或藥物濫用, 承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準, 以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。</p>	
<p>持續監護的住院服務 (包括乳房切除護理住院、心肺復健, 以及臨終關懷)</p> <p>需預先授權。然而, 急症入院無需預授權。</p>	<p>\$0</p>

分攤費用	Essential Plan 2
住院服務 (續)	
自體血庫服務	\$0
留院觀察 若是從門診手術直接轉至留院觀察,則可免除共付額	\$0
專業護理設施 (包括心肺復健) 每個計劃年度 200 天 此次看診限制不適用於精神健康病況或藥物濫用的專業護理設施。 每次直接從住院醫院診室轉至專業護理設施,免除共付額 需預授權	\$0
住院療育服務 (物理治療、語言治療及職業治療) 需預授權	\$0 每計劃年度 60 天之組合治療 此就診限制不適用於精神健康病況或物質使用失調的住院療育服務。
住院復健服務 (物理治療、語言治療及職業治療) 需預授權	\$0 每計劃年度 60 天之組合治療 此次限制不適用於精神健康病況或物質使用失調的住院復健服務。

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
精神健康和藥物濫用服務	
在醫院或住宿設施連續住院的住院精神健康護理 需預先授權。然而，急症入院無需預授權。	\$0
精神健康門診護理 (包括部分住院及密集門診計劃服務) <ul style="list-style-type: none"> • 門診就診 • 所有其他門診服務 • 於 OMH 許可、認證或以其他方式授權之設施所提供之門診服務 • 所有其他門診服務 	\$0 在診間透過遠距醫療 \$0 在診間透過遠距醫療 \$0 在診間透過遠距醫療 \$0 在診間透過遠距醫療
行動危機服務 需預授權	\$0 需預授權
自閉症 ABA 治療 在診間透過遠距醫療 需預授權	\$0 在診間透過遠距醫療
治療自閉症所需的輔助溝通裝置 需預授權	\$0
藥物濫用住院服務 (在醫院持續監護) (包括住宿治療) 需預先授權。不過，緊急住院或經 OASAS 持照、認證或其他授權的參與設施 不需事先授權。	\$0

分攤費用	Essential Plan 2
精神健康和藥物濫用服務 (續)	
<p>藥物濫用門診服務 (包括部份住院、密集門診計劃服務、及用藥協助治療)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 門診就診 • 所有其他門診服務 • 鴉片類藥物治療計劃 • 所有其他門診服務 <p>需預先授權。不過，參加的設施若已獲得 OASAS 的執照、認證或其他授權，則不需事先授權。</p>	<p>\$0 在診間透過遠距醫療</p> <p>\$0 在診間透過遠距醫療</p> <p>\$0 在診間透過遠距醫療</p> <p>\$0 在診間透過遠距醫療</p> <p>\$0 在診間透過遠距醫療</p>
<p>處方配藥</p> <p>某些醫師處方用藥根據 HRSA 支持的全面指導原則提供，或者如果該項目或服務具有 USPSTF 的「A」或「B」評級並可在參與計畫的藥房獲取，則不受費用分攤約束。</p> <p>* 若主要診斷為精神健康或藥物濫用，承保服務的費用分攤可能低於下列所列費用分攤標準，以符合《2008 年精神健康平等與成癮治療公平法案》(MHPAEA) 之規定。</p>	
<p>零售藥房 30 天藥量</p> <p>第一層次</p> <p>第二層次</p> <p>第三層次</p>	<p>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p> <p>每個計劃年度 epinephrine 自動注射器裝置的分攤費用不超過 \$100</p>
<p>用於治療或預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 或愛滋病 (AIDS) 的承保抗逆轉錄病毒處方藥，以及用於治療藥物濫用的處方藥，包括控制和/或穩定鴉片戒斷症狀之處方藥及鴉片服用過量解毒劑，均不需事先授權。</p>	

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
處方藥 (續)	
郵購藥房 最多 90 天藥量	
第一層次	\$2.50
第二層次	\$7.50
第三層次	\$7.50
郵購藥房分攤費用將適用於在零售網絡藥房取得且同意支付與郵購藥房相同補償金額的處方配藥。	每個計劃年度 epinephrine 自動注射器裝置的分攤費用不超過 \$100
腸內營養配方	
第一層次	\$1
第二層次	\$3
第三層次	\$3
健身項目福利	
健身會籍 由 One Pass 提供	免費 One Pass 會員資格
運動獎勵	每計畫年度最多 200 美元， 在 6 個月期間參加 50 次看診後，每 6 個月期間有益健康食物 / 非處方 (Over-the-Counter, OTC) 資助額 \$100。 運動獎勵金將於發放後 6 個月到期失效。
有益健康食物 / 非處方 (OTC) 資助額	每季資助額 \$100 在本季結束時到期失效
健康活動獎勵	
乳癌篩檢	\$25 / 日曆年度 1 次乳癌篩檢，50 至 74 歲女性

分攤費用	Essential Plan 2
健康活動獎勵 (續)	
流感疫苗	\$15 / 日曆年度
腎臟健康評估 戒菸	\$15 / 日曆年度 完成兩項腎功能測試： • 預估腎絲球濾過率 (eGFR) • 尿液白蛋白肌酸酐比值 (uACR) 檢測 \$25 / 日曆年度 • 購買戒菸藥物處方，或 • 與主治醫生 (PCP) 進行諮詢療程，或 • 兩者
糖尿病糖化血色素 (HbA1C) 控制	\$20 / 日曆年度 A1c 水平 9 以下
控制高血壓	\$20 / 日曆年度 醫生診所的血壓低於 140/90
子宮頸癌篩檢 (21-64 歲)	\$25 / 日曆年度
大腸直腸癌篩檢 (45-75 歲)	\$25 / 日曆年度
糖尿病眼科檢查	\$25 / 日曆年度 散瞳眼底檢查
氣喘藥物比例	\$25 / 日曆年度 領取氣喘控制藥物處方的頻率至少比救援藥物高 2 倍
完成 3 項活動的額外獎勵	\$25 / 日曆年度
年度保健看診	\$25 / 日曆年度
孕婦 / 嬰兒信用額 提供者: Solutran	12 個月可享有一次 \$150 的資助額 (自預定分娩日期起計)

New York Essential Plan 2 投保人合約

分攤費用	Essential Plan 2
牙科及眼科護理	
牙科護理 <ul style="list-style-type: none"> • 預防牙科護理 • 例行牙科護理 • 主要牙科(牙髓照護、牙周病照護、以及假牙修復) <ul style="list-style-type: none"> - 每六(6)個月期間一(1)次牙科檢查及清潔 - 每隔36個月一次全口腔X光或全景X光檢查;每六(6)至十二(12)個月一次咬翼X光檢查 牙齒矯正及主要牙科需預授權	\$0 \$0 \$0
視覺護理 <ul style="list-style-type: none"> • 檢查 • 鏡片及鏡框 • 隱形鏡片 每計劃年度一(1)次檢查,除非有其他醫療必要性 每計劃年度一(1)副處方鏡片和鏡框,除非有其他醫學必要性 隱形鏡片需預授權	\$0 \$0 \$0

所有網絡內預授權要求均須由您的參與計劃提供者辦理。您不會因為參與計劃提供者未能取得要求的預授權而受到處罰。但是,如服務不在本合約的承保範圍,您將承擔全額服務費用。

請致電 **1-866-265-1893**, 聽障專線 (TTY) **711** 與我們聯絡, 或瀏覽我們的網站 member.uhc.com/communityplan, 查詢有關您收到主要診斷為精神健康或物質使用失調的承保服務時需負擔的財務責任資訊。

語言協助

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893, TTY 711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-265-1893, TTY 711.	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-265-1893, TTY 711。	Chinese
1-866-265-1893, ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم .TTY 711	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-265-1893, TTY 711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-265-1893, TTY 711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-265-1893, TTY 711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-265-1893, TTY 711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-265-1893, TTY 711.	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. 1-866-265-1893, TTY 711 .	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-265-1893, TTY 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-265-1893, TTY 711.	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-265-1893, TTY 711 -এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-265-1893, TTY 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-265-1893, TTY 711.	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-265-1893, TTY 711	Urdu

此頁為空白頁。

此頁為空白頁。

我們在此協助您

別忘了，我們隨時可以回答您的任何問題。您僅需致電會員服務部，電話 **1-866-265-1893**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8 時至下午 6 時。您也可以瀏覽我們的網站 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，聽障專線 (TTY)**711**

