



An **Anthem** Company

# Essential Plan 3

# 認購者合約

New York



---

An Anthem Company

# Essential Plan 3

保戶合約

New York

這是您的

## **ESSENTIAL PLAN 合約**

簽發者

### **EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS**

這是由 Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 核發的 Essential Plan 保險承保的個人合約。本合約連同所附之福利明細，申請表和任何修正條款或修改本合約條款的附則，構成您與我們之間的整個協議。

您有權利退回本合約。請仔細查看。如果您不滿意，可以將本合約退還給我們，並要求我們將其取消。您的請求必須在您收到合約之日起 10 天內以書面形式提出。我們會將任何已支付的保費償付，包括任何簽約費用或其他費用。

#### **可續約性**

本合約的續約日期為自保險承保生效日期起 12 個月。本合約將在每年的續約日期自動續約，除非我們以本合約允許的方式，或是您在 30 天前以書面通知我們將其終止。

#### **網絡內福利。**

本合約僅承保網絡內福利。要取得網絡內的福利，您必須僅從我們服務區域內的 Empire 網絡內參與提供者和參與藥房取得服務。本合約所承保的醫療保健（包括住院治療）必須由您的初級保健提供者 (PCP) 提供、安排或事先授權，並在需要時由我們核准。除了治療本合約**急診服務和緊急護理**章節中說明的緊急狀況之服務以外，欲取得本合約內的福利，您必須在取得服務之前與您的 PCP 聯絡。除了治療本合約**急診服務和緊急護理**章節中說明的急診或緊急狀況之外，您將需負責支付由非參與提供者提供治療的所有醫療費用。

**請仔細閱完整合約。其中說明了團體合同內可以享有的福利。您有責任了解本合約中的條款和條件。**

本合約受 New York 州法律的約束。

謹致問候。

Michael Hofer

總裁

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

**[empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)**

服務由 HealthPlus HP, LLC 提供，該公司是 Blue Cross Blue Shield Association 的持牌人，是由多個獨立 Blue Cross and Blue Shield 計劃組成的協會。

## 目錄

第 I 節 - 定義.....	5
第 II 節 - 您的承保如何運作 .....	11
第 III 節 - 獲得護理和過渡護理.....	19
第 IV 節 - 費用分攤之費用和允許金額.....	22
第 V 節 - 誰可受承保 .....	24
第 VI 節 - 預防性護理.....	25
第 VII 節 - 救護車和住院前急診醫療服務 .....	29
第 VIII 節 - 急診服務和緊急護理.....	31
第 IX 節 - 門診和專業服務.....	34
第 X 節 - 額外福利、設備和裝置 .....	43
第 XI 節 - 住院醫療服務.....	48
第 XII 節 - 精神健康護理和物質使濫用服務 .....	52
第 XIII 節 - 處方藥承保.....	56
第 XIV 節 - 保健福利.....	69
第 XV 節 - 疾病管理計劃 .....	74
第 XVI 節 - 針對某些 ESSENTIAL PLAN 保戶的額外福利.....	77
第 XVII 節 - 排除與限制項目 .....	80
第 XVIII 節 - 理賠決定.....	84
第 XIX 節 - 申訴程序.....	86
第 XX 節 - 利用審查 .....	88
第 XXI 節 - 外部上訴.....	96
第 XXII 節 - 終止承保 .....	101

第 XXIII 節 - 武装部隊成員臨時暫停權..... 103

第 XXIV 節 - 一般規定..... 104

HIPAA 隱私政策通知..... 113

第 XXV 節 - EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS 福利明細..... 122

## 第 I 節 - 定義

**急性：**疾病或受傷的發生，或保戶狀況的變化需要及時接受治療。

**允許金額：**根據承保服務，我們支付的最高金額。有關如何計算允許金額的說明，請參閱本合約**費用分攤之費用和允許金額**的章節。

**門診手術中心：**目前由相關州管理機構授予執照的機構，以門診的方式提供外科和相關醫療服務。

**上訴：**請求我們複審使用審查決定或申訴。

**差額收費：**非參與提供者向您收取之非參與提供者費用和允許金額之間的差額。參與提供者不能向您收取承保的服務的差額。

**合約：**本合約由 Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 核發，其中包括福利明細和任何附帶的附則。

**共同保險：**您為承保的服務應分攤的費用，按照您需要向醫療服務提供者支付的服務之允許金額的百分比計算。金額可能因承保的服務的類型而異。

**共付額：**當您取得服務時，您為承保的服務直接支付給醫療服務提供者的固定金額。金額可能因承保的服務的類型而異。

**費用分攤：**您必須為承保服務支付的金額，以共付額和/或共同保險表示。

**承保、承保範圍或承保的服務：**我們根據本合約的條款和條件為您支付、安排或核准具醫療必需性的服務。

**耐用醫療設備 (DME)：**耐用醫療設備是：

- 設計並打算重複使用。
- 主要且通常用於醫療的目的。
- 一般而言，對於沒有疾病或受傷的人沒有用處。
- 適合在家裡使用。

**急診狀況：**由急性嚴重的症狀表現出來的醫療或行為狀況，包括劇烈疼痛，一個具有一般健康和醫學常識的謹慎的普通人，可以合理地預料到缺乏立即的醫療照護可能會有以下後果：

- 嚴重危及有如此狀況患者的健康（如果是孕婦，則指準媽媽或未出生胎兒的健康）；如為行為狀況，則嚴重危及患者或其他人的健康。
- 嚴重損害患者的身體功能。
- 對患者的身體器官或部位造成嚴重功能障礙。
- 對患者造成嚴重的殘疾。

**急診科護理：**您在醫院急診科取得的急診服務。

**急診服務：**進行醫療篩查，包括急診科經常提供的輔助服務，以評估這種緊急狀況，屬於醫院急診科的能力範圍；穩定患者所需的進一步醫療檢查和治療，在醫院工作人員和設施的能力範圍內進行。「穩定」是在急診狀況時提供可能必要的治療，以確保在合理的醫療概率下；患者從機構轉移期間或者接生新生兒（包括胎盤）時，不會導致或發生病情的重大惡化。

**排除項目：**我們不支付或承保的醫療保健服務。

**外部上訴代理人：**經 New York 州金融服務署認證的實體，依照 New York 州法律進行外部上訴。

**機構：**依據 New York 《公共衛生法》第 36 條獲得認證或持證的醫院、門診手術中心、生育中心、透析中心、康復機構、專業護理設施、臨終關懷機構、家庭健康機構或家庭護理服務機構，國家癌症中心機構（我們服務區域內經衛生部門許可的指定癌症中心）；依據 New York 《精神衛生法案》第 30 條規定的飲食障礙綜合護理中心，以及 New York 《精神衛生法案》第 1.03 中定義，且經 New York 州成癮服務及支援辦公室認證，或經 New York 《公共衛生法》第 28 條認證的機構（或在其他州，類似的持證或經認證的機構）。如果您在 New York 州以外接受藥物使用失調治療，機構還包括經聯合委員會認證，可提供藥物使用失調治療計劃的機構。

**聯邦貧困線 (FPL)：**美國衛生與公眾服務部每年發布的收入衡量標準。聯邦貧困線用於決定您對某些計劃和福利的資格，包括 Essential Plan，每年會更新一次。



**申訴：**您向我們提出的不涉及使用審查決定的投訴。

**康復服務：**幫助個人持續學習，或提高日常生活的技能和功能的醫療保健服務。康復服務包含限制和殘疾的管理，包括有助於維持或防止生理、認知或行為功能惡化的服務或方案。這些服務由物理治療、職能治療及言語治療組成。

**醫療保健專業人員：**經相關許可、註冊或認證之醫生、牙醫、驗光師、脊椎按摩師、心理醫生、社會工作者、足病醫生、物理治療師、職業治療師、助產士、言語病理學家、聽力學家、藥劑師、行為分析師、護士執業者；或任何其他 New York 州保險法要求根據 New York 教育法（或其他同類的州法律，如果適用）第 8 章認可，向患者收取承保服務費用之經許可、註冊或認證的醫療保健專業人員。醫療保健專業人員的服務必須在該類醫療服務提供者執業的合法範圍內提供，以便在本合約之下予以承保。

**家庭健康機構：**目前由 New York 州或其所在的州認證或核發執照，經營和提供家庭醫療保健服務的組織。

**臨終關懷護理：**由依據 New York 州《公共衛生法》第 40 條，或臨終關懷組織所在州的類似認證程序所認證的臨終關懷組織，為疾病末期最後階段的患者及其家屬提供慰藉和支援的照護。

**醫院：**一所短期、急性、綜合醫院：

- 主要由醫生或在其持續監督下為患者提供診斷和治療服務，以診斷、治療和護理受傷或生病的患者。
- 有數個醫學部門的組織並執行重大手術。
- 要求每個病人必須在一位醫生或牙醫之下治療。
- 在註冊的專業護士 (R.N.) 或由其監督下提供 24 小時護理服務。
- 若位於 New York 州，有適用於所有的患者，滿足 42 U.S.C. 第 1395x(k) 小節的標準，實行中的住院治療評估計劃。
- 由負責核發此類醫院執照的機構正式授予執照。
- 除了偶然發生之外，不是一個休息的地方，主要是治療結核病、老年人、有毒癮者、酗酒者，或是康復期病人、監護、教育或康復服務的地方。

醫院並非療養場所、水療機構或學校或校園的醫務室。

**住院：**在醫院中的治療，需要住院，且通常需要過夜。

**醫院門診護理：**在醫院中的治療，通常不需要過夜。

**合法居留移民：**「合法居留」一詞包括移民有以下身分者：

- 沒有等待期的「合格非公民」移民身份。
- 人道主義狀況或情況（包括臨時保護身分、特別移民少年身分、庇護申請人、禁止酷刑公約、人口販運受害者）。
- 有效的非移民簽證。
- 其他法律賦予的合法身分（臨時居民身分、合法移民家庭平權法案 (LIFE Act)、「家庭團聚移民」的個人）。要查看符合資格的移民身份之完整列表，請瀏覽網站 [healthcare.gov/immigrants/immigration-status](http://healthcare.gov/immigrants/immigration-status) 或致電 NY State of Health，電話：855-355-5777。

**具醫療必要性：**有關定義，請參閱本合約**您的承保如何運作**章節。

**Medicare：**經修訂的社會安全法案第 18 章。

**網絡：**我們與之簽訂合約為您提供醫療保健服務的提供者。

**NY State of Health (NYSOH)：**New York State of Health 是官方健康計劃的市場。NYSOH 是一個個人、家庭和小企業可以瞭解有關其健康保險選擇的健康保險市場；您根據費用、福利及其他重要特色進行計劃的比較，並根據收入申請及享有保費和費用分攤的財務幫助，進而選擇一個計劃並註冊參保保險。NYSOH 也會幫助符合資格的消費者註冊參保其他計劃，包括 Medicaid、Child Health Plus 和 Essential Plan。

**非參與提供者：**沒有與我們簽訂合約為您提供醫療保健服務的提供者。非參與提供者的服務僅在急診服務或緊急醫療，或者在我們授權的情況下予以承保。

**自付費用限額：**我們開始支付承保的服務允許金額的 100% 之前，您在計劃年度內對費用分攤要支付的最高費用。此限額絕不包括您的保費，差額收費或我們不承保的醫療保健服務費用。

**參與提供者：**與我們簽訂合約為您提供醫療保健服務的提供者。參與提供者及其地點的列表可在我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 查詢或可向我們索取。我們將會不時修改此清單。

**醫生或醫生服務：**一位有持證的醫生（MD — 醫生）或 DO（骨科醫生）提供或協調的醫療保健服務。

**計劃年度：**自合約生效日期或之後的任何週年日期起的 12 個月期間，在此期間合約是有效的。

**預先授權：**在您取得承保的服務、手術、治療計劃、裝置設備或處方藥物之前，我們認為承保的服務服務、手術、治療計劃、裝置設備或處方藥物是具醫療必要性所做的決定。我們在本合約的**福利明細**章節中指出哪些承保的服務需要預先授權。

**保費：**必須為您的醫療保險承保支付的金額。

**處方藥：**美國食品及藥物管理局 (FDA) 核准的藥物、產品或裝置，在聯邦或州法律之下，僅能依據處方單或再領取進行配發，並在我們的處方藥一覽表中。處方藥物包括由於其特性，適合自我給藥或由非專業護理員給藥的藥物。

**初級保健提供者 (PCP)：**參與本計劃的護士執業者或醫療服務提供者，通常是內科或家庭醫療服務提供者，並直接為您提供或協調一系列醫療保健服務。

**提供者：**依州法律規定獲得許可、註冊、認證或認可的醫生、醫療保健專業人員或機構。醫療服務提供者還包括糖尿病設備和用品、耐用醫療設備、醫療用品或任何其他設備或用品，包括在本合約之下根據州法律要求獲得許可、註冊、認證或認可的供應商或分銷商。

**轉診：**從一個參與提供者授予另一個參與提供者（通常從 PCP 到參與本計劃的專科醫生）的授權，以便為保戶安排額外的醫療保健。您的醫療服務提供者可以填寫紙本預先授權表格，借其傳達預先授權。預先授權並不是必需的，但為了您可以對本合約**福利明細**章節列出的某些服務，支付較低的費用分攤金額時，則需要它。

**康復服務：**可以幫助因生病、受傷或殘疾而使日常生活能力喪失或受損的個人保持、恢復或改善技能和功能的醫療保健服務。這些服務包括在住院和/或門診環境提供的物理治療、職能治療以及言語治療。

**福利明細：**本合約的此章節說明共付額、共保額、自付費用限額自、預先授權要求以及承保服務的其他限制。

**服務區域：**由我們指定並由 New York 州核准、我們提供保險承保的地理區域。我們的服務區域包括：Bronx、Delaware、Dutchess、Kings、Nassau、New York、Orange、Putnam、Queens、Richmond、Rockland、Suffolk、Sullivan、Ulster 和 Westchester 縣。

**專業護理設施：**機構或機構獨特的部分：

- 目前根據州或當地法律持證或經過核准。
- 主要從事提供專業護理和相關服務，作為聯合委員會或美國整骨療法協會醫院管理局核准的專業護理設施、長期護理設施或護理設施，或作為 Medicare 下的專業護理設施，或作為其他由我們決定以符合任何這些機構標準的機構。

**專科醫生：**專注於特定醫學領域或患者群來診斷、管理、預防或治療某些類型的症狀和疾病的醫療服務提供者。

**保戶：**獲發給此合約的人士。每當保戶需要依據申訴或急診科住院或就診的規定提供通知時，保戶亦指保戶的指定人士。

**UCR (通常、慣常及合理)：**一個地理區域支付的醫療服務金額是依據該地區的醫療服務提供者通常為相同或相似的醫療服務收取的金額為基準。

**緊急護理：**針對嚴重程度足以使正常人士立即尋求治療但未嚴重至需要急診科護理的疾病、受傷或疾病提供的醫療護理。緊急護理可以在醫療服務提供者的辦公室或緊急醫療中心提供。

**緊急醫療中心：**除醫院以外提供緊急醫療的持證機構。

**我們、我們的：**Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 以及任何根據本合約我們合法授權代表我們工作的人。

**利用審查：**用於判定服務是否是具醫療必要性，或是實驗性或研究性（例如，稀有疾病的治療或臨床試驗）的審查。

**您、您的：**保戶。

## 第 II 節 - 您的承保如何運作

### A. 本合約下您的承保範圍

您已參保 Essential Plan。我們將向您提供本合約中說明的福利。您應該將此合約與您其他的重要文件一起保存，以供將來參考。

### B. 承保的服務

根據本合約的條款和條件，只有在符合下列情況時，您才能得到承保的服務：

- 具醫療必要性
- 由參與提供者提供
- 列作承保服務
- 未超出本合約**福利明細**一節中所述的任何福利限制
- 在您的合約生效時獲取

當您在我們的服務區域之外時，承保範圍僅限於急診服務、住院前急救醫療服務和救護車服務，以處理您的急診狀況。

### C. 參與提供者：

要了解醫療服務提供者是否是參與提供者，您可以執行以下之一：

- 查詢我們的醫療服務提供者名冊，您可以要求我們提供。
- 請致電 800-300-8181 (TTY 711)。
- 造訪我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)。

提供者目錄將為您提供有關我們參與提供者的以下資訊：

- 姓名/名稱、地址和電話號碼
- 專科
- 委員會認證 (若適用)
- 所講的語言
- 參與提供者是否接受新患者

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

- 該提供者在我們的線上提供者目錄中被列為參與提供者；
- 截至發布之日，我們將提供者列為參與提供者的紙質版提供者目錄不正確；
- 我們向您發出書面通知，告知該提供者是參與提供者，以回覆您透過電話索取有關提供者的網絡狀態資訊；或者
- 在您電話索取網絡狀態資訊後的一 (1) 個工作日內，我們不會向您提供書面通知。

在這些情況下，如果提供者向您收取的帳單費用超出了您的[網絡內]費用分攤金額並且您支付了帳單，則您有權從提供者那裡取得償付以及利息。

#### **D. 初級保健提供者的角色**

這個合約有一個把關者，通常被稱為初級保健提供者 (PCP)。雖然我們鼓勵您從 PCP 取得健康服務，但在接受專科醫生治療之前，您不需要 PCP 的書面轉診。您可以從 Essential Plan 中的 PCP 列表中選擇任何參與本計劃的 PCP。在某些情況下，您可以指定專科醫生做為您的 PCP。關於指定專科醫生的詳細資訊，請參閱本合約的**獲得護理及過渡護理**一節。要選擇 PCP，請登入 [Empireblue.com/nyessentialplan](https://www.empireblue.com/nyessentialplan) 的安全帳戶或致電會員服務部電話 800-300-8181 (TTY 711)。如果您未選擇 PCP，我們將為您指派一位。

就費用分攤而言，如果您從具有綜合醫學、家庭醫學、內科、兒科和婦產科/婦科 (OB/GYN) 以外的主要或次要專業的 PCP (或醫療服務提供者代替 PCP) 尋求服務，當提供的服務與專科護理有關時，您必須支付本合約**福利明細**中的專科診室就診費用分攤。

#### **E. 無需 PCP 轉診介紹的服務**

您的 PCP 負責根據您的醫療保健需求決定最合適的治療。無需 PCP 的轉診介紹，您可至參與提供者處取得下列服務：

- 從合格之參與提供者處取得主要和預防性產科和婦科服務，這些服務包括年度檢查、年度檢查所衍生的醫療保健、急性婦科病症的治療或任何與妊娠有關的醫療保健
- 急診服務
- 住院前急診醫療服務和緊急救護車運輸
- 緊急護理
- 脊椎推拿服務
- 門診精神健康治療

- 門診藥物濫用戒除服務
- 門診康復服務 ( 物理治療、職能治療或或言語治療 )
- 門診康復服務 ( 物理治療、職能治療或或言語治療 )
- 門診精神健康治療
- 驗光師的屈光視力檢查
- 眼科醫生的糖尿病視力檢查
- 居家健康護理
- 放射診斷科服務
- 實驗室程序

但是，參與提供者必須：

- 與您的 PCP 討論服務和治療計劃。
- 同意遵守我們的政策和程序，包括涉及轉診或轉診該參與提供者提供的產科和婦科服務以外之服務的程序。
- 同意依照我們核准的治療計劃 ( 如果有 ) 提供服務。

有關需要轉診的服務，請參閱本合約的**福利明細**章節。

#### **F. 獲取提供者服務和更換提供者**

有時，我們提供者目錄中的提供者無法提供服務。在通知我們您選擇的 PCP 之前，您應該致電 PCP，以確定他或她接受新患者。

要前往醫療服務提供者處看診，請致電他或她的辦公室，告知醫療服務提供者您是 Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 會員，並解釋您要看診的原因。準備好您的 ID 卡。醫療服務提供者的辦公室可能會詢問您的會員 ID 號碼。當您去醫療服務提供者的辦公室時，請帶上您的 ID 卡。

要在正常工作時間之後聯絡您的提供者，請致電提供者辦公室。您將被轉接至您的提供商、提供如何獲取服務說明的答錄機或其他提供者。如果您遇到急診狀況，請前往最近的醫院急診科立即就醫，或撥打 911。

您可以在您與 PCP 首次約診之後的第一個 30 天內致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡會員服務部更換您的 PCP。之後，您可以每六個月無條件更換一次 PCP，倘若您有合理理由，可更為頻繁地進行更換。您還可更換 PCP 轉介的婦產科/婦科醫生或專科醫生。

如果我們在您所居住的縣或周邊縣內在核准的時間和距離標準之內沒有某些提供者類型的參與提供者，我們將核准轉診到特定的非參與提供者，直到您不再需要護理為止，或者直到我們的網絡內有符合時間和距離標準的參與提供者，並且您的護理已轉移到該參與提供者。由非參與提供者提供的承保服務，將會如同由參與提供者提供一樣的被支付。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。

### **G. 網絡外服務**

非參與提供者的服務不予承保，除非為治療您的緊急情況的急診服務和住院前急救醫療服務以及救護車服務，或在本合約中明確予以承保。

### **H. 需要取得預先授權的服務**

在您收到某些承保的服務之前，我們需要進行預先授權。您的 PCP 負責對本合約福利明細中列出的網絡內服務提出預先授權申請。

### **I. 預先授權程序**

如果您希望獲得需要預先授權的服務承保，您的提供者必須致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們。

您的醫療服務提供者必須聯絡我們，以請求預先授權如下：

- 您的醫療服務提供者建議住院治療時，在計劃入院或手術的至少兩週前。如果不可能，那麼請在入院之前的正常營業時間內合理可能的盡快聯繫。
- 您的醫療服務提供者建議在醫院門診手術單位或門診手術中心進行外科手術或手術時，在非住院手術或任何非住院護理的至少兩週前。如果不可能，那麼在外科手術或手術之前的正常營業時間內合理可能的盡快聯繫。
- 在妊娠的前三個月內，或合理可能的盡快聯繫，以及在實際分娩日期後 48 小時內，如果您陰道分娩的住院預期延長超過 48 小時，或剖腹生產的住院預期延長超過 96 小時。
- 在為非危急狀況提供空中救護服務之前。

在收到批准請求後，我們將審查您計劃治療的原因，並決定是否可以取得福利。標準將以多種來源為基礎，其中可能包括醫療政策、臨床指南、藥房和治療指南。



## **J. 醫療管理**

根據本合約，您可以取得的福利會受到服務前、同步和事後審查，以判定我們應在何時承保服務。這些審查的目的是透過審查程序的使用，以及在適當的情況下，審查提供服務的環境或地點，來促進具成本效益的醫療護理的提供。提供福利時，承保的服務必須具醫療必要性。

## **K. 醫療必要性**

只要醫療保健服務、手術、治療、檢測、裝置、處方藥物或用品（統稱為「服務」）具醫療必要性，我們就會承保本合約中所述的福利。提供者已提供、開方、訂購、建議或批准服務的事實並不能使其具醫療必要性，亦不意味著我們必須承保。

我們的決定可能根據以下內容的審查：

- 您的醫療記錄
- 我們的醫療政策和臨床指南
- 專業協會、同行審查委員會或其他醫療服務提供者團體的醫療意見
- 同行審查的醫學文獻報導
- 國家認可的健康護理組織出版的報告和指引，包括相關科學資料
- 對於診斷，護理或治療，在美國普遍得到認可之專業安全和有效性標準
- 醫療保健專業人員對普遍認可的醫療保健專科的看法
- 主治的醫療服務提供者之意見，具有可信度但不否決相反的意見

服務將被視為具醫療必要性，僅在：

- 該等服務就類型、頻率、程度、部位及持續時間而言屬臨床適宜，且被視為對治療您的身體不適、傷害或疾病有效。
- 它們是直接照顧和治療或者處理這種狀況所必需的。
- 如果沒有提供服務，您的狀況將受到不良影響。
- 它們是按照公認的醫學執業標準提供的。
- 該等服務並非主要為您、您的家人或提供者提供便利。
- 它們沒有比替代服務或一連串的服務費用更高，至少可能產生相同的治療或診斷結果。
- 當環境或服務的地點是審查的一部分時，如果服務可在費用較低的環境安全提供給您，在費用較高的環境執行服務則不是醫療上必要的。例如，如果手術可以在門診進

行，則我們不會提供住院手術的承保，或如果可以在醫療服務提供者辦公室或居家環境提供，則我們不會提供在醫院門診部門輸液或注射專科藥物的承保。

關於您針對我們作出的服務並非具醫療必要性的決定所享有的內部上訴及外部上訴的權利，請參閱本合約的**利用審查及外部上訴**等章節。

## L. 防止意外醫療帳單

**1. 意外醫療帳單。**意外醫療帳單是您在以下情況收到的承保的服務帳單：

- 對於非參與提供者在參與本計劃的醫院或門診手術中心提供的服務，當：
  - 在執行醫療保健服務時，參與提供者不能提供服務。
  - 非參與提供者在您不知情的情況下執行服務。
  - 在醫療保健服務執行時發生不可預見的醫療問題或服務。當有參與提供者可提供服務並且您選擇從非參與提供者處獲取服務時，意外醫療帳單不包括醫療保健服務帳單。
- 參與本計劃的醫生未經您的明確書面同意，認可預先授權是針對非參與提供者，而轉診一位非參與提供者，並可能導致我們不承保費用。對於意外醫療帳單而言，對非參與提供者的預先授權表示：
  - 承保的服務由非參與提供者在參與提供者辦公室，或在同一次門診時執行。
  - 參與本計劃的醫生將您在參與本計劃的醫生辦公室取出的檢體送到非參與本計劃的實驗室或病理學家。
  - 對於參與本計劃的醫生要求之非參與提供者提供的任何承保服務，根據您的合約需要取得預先授權。

如果您以書面形式向非參與提供者轉讓福利，那麼對於超出您的共付額、自付額或共保額的意外醫療帳單，您無需支付任何非參與提供者的費用。在這種情況下，非參與提供者可能只會向您收取您的共付額、自付額或共保額。

您可以在 [dfs.ny.gov](https://dfs.ny.gov) 上取得意外醫療帳單福利轉讓表格，也可以瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](https://empireblue.com/nyessentialplan) 以取得表格。您需要將福利轉讓表格的副本郵寄給我們（地址載於我們的網站及列印於您的 ID 卡上）以及您的提供者。

## 2. 獨立爭議解決流程

Empire 或醫療服務提供者皆可以向州指派的獨立爭議解決實體 (IDRE) 提交涉及意外醫

療帳單的爭議。透過填寫 IDRE 申請表提交爭議，該表格可以在 [dfs.ny.gov](https://dfs.ny.gov) 網站上找到。IDRE 將在收到爭議的 30 天內判定我們的付款或醫療服務提供者的收費是否合理。

#### **M. 使用遠程醫療提供承保服務**

遠程醫療是指，當您和您的醫療服務提供者位於不同的地點時，醫療服務提供者使用電子資訊和通訊技術，為您提供承保的服務。如果您的提供者使用遠程醫療提供承保服務，我們不會因為相關承保服務是透過遠程醫療提供而拒絕承保。使用遠程醫療提供的承保服務須視利用情況審查而定及質素保證要求以及本合約的其他條款和條件（該等條款和條件應至少與針對並非使用遠程醫療提供的相同服務的要求同等有利）。

#### **N. 案例管理**

案例管理有助於因嚴重、複雜和/或慢性健康狀況，而有醫療保健需求的會員協調服務。我們的計劃協調福利，並教育同意參與案例管理計劃的會員，以幫助滿足他們的健康相關需求。

我們的案例管理計劃是保密和自願性的。這些計劃不需要額外收取費用，也不會改變承保的服務。如果您符合計劃標準並同意參與，我們將幫助您滿足您確認的醫療保健需求。這是透過與您和/或您的授權代表、提供治療的提供者和其他醫療服務提供者的聯繫和團隊合作達成的。此外，我們可以協助協調現有的社區型計劃和服務，以滿足您的需求，其中可能包括提供有關外部機構和社區型計劃和服務的資訊給您。

在某些嚴重或慢性疾病或受傷的情況下，我們可能會透過案例管理計劃提供未列為承保服務的替代治療福利。我們還可能擴展承保的服務到超出本合約最大福利範圍。如果我們判定替代或擴展的福利符合您和我們的最佳利益，我們將根據個別的情況做出我們的決定。

本條規定不得阻止您提出對我們的決定之上訴。我們在一種情況下提供擴展的福利或核准替代治療的決定，並不表示我們有義務要再次向您或任何其他會員提供同樣的福利。我們保留在任何時候更改或停止提供擴展的福利或核准替代治療的權利。在這種情況下，我們將以書面形式通知您或您的代表。

## **O. 重要電話號碼和地址**

**會員服務部：800-300-8181 (TTY 711)**

會員服務部代表工作時間為東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點。

### **理賠**

請提交理賠申請表至以下地址：

Claims  
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus  
P.O. Box 61010  
Virginia Beach, VA 23466-1010

### **投訴、申訴及利用審查上訴**

請於東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點、週六上午 9 點至下午 5 點致電

800-300-8181 (TTY 711) 或寄送郵件至以下地址：

Medical Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

僅限加急上訴，傳真：866-495-8716

### **福利轉讓表格**

NYS Department of Financial Services  
Consumer Assistance Unit/IDR Process  
1 Commerce Plaza  
Albany, NY 12257

### **行為健康服務**

800-300-8181 (TTY 711)

我們的網站：[empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)

## 第 III 節 - 獲得護理和過渡護理

### A. 轉診至非參與提供者

如果我們判定我們沒有參與提供者具有適當的訓練和經驗來治療您的病況，我們將核准對合適的非參與提供者之預先授權。您參與提供者必須請求預先核准對特定非參與提供者之預先授權。對於非參與提供者之預先授權的批准不會為了您或另一位提供治療的醫療服務提供者之方便而進行，且並不一定是針對您請求的特定非參與提供者。如果我們核准預先授權，則由非參與提供者執行的所有服務都將遵照我們與您的 PCP、非參與提供者和您協商核准的治療計劃。由非參與提供者提供的承保服務，將會如同由參與提供者提供一樣的被支付。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。在預先授權未經核准的情況下，非參與提供者提供的任何服務將不被承保。

### B. 何時專科醫生可以成為您的初級保健提供者

如果您罹患威脅生命的疾病，或退化性和致殘疾病，或有長期需要專科護理的疾病，您可以要求有參與提供者之專科醫生成為您的 PCP。我們會諮詢專科醫生和您的 PCP，並判定專科醫生是否應該成為您的 PCP。任何預先授權都將根據我們與您的 PCP、專科醫生和您協商核准的治療計劃。除非我們判定我們的網絡內沒有適當的醫療服務提供者，否則我們不會核准非參與本計劃的專科醫生。如果我們核准非參與本計劃的專科醫生，由非參與本計劃的專科醫生根據核准的治療計劃提供的承保的服務，將如同由參與提供者提供一樣的被支付。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。

### C. 授予參與本計劃的專科醫生的長效預先授權

如果您需要持續的專科護理，您可能可以得到對參與提供者之專科醫生的「長效預先授權」。這表示每當您需要看到該專科醫生時，您不需要 PCP 提供新的轉診。我們將諮詢專科醫生和您的 PCP，並判定您是否應該得到長效預先授權。任何預先授權都將根據我們與您的 PCP、專科醫生和您協商核准的治療計劃。治療計劃可能會限制門診次數，或門診授權的期限，並可能要求專科醫生為您的 PCP 提供有關所提供的專科護理的定期更新以及所有必要的醫療資訊。除非我們判定我們的網絡內沒有適當的醫療服務提供者，否則我們不會核准對非參與本計劃的專科醫生之長效預先授權。如果我們核准對非參與本計劃的專科醫生之長效預先授權，由非參與本計劃的專科醫生根據核准的治療計劃提供的承保的服務，將如同由參與提供者提供一樣的被支付。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。

#### **D. 專科護理中心**

如果您罹患威脅生命的疾病，或退化性和致殘疾病，或有長期需要專科護理的疾病，您可以要求對於有治療您的病症或疾病專長的專科護理中心之預先授權。專科護理中心是一個州立機構、聯邦政府或國家衛生機構認證或指定的中心，具有治療您的疾病或病症的特殊專長。我們將諮詢您的 PCP、您的專科醫生和專科護理中心，以判定是否核准此類預先授權。任何預先授權都將根據專科護理中心製定，並經我們與您的 PCP 或專科醫生和您協商後核准的治療計劃。除非我們判定我們的網絡內沒有適當的專科護理中心，否則我們不會核准對非參與本計劃的專科護理中心之預先授權。如果我們核准對非參與本計劃的專科護理中心之預先授權，由非參與本計劃的專科護理中心根據核准的治療計劃提供的承保的服務，將如同由參與本計劃的專科護理中心提供一樣的被支付。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。

#### **E. 如果您的提供者離開網絡**

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

該提供者可接受在我們與該提供者的關係終止前生效的議定費用的支付。提供者還必須向我們提供與您的治療相關的必要醫療資訊，並遵守我們的政策和程序，包括確保護理品質、取得預先授權的政策和程序及我們核准的治療計劃。您將獲得承保的服務，如同該等服務是由參與提供者提供的一樣。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。請注意，若提供者是由於欺詐、對患者造成重大傷害或由州委員會或機構作出影響其執業能力的最終懲戒行動而被我們解僱，您將不能繼續接受該提供者的治療。

#### **F. 治療期間的新會員**

如果本合約的承保生效時，您正在接受非參與提供者之治療，從您在本合約下的承保生效日期起最多 60 天，您可以從非參與提供者那裡得到正在接受之承保的服務的治療。這種治療方式必須用於威脅生命的疾病或病症，或退化性和致殘疾病。如果本合約的保險承保生效時，您處於妊娠中期或妊娠晚期，您也可以繼續至非參與提供者處取得醫療服務。您可以繼續取得醫療服務直到分娩以及直接與分娩相關的產後檢查。

為了讓您繼續取得最多 60 天的承保服務或度過妊娠期，非參與提供者必須同意接受這些服務的費用。提供者還必須同意向我們提供與您的治療相關的必要醫療資訊，並遵守我們的政策和程序，包括確保護理品質、取得預先授權的政策和程序及我們核准的治療計劃。如果醫療服務提供者同意這些條件，您將獲得該承保的服務，如同它們是由參與提供者提供的一樣。您將僅負責任何適用的網絡內費用分攤。

## 第 IV 節 - 費用分攤之費用和允許金額

### A. 共付額

除非另有說明，否則您必須支付在本合約的**福利明細**中承保服務的共付額或固定金額。但是，如果一項服務的允許金額低於共付額，則您應負擔較少的金額。

### B. 共同保險

除非另有說明，否則您必須支付所承保的服務的允許金額的百分比。我們將支付本合約**福利明細**章節中所列之允許金額的剩餘百分比。

### C. 自付費用限額

當您達到本合約**福利明細**章節中列出計劃年度的費用分攤的自付費用限額時，在剩餘的計劃年度裡我們將為其餘部分提供承保服務允許金額的 100% 承保。

網絡外服務（但急診服務、我們核准為網絡內例外和網絡外透析服務的網絡外服務除外）的費用分攤不適用於您的網絡內自付費用限額。自掏腰包限額是以計劃年度為基礎計算的。

### D. 允許金額

「允許金額」是指在扣除任何適用的共付額或共同保險金額之前，我們將為本合約所承保的服務或用品支付的最高金額。我們依下列各項決定我們的允許金額：

允許金額將是我們與參與提供者協商的金額。

我們向參與提供者支付的款項可能包括財務獎勵，以幫助改善護理品質以及以具成本效益的方式促進承保的服務的提供。本財務獎勵計劃下的付款不做為向您提供的特定承保的服務的付款進行支付。您的費用分攤不會根據作為財務獎勵計劃的一部分已付給參與提供者或從其收到的任何金額而變化。

#### 1. 醫生給予的藥物

對於醫生給予的藥物，我們使用缺口法，此方法與 Medicare 及 Medicaid 服務中心使用的定價法類似，根據已公佈的採購費用或者平均批發價格制定藥物的費用。這些方法目前由 RJ Health Systems、Thomson Reuters（已在 Red Book 中發佈）、或我們在其他方法沒有



關於醫生給予的藥物可用的定價資料或者在支援向上調整至其他定價方法的特殊情況時，根據內部制定的藥物定價資源建立。

請參閱本合約**急診服務和緊急醫療**章節，以瞭解由非參與計劃的醫療服務提供者提供的急診服務的允許金額。請參閱本合約**救護車和住院前急診醫療服務**章節，以瞭解由非參與提供者提供的住院前急診醫療服務的允許金額。

## 第 V 節 - 誰可受承保

**A. 在本合約下誰可受承保。** 您，簽訂本合約的保戶在本合約之下可受承保。您必須住在或居住在我們的服務區域內以獲得本合約的承保。您的家庭收入必須為聯邦貧困程度的 138% 或以下，並且您必須為不符合 Medicaid 資格的合法居留移民。如果您已參保 Medicare 或 Medicaid 或可負擔的僱主贊助的健康保險，且未滿 21 歲、年滿 64 歲或者妊娠，您將不符合資格購買本合約。

您必須報告可能影響您全年資格的變化，包括是否妊娠。如果您在註冊本計劃時妊娠，您將有資格獲得 Medicaid。我們強烈鼓勵妊娠婦女參保 Medicaid，以確保新生兒從出生時就有不間斷的承保，因為新生兒不包括在 Essential Plan 承保之下。如果您過渡到 Medicaid，您的新生兒將自動從出生參保 Medicaid，而沒有承保缺口。

### **B. 承保類型**

Essential Plan 提供的唯一類型承保是個人承保，這表示只有您被承保。如果您家庭的其他成員也包括在 Essential Plan 之下，他們將收到個別的合約，如果適用，他們將有一個個別的保費。

### **C. 註冊參保**

您可以在一年的任何時間註冊本合約。如果您是透過 NYSOH 進行承保的新申請人，您的承保將從您選擇計劃的月份開始。例如，如果 NYSOH 在 2 月 18 日收到您的 Essential Plan 選擇，計劃的承保將從 2 月 1 日開始。在 2 月 1 日至 2 月 18 日期間收到的任何服務我們將會承保。如果您透過 NYSOH 在不同的方案或計劃下得到承保，並轉換到 Essential Plan，您的保險將在您選擇計劃後的月份開始。例如，如果您在 2016 年 2 月 19 日選擇 Essential Plan，您的保險將從 1 年 3 月 1 日開始生效。

## 第 VI 節 - 預防性護理

有關費用分攤要求、天數或就診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### 預防性護理

我們承保以下服務，以促進身體健康和早期發現疾病。由參與提供者提供時，預防性服務不受費用分攤（共付額或共同保險）的限制，並按照健康資源與服務管理局 (HRSA) 支持的綜合指南提供，或者如果項目或服務在美國預防服務工作組 (USPSTF) 具有「A」或「B」等級，或為免疫接種實踐諮詢委員會 (ACIP) 建議的免疫接種。然而，費用分攤可能適用於在同一次門診期間提供做為預防性服務之服務。另外，如果在醫生診室就診期間提供預防性服務，而預防性服務不是門診的主要目的，除此以外適用於診室就診的費用分攤仍然適用。您可以致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們，或者瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)，以獲取 HRSA 支持的綜合指南，USPSTF 具有「A」或「B」評級的項目或服務，以及 ACIP 建議的免疫接種。

#### A. 成人年度體檢

我們承保 HRSA 支持之綜合指南中的成人年度體檢及預防性護理服務和篩檢，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務。

USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務的例子包括但不限於，成人血壓篩查、肺癌篩查、結腸直腸癌篩查、酒精濫用篩查、憂鬱症篩查和糖尿病篩查。有關承保的預防性服務的完整列表可在我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 上獲取，或者應要求郵寄給您。

無論自上次身體檢查以來是否已經過了 365 天，您每一個日曆年都有資格進行一次身體檢查。視力篩查，不承保屈光檢查。

此福利根據 HRSA 支持之綜合指南，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務提供時，不需共付額或共同保險。

#### B. 成人免疫接種

我們依照 ACIP 的建議承保成人免疫接種。當依 ACIP 的建議提供時，此福利不受共保額或共保額的約束。

### **C. 女性健康檢查**

我們承保女性健康檢查，包括一般婦科檢查，乳房檢查和年度宮頸癌篩查，包括與評估宮頸癌篩查測試相關的實驗室和診斷性服務。我們也承保 HRSA 支持之綜合指南中的預防性護理服務和篩檢，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務。有關承保的預防性服務的完整列表可在我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 上獲取，或者應要求郵寄給您。此福利根據 HRSA 支持之綜合指南，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務（可能比上述較少）提供時不需共付額或共同保險。

### **D. 用於檢測乳癌的乳房 X 光檢查、篩查和診斷性影像攝影**

我們承保乳房 X 光檢查，該檢查會透過乳房斷層融合技術（即 3D 乳房 X 光檢查）提供，用於篩查乳癌，如下所述：

- 35 至 39 歲的會員，一次基線篩檢乳房 X 光檢查
- 40 歲及以上的會員，每年做一次篩檢乳房 X 光檢查

如果任何年齡的會員有乳癌病史，或一等親屬有乳癌病史，我們會按照會員的醫療服務提供者的建議承保乳房 X 光檢查。然而，在任何情況下，每個計劃年度都不會承保一個以上的預防性篩查。

用於篩檢乳癌的乳房 X 光檢查若由參與提供者提供，則不需共付額或共同保險。

我們還承保用於檢測乳癌的其他篩查和診斷性影像攝影，包括診斷性乳房超音波和 MRI。用於檢測乳癌的篩查和診斷性影像攝影，包括診斷性乳房 X 光檢查、乳房超音波和 MRI，若由參與提供者提供並且具醫療必要性，則不需共付額、自付額或共保額。

### **E. 計劃生育和生殖健康服務**

我們承保計劃生育服務，該服務包括提供者開立的經 FDA 核准的避孕方法（根據本合約的處方藥承保章節不予承保），在使用避孕用品和相關主題方面的患者教育和諮詢；與避孕方法有關的跟進服務，包括副作用管理，對持續依從性的諮詢以及避孕裝置植入和取出；以及女性絕育手術。此類服務若由參與提供者提供，則不需共付額或共同保險。

我們還承保輸精管結紮，需要共付額或共同保險。

我們不承保與選擇性結紮復通相關的服務。

## **F. 骨質密度測量或檢測**

我們承保骨質密度測量或檢測，以及 FDA 核准的處方藥物和裝置或副廠藥等效物做為核准的替代品。處方藥物的承保須符合本合約的**處方藥承保**章節。骨質密度測量或檢測、藥物或裝置應包括聯邦 Medicare 計劃承保的內容或符合美國國家衛生研究院標準的內容。如果您符合聯邦 Medicare 計劃的標準或美國國家衛生研究院的標準，或者如果您滿足以下任何條件，您將有資格獲得承保：

- 以前被診斷為患有骨質疏鬆症或具有骨質疏鬆症的家族病史
- 症狀或病症顯示有骨質疏鬆症或有罹病的重大風險
- 在處方藥物的治療上構成罹患骨質疏鬆症的重大風險
- 生活方式的因素在一定程度上構成骨質疏鬆症的重大風險
- 其年齡、性別和/或其他生理特徵表明存在重大的骨質疏鬆風險。

我們也承保 HRSA 支持之綜合指南中的骨質疏鬆篩查，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務。

此福利由參與提供者提供並根據 HRSA 支持之綜合指南，以及 USPSTF 「A」或「B」等級的項目或服務（可能不包括上述所有的服務如，藥物和裝置）提供時不需共付額或共保額。

## **G. 前列腺癌篩查**

我們承保年度標準診斷性檢查，包括但不限於數位直腸指檢和 50 歲及以上無症狀男性，和 40 歲及以上有前列腺癌家族病史或其他前列腺癌危險因素男性的前列腺特異性抗原檢測。我們還為任何年齡有前列腺癌病史男性承保標準診斷檢測，包括但不限於直腸指檢和前列腺特異性抗原測試。

此福利若由參與提供者提供，則不需共付額、自付額或共保額。

## **H. 國家糖尿病預防計劃 (NDPP)**

我們承保由疾病控制與預防中心 (CDC) 可的計劃針對存在患 2 型糖尿病風險的個人提供的糖尿病預防服務。該福利承保 12 個月內的 22 次團體培訓課程。如果您有醫生或其他持

證執業者的推薦，並且您年滿 18 歲、當前未妊娠、超重且之前未診斷出患有 1 型或 2 型糖尿病，並且您滿足以下條件之一，您可能符合資格獲得 NDPP 服務：

- 您在過去一年內的血液檢查結果處於糖尿病前期範圍內，或者
- 您之前被診斷患有妊娠期糖尿病，或者
- 您在 CDC/美國糖尿病協會 (ADA) 糖尿病前期風險測試中的得分為 5 分或更高。

## 第 VII 節 - 救護車和住院前急診醫療服務

有關費用分攤要求、天數或門診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。處理緊急情況的住院前急診醫療服務和救護車服務不需要預先授權。

### A. 緊急救護車運輸

#### 1. 住院前急診醫療服務

在世界各地處理緊急情況的住院前急診醫療服務若由救護車服務提供，則我們承保此類服務。

「住院前急診醫療服務」是指對緊急狀況和/或非空中運輸至醫院的迅速評估和處理。這些服務必須由根據 New York 公共衛生法持有核發證書的救護車服務提供。然而，我們將只承保此類救護車服務所提供之運送到醫院的運輸，當一個具有一般健康和醫學常識的人，可以合理地預料到缺乏這樣的運輸時會導致：

- 嚴重危及有如此狀況患者的健康（如果是孕婦，則指準媽媽或未出生胎兒的健康）；如為行為狀況，則嚴重危及患者或其他人的健康。
- 嚴重損害患者的身體功能。
- 對患者的身體器官或部位造成嚴重功能障礙。
- 對患者造成嚴重的殘疾。

救護車服務必須保護您免受傷害並且除了收取任何適用的共付額或共保額外，不得向您收取或尋求住院前急診醫療服務的償付。在沒有議定費率的情況下，我們將向非參與提供者支付住院前急診醫療服務的常規和慣例費用，該費用不得過高或不合理。住院前急診醫療服務的常規和慣例收費是第 80 個百分位數的 FAIR Health 費率或提供者的帳單費用中的較低者。

#### 2. 緊急救護車運輸

除了住院前急診服務之外，我們亦承保在世界各地的緊急救護車運輸，透過持證的救護車服務（地面、水上或空中救護服務）運送至最近的醫院，以便進行急診服務。若原機構沒有能力處理您的緊急情況，此保險承保包括運送至某一家醫院的緊急救護車運輸。

## **B. 非緊急救護車運輸**

我們承保設施之間的非緊急救護車運輸，透過持證的救護車服務（地面或空中救護服務，如適用），當運輸屬於以下任何一情況時：

- 從非參與本計劃的醫院到參與本計劃的醫院
- 運送至可提供原來的醫院無法提供的更高水平護理的醫院
- 到更具成本效益的急性護理設施
- 從急性護理設施到亞急性環境

## **C. 承保的限制/條款**

- 我們不承保出行或運輸費用（即使由醫療服務提供者開立），除非與緊急情況相關或由於我們核准的機構轉移所致。
- 我們不承保非救護車運輸，例如，輕型救護車、廂式貨車或出租車。
- 我們可提供對以下情況的與急診狀況有關或與非急診狀況有關的空中救護服務的承保：就您的醫療狀況而言，陸上救護車運輸不適宜；您的醫療狀況需要立即及快速的救護車運輸運送，而陸上救護車無法提供該載送服務；且滿足以下任一條件：
  - 陸上車輛無法接近起點。
  - 距離很遠或其他障礙（例如交通繁忙）阻礙您及時轉送到最近之有適當設施的醫院。



## 第 VIII 節 - 急診服務和緊急護理

有關費用分攤要求、天數或門診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 急診服務

我們承保在醫院治療緊急情況的急診服務。

我們定義「**急診狀況**」為：由急性嚴重的症狀表現出來的醫療或行為狀況，包括劇烈疼痛，一個具有一般健康和醫學常識的謹慎的普通人，可以合理地預料到缺乏立即的醫療照護可能會有以下後果：

- 嚴重危及有如此狀況患者的健康（如果是孕婦，則指準媽媽或未出生胎兒的健康）；如為行為狀況，則嚴重危及患者或其他人的健康。
- 嚴重損害患者的身體功能。
- 對患者的身體器官或部位造成嚴重功能障礙。
- 對患者造成嚴重的殘疾。

例如，緊急情況可以包括但不限於以下狀況：

- 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
- 急性疼痛或需要立即給予關注的疾病，如疑似心臟病發作或闌尾炎
- 中毒
- 抽搐

無論醫療服務提供者是否為參與提供者，都將提供您緊急情況下的急診服務之承保。我們還將承保全球的急診服務來治療您的緊急情況。但是，我們將僅承保具具醫療必要性並且為在醫院治療或穩定您的緊急情況而執行的急診服務和用品。

無論您的急診狀況發生時是否在我們的服務區域內，請依照以下說明進行：

### **1. 醫院急診科就診**

如果您需要緊急情況的治療時，請前往最近的醫院急診科立即就醫，或撥打 911。急診科治療不需要預先授權。但是，只有在急診科進行的用於治療急診狀況的急診服務可獲得承保。如果您不確定醫院急診科是否是最適合接受治療的地方，可以在尋求治療之前致電聯絡我們。我們的醫療管理協調員每週 7 天，24 小時全天候提供服務。您的協調員將引導您到醫院的急診科或其他適當的機構。

我們不承保在醫院急診科提供的後續護理或常規護理。您應該聯絡我們，以確保您獲得適當的後續護理。

### **2. 急診住院治療**

如果您住院，您或代表您的人士必須在您入院後 48 小時內（或若為週末，則在下一個工作日）或盡快透過本合約及您的 ID 卡上列示的電話號碼通知我們。

我們以網絡內費用分攤的方式承保非參與醫院急診科護理後的住院醫院服務。如果您的醫療狀況允許轉移到參與本計劃的醫院，我們將通知您並與您一起安排轉移。

### **3. 與急診服務之提供有關的付款**

我們將向參與提供者支付我們與參與提供者協定的急診服務金額。

我們向非參與提供者支付的急診服務的金額將是按 New York 州確定的 Medicaid 預設費率。

[我們與非參與提供者協定的急診服務金額][或][我們確定的急診服務合理金額][或][非參與提供者的費用]。[但是，[協定的金額][或][我們確定的合理金額]不會超出非參與提供者的費用。]

您有責任承擔任何網絡內費用分攤。對於任何超出您的網絡內費用分攤的非參與提供者費用，您將無需承擔該費用。非參與提供者可能只會向您收取網絡內費用分攤的金額。如果您從非參與提供者處收到的帳單金額超出了您的網絡內費用分攤，您應該聯絡我們。

### **B. 緊急護理**

緊急護理為嚴重程度足以使正常人士立即尋求治療但未嚴重至需要急診科護理的疾病、傷

害或狀況提供的醫療護理。緊急護理通常會在正常營業時間以外（包括晚上和週末）提供服務。如果您在正常營業時間以外（包括晚上、週末或節假日）需要護理服務，您有幾個選項。您可以致電您的提供者辦公室以獲取說明或前往緊急醫療中心就診。如果您有緊急情況，請前往最近的醫院急診科立即就醫，或撥打 911。緊急護理在我們的服務區域內予以承保。

1. **網絡內**我們承保參與提供者或參與本計劃的緊急醫療中心的緊急護理。您在就診之前或之後都無需聯絡我們。
2. **網絡外**我們承保在服務區域外非參與本計劃的緊急醫療中心或醫生提供的緊急護理。我們要求要預先授權。

**如果緊急護理導致急診入院，請依照上述急診入院治療指示進行。**

## 第 IX 節 - 門診和專業服務

有關費用分攤要求、天數或門診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 高級影像攝影服務

我們承保 PET 掃描、MRI、核醫學及 CAT 掃描。

### B. 過敏測試和治療

我們承保測試和評估，包括注射，刮搔和針刺測試，以判定是否存在過敏。我們還承保過敏治療，包括減敏治療、常規過敏注射和血清。

### C. 門診手術中心服務

我們承保在門診手術中心進行的外科手術，包括在手術當天由中心提供的服務和用品。

### D. 化療和免疫療法

我們承保在門診機構或醫療保健專業人員辦公室內的化療和免疫療法。化療和免疫療法可能透過注射或輸注的方式進行。對口服抗癌藥物根據本合約的**處方藥承保**一節予以承保。

### E. 脊椎推拿服務

我們承保由整脊療法醫生（脊椎按摩師）提供的與透過人工或機械方式檢測或矯正人體的結構失衡、變形或半脫位以消除相關神經干擾及影響（該等干擾是因脊柱變形、錯位或半脫位所致或與之有關）相關的脊椎護理。這包括評估、按摩和任何形式。任何實驗室檢測將按照本合約的條款和條件承保。

### F. 臨床試驗

我們承保您參與核准的臨床試驗之一般患者費用，如果您有以下情況，此類承保不得進行使用審查：

- 符合資格參加核准的臨床試驗，以治療癌症或其他威脅生命的疾病或病症。
- 由參與提供者轉介，其認為您參與核准的臨床試驗是適當的。

所有其他臨床試驗，包括當您並無癌症或其他威脅生命的疾病狀況時，需遵循本合約的**利用審查和外部上訴**章節。

我們不承保：

- 研究性藥物或裝置的費用。
- 您接受治療所需的非健康服務費用。
- 管理研究的費用。
- 在臨床試驗中提供的非研究性治療的費用在本合約下不予以承保。

「核准的臨床試驗」是指 I、II、III 或 IV 期臨床試驗，即：

- 聯邦資助或核准的試驗。
- 在聯邦食品藥品管理局研究性藥物申請審查下進行。
- 不必進行研究性新藥申請的藥物試驗。

## **G. 透析**

我們承保急性或慢性腎臟疾病的透析治療。

我們還承保非參與提供者提供的透析治療，但須符合以下所有條件：

- 非參與提供者經正式核發執業執照，且被授權提供此類治療。
- 非參與提供者位於我們的服務區域之外。
- 正在治療您之參與提供者已經發出書面指示，表示非參與提供者的透析治療是必要的。
- 您在計劃擬定的治療日期之前至少 30 天以書面形式通知我們，並附上上述書面指示。當您因家人或其他緊急情況突然通知需要旅行時，30 天提前通知期可以縮短，前提是我們有合理機會審查您的旅行和治療計劃。
- 我們有權對透析治療和日程安排進行預先授權。
- 我們每個日曆年將提供不超過 10 次，由非參與提供者提供的透析治療福利。
- 當所有上述條件都得到滿足時，將會承保非參與提供者服務的福利，並且遵照適用於參與提供者透析治療的任何適當的費用分攤。但是，您還需要支付如果參與提供者提供服務時我們所支付之金額，與非參與提供者的費用之間的差額。

## **H. 康復服務**

我們承保在機構的門診部或醫療保健專業人員的診室提供的康復服務，包括物理治療、言語治療和職能治療。

## **I. 居家健康護理**

我們承保您家中提供的護理，透過由相關州政府機構認證或核發執照的家庭健康機構來提供。必須根據您的醫療服務提供者的書面治療計劃提供護理，並且必須代替住院治療或限制外出的專業機構。家庭護理服務包括：

- 由註冊護士執業者或在其監督下提供的兼職或臨時護理；
- 住宅健康助理的非全日的或間歇性服務。
- 由家庭健康機構提供的物理、職業或言語治療。
- 由醫療服務提供者開立的醫療用品、處方藥及藥物，以及由或代表家庭健康機構提供的實驗室服務，且該等項目在患者於專業護理設施住院期間本應獲得承保。

家庭健康護理每個計劃年度限不超過 40 次訪視。家庭健康機構的每一次訪視都被視為一次訪視。每次由住宅健康助理長達四個小時的訪視都被視為一次訪視。根據該福利獲得的任何復健或康復服務不會減少根據復健或康復服務福利可用的服務數量。

## **J. 不孕症治療**

我們承保對不孕症的診斷和治療（外科和內科）的服務。「不孕症」是一種疾病或病症，其特徵是無法使他人妊娠或受孕，其定義為在 12 個月的定期無保護性交後或者對 35 歲或以上的女性的治療性供體授精後未能建立臨床妊娠。根據會員的病史或體格檢查結果，可能會有必要進行早期評估和治療。

此類承保如下：

### **1. 基本不孕症服務**

保戶為不孕症治療適當候選人，則將向其提供基本不孕症服務。為了判定是否符合資格，我們將使用美國婦產科學會，美國生殖醫學學會和 New York 州制定的指南。

基本不孕症服務包括：

- 初始評估
- 精液分析
- 實驗室評估
- 排卵功能評估
- 同房後試驗
- 子宮內膜切片檢查

- 骨盆腔超音波檢查
- 子宮輸卵管造影
- 子宮聲學造影
- 睪丸切片檢查
- 血檢
- 對排卵機能障礙的醫學上適當的治療

如果檢測被判定為具醫療必要性的話，可能承保額外的檢測。

**2. 全面性不孕症服務。**如果基本不孕症服務沒有導致生育能力的提高，我們將承保全面性不孕症服務。全面性不孕症服務包括：

- 排卵誘導和監控
- 骨盆腔超音波檢查
- 人工受精
- 子宮鏡檢查
- 腹腔鏡檢查
- 剖腹手術

**3. 生育力保留服務。**當治療將直接或間接導致醫源性不孕症時，我們會承保標準的生育力保留服務。標準的生育力保留服務包括卵子或精子的收集、保留和存儲。「醫源性不孕症」是指透過影響生殖器官或過程的外科、放射、化療或其他治療而導致您的生育力受損。

**4. 排除與限制項目。**我們不承保：

- 體外受精。
- 配子輸卵管轉移或受精卵輸卵管轉移。
- 與卵子或精子捐贈者相關的費用，包括捐贈者的醫療費用。
- 精子和卵子的冷凍保存和存儲，但作為生育力保留服務執行的情況除外。
- 胚胎的冷凍保存和儲存。
- 排卵預測組合包。
- 輸卵管結紮復通。
- 輸精管結紮復通。

- 不屬於本保單其他承保服務的代孕及與之相關的費用。
- 複製。
- 實驗性或研究性的醫療和外科手術程序，除非我們的拒絕被外部上訴代理人推翻。

所有服務必須由根據美國生殖醫學學會制定和採用的準則，有資格提供此類服務的醫療服務提供者提供。在確定此福利下的承保範圍時，我們不會根據您的預期壽命，當前或預計的殘障，醫療依賴程度，認定的生活質量（健康狀況除外）或根據個人特徵（包括性別、性取向、婚姻狀況或性別認同）而歧視對待。

### **K. 輸液治療**

我們承保輸液治療，也就是使用專門的輸送系統來施用藥物。藥物或營養成分直接從靜脈給予被認為是輸液治療。口服或自行注射的藥物不被認為是輸液治療。這些服務必須由醫生或其他授權醫療保健專業人員開立，並在辦公室或持持證或認證的機構提供輸液治療。居家輸液治療的任何訪視都計入您的居家健康護理訪視限制。

### **L. 終止妊娠**

我們承保具醫療必要性的流產，包括強暴、亂倫或胎兒畸形情況下的流產。我們在每個計劃年度為每位會員承保一次選擇性流產手術。

### **M. 實驗室程序、診斷檢測和放光服務**

我們承保 X 光、實驗室程序、診斷檢測、服務和材料，包括診斷性 X 光檢查、X 光治療、螢光透視、心電圖、腦波圖、實驗室檢測和治療性放射線服務。

### **N. 孕產婦及新生兒護理**

我們承保由醫生或助產士、護士執業者、醫院或生育中心提供的產科護理服務。我們承保產前護理（包括一次基因檢測）、產後護理、分娩和妊娠併發症。為確保助產士的服務獲得承保，助產士必須依照 New York 《教育法》第 140 條持持證，依照 New York 教育法第 6951 條的規定執業，並附屬或執業於根據 New York 《公共衛生法》第 28 條核發執照的機構。我們將不支付由助產士和醫生提供的重複例行服務。有關住院產科護理服務的承保範圍，請參見本合約的**住院醫療服務**章節。

在母乳哺育期間，我們將承保母乳哺育支援、諮詢與用品費用，包括每次妊娠向參與提供者或指定的供應商租賃或購買一個標準吸奶器的費用。



## **O. 診室就診**

我們承保診室就診，以診斷和治療傷害、疾病和醫療狀況。醫生診室就診可能包括診室就診。

## **P. 門診醫院服務**

依照本合約的住院治療服務章節所述，我們承保的住院治療服務和用品，可在門診機構處接受治療期間提供給您。例如，承保的服務包括但不限於吸入治療、肺康復、輸液治療和心臟復健。除非您接受住院前檢測，否則醫院不是門診實驗室程序和檢測之參與提供者。

## **Q. 入院前檢測**

我們將在同一家醫院進行定期手術之前，承保醫生指示的預先測試並在醫院的門診設施中進行測試，條件是：

- 這些檢測對於進行手術的病症的診斷和治療是必需的並且是一致的。
- 在進行檢測之前，先對醫院病床和手術室進行預約。
- 檢測後 7 天內進行手術。
- 患者是在醫院內進行檢測。

## **R. 用於醫生辦公室和門診設施的處方藥物**

我們承保您的提供者在提供者診室使用的處方藥（不包括自行注射劑），以用於預防和治療目的。當您的醫療服務提供者開立處方藥物並對您施用該藥物時，此福利適用。若處方藥物在此福利下予以承保，則這些藥物不會在本合約的處方藥物承保章節下予以承保。

## **S. 康復服務**

我們承保康復服務，包括物理治療、言語治療和職能治療。

## **T. 零售健康診所**

我們償付在零售健康診所（通常位於主要藥房或零售店中）以「免預約」方式向您提供的基本醫療保健服務。承保的服務通常由醫生的助手或護士執業者提供。在零售健康診所提供的承保的服務僅限於常規護理和常見疾病的治療。零售健康診所不能替代您的 PCP。您的 PCP 應該是您進行護理和定期就診的首選。

## **U. 第二種意見**

### **1. 癌症第二種意見**

對於癌症陽性或陰性診斷、癌症復發或建議的癌症療程，我們承保由適當的專科醫生（包括但不限於隸屬於專科護理中心的專科醫生）的第二醫療意見。當您的主治醫生向非參與本計劃的專科醫生提供書面預先授權時，您可以在網絡內從非參與提供者取得第二種意見。

### **2. 手術第二種意見**

我們承保合格醫療服務提供者對手術需求的第二手術意見。

### **3. 要求的手術第二種意見**

在我們預先授權外科手術之前，我們可能需要第二種意見。當我們要求提供第二種意見時，不會向您收取任何費用。

- 第二種意見必須為委員會認證的專科醫生為您檢查而給出的意見。
- 如果第一和第二種意見不一致，您可以取得第三意見。
- 第二和第三手術意見顧問可能不會對您進行手術。

### **4. 其他情況下的第二種意見**

可能還有其他情況您不同意醫療服務提供者推薦的治療方案。在這種情況下，您可能需要要求我們指定另一個醫療服務提供者以提供第二種意見。如果第一和第二種意見不同，我們將指定另一個醫療服務提供者提供第三意見。在第二種意見流程完成後，我們將對大多數審查您的個案之醫療服務提供者支持的承保的服務進行預先授權。

## **V. 手術服務**

我們承保醫生的外科手術服務，包括治療疾病或傷害的手術和切割程序，以及在住院和門診的基礎上骨折和脫臼的骨頭徒手復位術，內視鏡，切口或皮膚穿孔，包括外科醫生或專科醫生，助手（包括醫生助理或護士執業者）以及麻醉師或麻醉科醫生的服務，以及術前和術後照護。外科醫生或外科醫生的助理提供的外科手術之一部分的麻醉服務不可視為福利。

有時在同一個手術期間可以執行兩個或多個外科手術。

- **透過相同的切口。**若承保的多個手術程序透過同一切口執行，我們將支付具有最高允許金額的程序的費用以及我們根據本合約本應為第二程序支付的金額的 50%，除非根據國家認可的編碼規則，第二程序豁免於多個手術程序扣減。當次要程序是主要程序附帶的時候，我們不會為與主要程序一起計費的次要程序支付任何費用。
- **透過不同的切口。**如果承保多個外科手術在同一手術期間進行，但透過不同的切口，我們將支付：
  - 程序的最高允許金額。
  - 我們將另外支付其他程序 50% 的金額。

如果在相同的手術期間透過相同或不同的切口進行承保多個外科手術。我們將支付：

- 程序的最高允許金額。
- 我們將另外支付其他程序 50% 的金額。

## **W. 口腔手術**

我們承保以下有限的牙科和口腔外科手術：

- 由於意外傷害的需要，頷骨或周圍組織及牙科服務的口腔外科手術，用於修復或更換健全的天然牙齒。更換僅在不可能進行修復時予以承保。牙科服務必須在受傷後 12 個月內取得。
- 由於先天性疾病或異常所需的頷骨或周圍組織及牙科服務的口腔外科手術。
- 矯正非牙科生理狀態，導致嚴重的功能障礙所需的口腔外科手術。
- 去除腫瘤和囊腫，需要對嘴巴的頷骨、臉頰、嘴唇、舌頭、嘴巴上面和下面進行病理檢查。與牙齒相關的囊腫不承保。
- 顫顎關節疾病和正頷手術之手術/非手術醫療程序。

## **X. 乳房重建手術**

我們承保在乳房切除術或部分乳房切除術後進行乳房重建手術。承保包括：進行乳房切除術或部分乳房切除術的乳房重建的所有階段；手術和其他乳房重建產生對稱外觀；和乳房切除術或部分乳房切除術的物理併發症，包括淋巴水腫以您和您的主治醫生確定為適當的方式。我們還在乳房切除術或部分乳房切除術後承保植入式義乳。

## **Y. 其他重建和矯正手術**

除了重建乳房手術之外，我們還承保重建和矯正手術：

- 以糾正被承保兒童的先天性缺陷，而導致的功能缺陷。
- 該手術是因所涉部位的創傷、感染或疾病而必須執行的手術的附帶手術或在其後執行。
- 此外，具醫療必要性的。

## **Z. 遠程醫療計劃**

我們承保您和參與我們遠程醫療計劃的醫療服務提供者之間的在網際網絡線上諮詢，用於不是緊急情況的醫療狀況。並非所有參與提供者都參與我們的遠程醫療計劃。您可以查看我們的醫療服務提供者名冊，或聯絡我們取得參與我們遠程醫療計劃的醫療服務提供者列表。

## **AA. 移植**

我們僅承保那些確定為非實驗性和非研究性的移植。承保移植包括但不限於：腎臟、角膜、肝臟、心臟、胰腺、肺和骨髓移植。

**所有移植物必須由您的專科醫生開具處方。另外，所有的移植手術都必須在我們特別核准和指定作為卓越中心的醫院執行這些手術。**

我們承保接受移植手術的保戶/受者的醫院和醫療費用，包括捐贈者搜尋費。當您做為器官捐贈者時，如果受領者被我們承保，我們將承保您所需的移植服務。如果未獲承保人士的費用將由其他健康計劃或項目承保，我們不會承保作為您的捐獻者的未獲承保人士的醫療費用。

我們不承保：捐助者或客人的旅行費用、住宿費、膳食費或其他住宿費用；與器官移植手術相關的捐贈費用；或常規收穫和儲存新生兒臍血幹細胞。

## 第 X 節 - 額外福利、設備和裝置

有關費用分攤要求、天數或就診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 糖尿病設備、用品和自我管理教育

如果糖尿病設備、用品和自我管理教育是由醫生或根據 New York 教育法第 8 章經合法授權開立的其他持證醫療保健專業人員建議或開立，則我們會為其承保，如下所述：

#### 1. 設備和用品

若以下用於治療糖尿病的設備和相關用品是由您的醫生或經合法授權開立的其他醫療服務提供者所開立，則我們會為其承保：

- 尿酮體試劑條
- 尿酮體試劑片
- 瓶裝酒精或雙氧水
- 酒精濕巾
- 所有胰島素製劑
- 自動採血套件
- 視障者用的墨水匣
- 糖尿病數據管理系統
- 一次性胰島素筆和填充盒
- 為視障者描繪的裝置
- 使用幫浦的設備
- 注射用升血糖激素用於增加血糖濃度
- 丙酮糖試劑條
- 血糖監測套件
- 適用於視障人士的帶或不帶特殊功能的血糖儀、用於家用血糖儀的對照溶液和試劑條
- 葡萄糖試劑膠帶
- 血糖檢測或試劑條
- 注射輔助器
- 自動注射器 (Busher)

- 胰島素
- 胰島素填充盒運送
- 胰島素輸液裝置
- 胰島素幫浦
- 採血針
- 口服製劑如葡萄糖片和凝膠
- 用於降低血糖水平的口服抗糖尿病製劑
- 有針頭注射針筒；1 cc 無菌盒裝
- 尿液檢測產品用於葡萄糖和酮類
- New York 州衛生署署長應根據法規適當指定糖尿病治療的額外用品

糖尿病設備和用品僅在從與我們簽訂協議以按法律要求透過參與藥房向會員提供所有糖尿病設備或用品的指定的糖尿病設備或用品製造商處獲得時，才能獲得承保。如果您需要我們指定的糖尿病設備或用品製造商無法提供的某些物品，您或您的提供者必須致電 800-300-8181 (TTY 711) 來提交醫療例外申請。我們的醫療總監將做出所有醫療例外決定。糖尿病設備和用品限於 30 天供應，若在藥房購買，最受限於 90 天供應。

## 2. 自我管理教育

糖尿病自我管理教育旨在教育糖尿病患者對糖尿病狀況的適當自我管理和治療，包括正確飲食的資訊。我們承保符合以下條件的自我管理及營養教育：初始確診糖尿病；醫生診斷出您的症狀或狀況發生重大變化，必須對您的自我管理教育作出更改；或者必須進行重溫課程。必須按照以下條件提供：

- 由醫生、根據 New York 教育法第 8 章經授權開立的其他醫療保健提供者或其工作人員在診室就診期間提供
- 經您的醫生或根據 New York 教育法第 8 章經授權開立的其他醫療保健提供者對以下非醫生、醫學教育工作者的預先授權：經認證的糖尿病護士教育工作者，經認證的營養學家，經認證的營養師以及團體環境中的註冊營養師（若可行）
- 具具醫療必要性的時候，家裡也會提供教育

## 3. 限制

這些物品只能按照醫生為您開發的治療計劃的數量提供。我們僅承保血糖監測儀的基本型號，除非您有對視力不佳或失明的特殊需求，或者血糖監測儀具醫療必需性。

## 糖尿病分步治療設備與用品

分步治療是一種計劃，要求您使用一類糖尿病處方藥物、用品或設備，除非使用另一類處方藥物、用品或設備具醫療必要性。需遵照分步治療的糖尿病處方藥、用品和設備包括：

- 糖尿病血糖監測儀和測試條
- 糖尿病用品（包括但不限於注射器、採血針、注射針、注射筆）
- 胰島素
- 注射用抗糖尿病製劑
- 口服抗糖尿病製劑

這些項目也需要預先授權，且將進行醫療必要性審查。對於糖尿病處方藥，請參閱本合約的**處方藥**章節中的分步治療規定，以及**利用審查**章節中優先於分步治療協定的裁決規定。

## B. 耐用醫療設備與支架

我們承保租賃或購買耐用醫療設備和肢體支架。

### 1. 耐用醫療設備

耐用醫療設備是指符合以下條件的設備：

- 設計並打算重複使用。
- 主要且通常用於醫療的目的。
- 一般而言，對於沒有疾病或受傷的人沒有用處。
- 適合在家裡使用。

承保範圍僅適用於標準設備。我們承保在正常使用下的磨損，包括修理或更換的費用。我們不承保因您誤用或濫用而導致的修理或更換費用。我們將決定是否租賃或購買設備。我們不承保非處方耐用醫療設備。

為了您的舒適或便利（例如游泳池，熱水浴缸，空調，桑拿浴室，加濕器，除濕機，運動器材）而設計的設備不包括耐用醫療設備的定義。

### 2. 支架

我們承保肢體支架，包括矯正支架，穿戴於外部，暫時或永久地協助由於受傷，疾病或缺陷而失去或損壞的外部身體部位功能的全部或部分功能。承保範圍僅適用於標準設

備。當您的醫療狀況發展或發生變化需要更換時，我們會對更換予以承保。我們不承保因您誤用或濫用而導致的修理或更換費用。

## **C. 助聽器**

### **1. 外部助聽器**

我們承保矯正聽力障礙所需的助聽器（感覺聲音的能力降低，可能範圍從輕微到完全耳聾）。助聽器是設計用於更有效地將聲音帶入耳朵的電子放大裝置。助聽器由麥克風、放大器和接收器組成。

承保的服務可用於由醫生書面推薦購買的助聽器，並包括助聽器和相關配戴和測試費用。我們每三年購買一次（包括修理和/或更換）一隻或兩隻耳朵的助聽器。

### **2. 耳蝸植入物**

若骨錨式助聽器（即耳蝸植入物）對於矯正聽力障礙具醫療必要性，則我們會予以承保。以下是骨錨式助聽器具醫療必要性的情況示例：

- 其異常或缺少耳道的顱面異常阻止使用可佩戴的助聽器
- 聽力喪失足夠嚴重，不可能用可穿戴助聽器充分補救

每隻耳朵終身提供一次助聽器承保。我們承保僅用於故障的骨錨式助聽器的修理和/或更換。

## **D. 臨終關懷**

如果您的主治醫生已經證明您的生命有六個月或更少的時間，就可以獲得臨終關懷護理。我們承保在醫院提供的住院臨終護理或臨終關懷機構提供的臨終關懷及家庭護理和門診服務，包括藥物和醫療用品。對 210 天的臨終關懷護理服務提供保險承保。

僅在臨終關懷作為根據 New York 公共衛生法第 40 條認證的臨終關懷計劃的一部分提供時，我們才會承保。如果在 New York 州以外提供臨終關懷，臨終關懷機構必須透過臨終關懷機構所在州所要求的類似的認證程序進行認證。我們不承保：葬禮安排；牧師，財務或法律諮詢；家務服務，照顧者或臨時護理。

## **E. 醫療用品**

我們承保治療本合約承保的疾病或損傷所需的醫療用品。我們還承保維護用品（例如造口用品），用於本合約承保的條件。對於正在進行的治療或維護計劃，所有這些用品必須具



有適當的數量。我們不承保非處方醫療用品。有關糖尿病用品承保的說明，請參閱上面的**糖尿病設備、用品和自我管理教育**章節。

## **F. 義肢**

### **1. 外部義肢裝置**

我們承保外部佩戴的義肢裝置（包括假髮），暫時或永久性地更換由於受傷或疾病而失去或損壞的外部身體部位的全部或部分。只有當您因受傷或疾病嚴重脫髮或做為治療疾病（例如化療）的副作用時，我們才會承保假髮。除了對所有合成假髮材料過敏，我們不會承保人髮假髮。

我們不承保與牙齒有關的義齒或其他器械，除非意外引起的天然牙齒的傷害或由於先天性疾病或異常的傷害。

眼鏡和隱形眼鏡不在合約的本章節下予以承保，僅在本合約的**視力服務**章節下予以承保。

我們不承保鞋墊。

我們在乳房切除術後承保外部乳房假體，沒有任何終生上限。

承保範圍僅適用於標準設備。

對每個肢體，終身僅承保一個義肢裝置的費用。我們還承保修理和更換義肢裝置及其零件的費用。我們不承保處於保修期或因您誤用或濫用所致的修理或更換的費用。

### **2. 內部義肢裝置**

如果改善或恢復由於疾病或受傷而被去除或損壞的內部身體部位的功能，我們將承保手術植入的義肢裝置和特殊器具。這包括乳房切除術或部分乳房切除術後植入的乳房假體，方法由您和您的主治醫生確定為適當的方式。

保險承保亦包括因正常發展或正常磨損所致的修理和更換。

承保範圍僅適用於標準設備。

## 第 XI 節 - 住院醫療服務

有關費用分攤要求、天數或門診限制以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 醫院服務

我們承保由醫療保健專業人員為必須住院治療的嚴重疾病、傷害或病症提供或訂購的急性病護理或治療的住院醫院服務，包括：

- 半私人病房食宿。
- 一般、特殊和重症的護理。
- 膳食和特殊飲食。
- 使用操作、恢復和膀胱鏡房間和設備。
- 使用重症監護、特殊護理或心臟照護病房和設備。
- 診斷及治療項目，例如藥物和藥物治療、血清、生物製劑和疫苗、靜脈給藥製劑和可視化染料及給藥，但不包括醫院無法透過商業可用方式購買及獲得的項目；
- 敷料固定用敷料。
- 與氧氣、麻醉劑、物理治療、化療、心電圖、腦電圖、X 光檢查及放射治療、實驗室及病理檢查有關的用品及設備使用。
- 血液和血液製品，除了您可以使用參加的志願者血液置換計劃。
- 放射治療、吸入療法、化療、肺康復、輸液治療和心臟康復。
- 短期物理、言語及職能治療。
- 任何額外的醫療服務和用品，在您是註冊床位病人時提供，並由醫院收費。

本合約**福利明細**章節中的費用分攤要求適用於住院治療連續限制外出，這是作為住院患者在連續多日獲得的住院服務或者因相同或相關的原因出院及重新入院在不超過 90 天的期間內發生的連續限制外出。

### B. 觀察服務

我們承保醫院的觀察服務。觀察服務是提供門診醫院服務，以幫助醫生判定是否讓您入院或出院。這些服務包括使用床和護理或其他持證人員定期監督。

### **C. 住院醫療服務**

我們承保由醫療保健專業人員在根據本合約承保的任何住院護理期間提供的醫療就診服務。

### **D. 產科護理住院治療**

我們在一家醫院為母親提供住院產科護理，在嬰兒醫院提供新生兒住院護理，在正常分娩後至少 48 小時，剖腹產後至少 96 小時，無論這種護理是否具醫療必要性。所提供的護理應包括家長教育、協助以及母乳餵養或奶瓶餵養培訓，並進行任何必要的母親及新生兒臨床評估。我們還將承保我們確定具醫療必要性的任何額外的這種護理天數。如果母親選擇離開醫院，並在 48 小時或 96 小時最低承保期結束之前要求進行家庭護理訪視，我們將承保家庭護理訪視。母親出院後 24 小時內或在母親要求的時間內提供家庭護理訪視，以較晚者為準。我們對這種家庭護理訪視的承保應是本合約下的家庭護理訪視的補充，沒有依照本合約**福利明細**章節中適用於家庭護理福利的任何費用分攤金額。

我們還承保住院患者使用巴氏滅菌供體母乳的費用，其中可能包括具醫療必要性的強化劑，為此，醫療保健專業人員已針對醫學上或身體上無法接受母乳、無法參與母乳餵養，或者其母親在醫學上或身體上無法完全或足量生產母乳或即使有最佳的泌乳支持，也無法參與母乳餵養的嬰兒發佈了指示。此類嬰兒的已記錄出生體重必須少於 1,500 克，或者患有先天性或後天性疾病，使該嬰兒處於發展為壞死性小腸結腸炎的高風險中。

### **E. 乳房切除術住院治療**

我們承保接受淋巴結清除術、乳房腫瘤切除術、乳房切除術或部分乳房切除術治療乳癌的保戶的住院服務以及由乳房切除術引起的任何身體併發症（包括淋巴水腫），期限為您和您的主治醫生認為在醫療上屬適當的期限。

### **F. 自體血服務**

僅當自體血服務與用於治療疾病或損傷的預定承保住院程序相關時，我們才對該服務予以承保。在這種情況下，我們會在合理的儲存期限內承保適合於在需要時提供血液的儲存費用。

## **G. 康復服務**

我們承保住院康復服務，包括物理治療、言語治療和職能治療。

## **H. 康復服務**

我們承保住院康復服務，包括物理治療、言語治療和職能治療。

僅在以下情況下才承保語言和物理治療：

- 此類治療與您的疾病或傷害的治療或診斷有關；
- 該治療由醫生開立治療指示；並且
- 您已經住院或接受過此類疾病或受傷的手術。

承保的康復服務必須在以下所列較晚者的六個月內開始：

- 導致需要治療的傷害或疾病的日期；
- 您從提供外科手術治療的醫院出院的日期；或者
- 提供門診手術治療的日期。

## **I. 專業護理設施**

我們給承保專業護理設施提供的服務，包括在半專用病房提供的護理和治療，如上文**醫院服務**章節中所述。監護、康復或家庭護理不予承保（參見本合約的**排除與限制項目**章節）。必須由您的醫療服務提供者準備並由我們核准的治療計劃支持專業護理設施的入住許可。我們每個計劃年度最多可以承保 200 天的非監護照顧。

## **J. 臨終照護**

如果您被診斷患有晚期癌症，並且您有不到 60 天的生命，我們將承保專門從事終末期病人護理的第 28 條持證機構或急性護理設施提供的急性護理。您的主治醫生和醫療機構的醫療總監必須同意，您的護理將在機構中適當提供。如果我們不同意您進入該機構，我們有權對外部上訴代理人進行加急的外部上訴。在本合約規定的任何適用限制之前，我們將為您提供承保和償付機構，直至外部上訴代理人做出有利我們的決定為止。

我們將償還非參與提供者的這種臨終照護如下：

1. 我們將償還我們與醫療服務提供者之間協議的費率。
2. 如果沒有協議的費率，我們將按該機構目前 Medicare 急性護理的費率償還急性護理。
3. 如果是另一種醫療保健的等級，我們將按相應的 Medicare 急性護理費率的 75% 償還。

#### **K. 承保的限制/條款**

- 我們不會承保特殊職責護士的額外費用，專用病房費用（除非專用病房具醫療必要性），或您從該機構帶回家的藥物和用品的費用。如果您佔用私人房間，私人房間不具醫療必要性，我們的承保將以機構的最大半私人房費為準。您必須支付這筆費用和私人房費之間的差額。
- 我們不承保收音機，電話或電視費用，或美容或理髮服務。
- 我們不承保自我們告訴您接受住院護理不再具醫療必要性之日起產生的任何費用，除非我們的拒絕決定被外部上訴代理推翻。

## 第 XII 節 - 精神健康護理和物質使濫用服務

有關費用分攤要求、天數或就診次數限制，以及適用於這些福利的任何預先授權或預先授權要求，請參閱本合約的**福利明細**章節，根據 2008 年聯邦《精神健康平權與成癮治療平等法案》，這些要求並沒有比適用於醫療與手術福利的要求更加嚴格。

**A. 精神健康護理服務。**我們承保以下用於治療精神健康狀況的精神醫療保健服務。就此福利而言，「精神健康狀況」是指在最新版本的《精神疾病診斷與統計手冊》中定義的任何精神健康障礙。

### 1. 住院服務

我們承保與精神健康狀況的診斷和治療相關的精神健康住院治療服務，與本合約規定的其他類似醫院、醫療和外科手術承保相當。精神健康住院治療服務的承保僅限於 New York 《精神衛生法案》第 1.03 ( 10 ) 條所定義的設施，例如：

- 由 New York 州心理健康辦公室管理的精神病治療中心或住院機構。
- 州或地方政府營運的精神病住院機構。
- 根據 New York 州精神健康長官頒發的營運證明，提供精神健康住院治療服務的醫院的一部分。
- 全面的精神科急診計劃或提供精神健康住院治療的其他機構，由 New York 州精神健康長官頒發執業證書。

而在其他州，也有類似的持證或經認證的設施。在沒有類似的持證或經認證機構的情況下，則該機構必須獲得衛生保健組織認證聯合委員會或我們認可的國內認證組織的認證。

我們還承保與在提供住院治療的設施獲得的診斷和治療精神健康狀況有關的精神健康住院治療服務，包括病房及食宿費用。住院治療服務的承保範圍僅限於 New York 《精神衛生法案》第 1.03 條規定的設施以及屬於根據 New York 《精神衛生法案》第 30 條確定的飲食失調綜合護理中心一部分的住院治療設施；而在其他州，僅限於經核發執照或認證可提供相同的治療等級的設施。在沒有類似的持證或經認證機構的情況下，則該機構必須獲得衛生保健組織認證聯合委員會或我們認可的國內認證組織的認證。

## 2. 門診服務

我們承保精神健康門診治療服務，包括但不限於部分住院治療計劃服務和重症門診計劃服務，涉及精神健康狀況的診斷和治療。對門診精神健康護理服務的承保包括已根據 New York 《精神衛生法案》第 31 條獲簽發運營證書或由 New York 州精神健康局運營的機構，以及根據 New York 《精神衛生法案》第 36.01 條獲得許可的危機情況穩定中心，以及在其他州類似的持牌或經認證機構；以及由持牌精神病醫生或心理學家、在心理治療方面具有至少三年經驗的持牌臨床社會工作者、持證職業護士、持牌精神健康諮詢師、持牌婚姻和家庭治療師、持牌心理分析學家或專業公司或大學教職員的職業公司提供的服務。在沒有類似的持證或經認證機構的情況下，則該機構必須獲得衛生保健組織認證聯合委員會或我們認可的國內認證組織的認證。門診服務還包括治療精神健康狀況的營養諮詢。

## 3. 泛自閉症障礙

當這些服務由持證醫生或持證心理學家開立或指示時，我們將承保以下服務，並由我們決定在泛自閉症障礙的篩查、診斷和治療方面是否具醫療必要性。就此福利而言，「泛自閉症障礙」是指在提供服務時在最新版本的《精神障礙診斷與統計手冊》中定義的任何普遍性發育障礙。

**i. 篩查和診斷。**我們承保評估、評價和檢測，以判定是否有泛自閉症障礙。

**ii. 輔助溝通裝置。**我們承保由言語病理學家進行的正式評估，以判定是否需要輔助溝通裝置。如果您無法透過正常方式（即，言語或書寫）進行溝通，而評估顯示輔助溝通裝置可能能夠改善您的溝通狀況，則當持證醫生或持證心理學家指示或開立使用輔助溝通裝置時，我們會根據正式評估結果承保租賃或購買輔助溝通裝置的費用。輔助溝通裝置的示例包括溝通板和語音產生裝置。[承保僅限於專用裝置。我們只會承保在沒有溝通障礙的情況下對某人無益的設備。我們不承保諸如但不限於筆記型電腦、桌上型或平板電腦等的物品。]我們承保使筆記型電腦、桌上型或平板電腦能夠充當語音產生裝置的軟體和/或應用程式。安裝程式和/或技術支援不能單獨償付。我們將判定該裝置是否應該被購買或租用。

*{草案說明：如果適用，請插入括號內的語言。}*

我們在必要時承保因正常磨損或您身體狀況發生重大變化而需要進行此類裝置的修理、更換配件和調整。若由於濫用、粗暴使用或失竊導致設備損失或損壞，我們

不承保相關修理或更換費用，但是，若相關損失或損害是由於行為問題所致，我們對每種類型的設備承保— (1) 次必要的修理或更換]。我們將為最適合您目前機能水平的裝置提供承保。[我們不承保運費或服務費用或日常維護。]

{草案說明：如果適用，請插入括號內的語言。}

- iii. **行為健康治療**。我們承保在可行的情況下最大限度地發展、維護或恢復個人功能所必需的諮詢及治療計劃。我們將在持證提供者提供治療時提供此類承保。當應用行為分析是由持證或經認證的應用行為分析健康護理專業人士提供時，我們承保應用行為分析。「應用行為分析」指使用行為刺激和後果，設計、執行並評估環境改變對人類行為產生的顯著社交改善，包括對環境與行為之間的關係使用直接觀察、測量和功能分析。
- iv. **精神和心理護理**。我們承保由具有 New York 保險法所規定的經驗、在其執業所在州獲得許可的精神科醫生、心理學家或持證臨床社會工作者提供的直接或諮詢服務。
- v. **治療護理**。我們承保可行的情況下最大限度地發展、維護或恢復個人功能所必需的治療服務，前提是該等服務由持牌或經認證的治療自閉癥譜系障礙的言語治療師、職業治療師、物理治療師及社工提供，且該等提供者提供的服務根據本[合約；保單]另行獲得承保。除法律另行禁止外，依據本段規定提供的服務應計入適用於本[合約；保單]下該等治療師或社會工作者服務的任何最高就診次數內。
- vi. **藥房護理**。我們承保由根據 New York 教育法第 8 章經合法授權開立的醫療服務提供者開立的、用於治療泛自閉症障礙的處方藥物。對該等處方藥的承保須遵循適用於本[合約；保單]下處方藥福利的所有條款、規定及限制。
- vii. **限制**。根據 New York 教育法規定的個人化教育計劃提供此類服務或治療時，我們不會承保上述任何服務或治療。根據按 New York 《公共衛生法》第 2545 條的個人化家庭服務計劃、按 New York 《教育法》第 89 條的個人化教育計劃或依據 New York 州發育性殘疾人辦公室之規定的個人化服務計劃提供的服務不得影響根據本[合約；保單]對在教育環境外提供的補充服務的承保（若該等服務由持牌醫生或持證心理學家開方）。

您需負責支付根據本[合約；保單]支付類似服務的任何適用的共付額或共同保險。例如，適用於物理治療的任何共付額或共同保險一般亦適用於根據本福利承保的物理治



療服務；處方藥的任何共付額或共同保險一般亦適用本福利承保的處方藥。有關適用於應用行為分析服務和輔助溝通裝置的費用分攤要求，請參閱本[合約；保單]的福利明細章節。

**B. 物質使用治療服務。**我們承保以下用於治療物質使用障礙的物質使用治療服務。就此福利而言，「藥物使用失調」是指在最新版本的《精神疾病診斷與統計手冊》中定義的任何藥物使用失調。

**1. 住院服務。**我們承保與物質使用障礙的診斷和治療相關的物質使用住院治療服務。這包括對物質使用障礙的排毒和復健服務的保險承保。物質使用住院治療服務僅限於 New York 州內由酗酒與物質濫用服務辦公室 (OASAS) 核發執照、認證或以其他方式授權的設施；而在其他州，則僅限於由類似的州立機構核發執照、認證或以其他方式授權的以及由聯合委員會或我們認可的國內認證組織認證為酗酒、藥物濫用或化學依賴性治療計劃的設施。

我們還承保與在提供住院治療的設施獲得的診斷和治療物質使用障礙有關的物質使用住院治療服務，包括病房及食宿費用。對住院治療服務的承保僅限於由 OASAS 核發執照、認證或以其他方式授權的設施；而在其他州，則僅限於由類似的州立機構核發執照、認證或以其他方式授權的以及由聯合委員會或我們認可的國內認證組織認證為酗酒、藥物濫用或化學依賴性治療計劃以提供同等水平治療的設施。

**2. 門診服務。**我們承保與診斷和治療藥物使用失調相關的物質使用門診治療服務，包括但不限於部分住院治療計劃服務、重症門診計劃服務、包括同行間支援服務的類鴉片藥物治療計劃、諮詢和藥物輔助治療。此類承保僅限於 New York 州內由 OASAS 核發執照、認證或以其他方式授權以提供藥物使用失調門診治療服務的設施，以及根據 New York 《精神衛生法案》第 36.01 條獲得許可的危機情況穩定中心；而在其他州，則僅限於由類似的州立機構核發執照、認證或以其他方式授權的以及由聯合委員會或我們認可的國內認證組織認證為酗酒、藥物濫用或化學依賴性治療計劃的設施。OASAS 認證機構的承保包括 OASAS 認證的醫療服務提供者提供的服務。專業辦公室還可以提供對與酗酒、物質使用和依賴的診斷和治療有關的，或由根據 2000 年聯邦《藥物成癮治療法案》獲得豁免、可在治療的急性解毒階段或康復階段期間開出附表 III、IV 和 V 的麻醉藥物以治療鴉片成癮的醫生提供的藥物使用失調門診服務的承保。

## 第 XIII 節 - 處方藥承保

有關費用分攤要求、天數或就診次數限制以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 承保的處方藥

我們承保醫療必需的處方藥物，除非另有規定，只能按照處方進行配發，並且：

- 根據法律要求帶有「小心 - 聯邦法律禁止在沒有處方的情況下配藥」的標誌。
- FDA 核准。
- 由醫療服務提供者授權並在醫療服務提供者的執業範圍內開立處方。
- 在 FDA 核准的 FDA 和劑量指南中規定。
- 由持證的藥房發配。

承保的處方藥物包括但不限於：

- 自行注射/給藥的處方藥物。
- 吸入器（附吸入輔助器）。
- 外用牙科製劑。
- 產前維他命、含氟維他命及單一實體維他命。
- FDA 核准的骨質疏鬆症藥物，或等效副廠藥作為經核准的替代品，用於治療骨質疏鬆症，並符合聯邦 Medicare 計劃或國家衛生研究院的標準。
- 治療苯丙酮尿症，楓糖尿症，半乳糖血症和高胱氨酸尿症的營養配方。
- 家庭使用的處方或非處方腸道配方，無論是口服還是經由管灌，醫生或其他持證提供者已為此開立書面指示。書面指示必須說明腸道配方的醫療必要性，並且已被證明可以有效地作為特定疾病的治療方案。特定的疾病和障礙包括但不限於：氨基酸或有機酸代謝的遺傳性疾病；克羅恩病；胃食管反流；胃食管蠕動，如慢性腸假性梗阻；以及多種嚴重的食物過敏。多種食物過敏包括但不限於：免疫球蛋白 E 和非免疫球蛋白 E 對多種食物蛋白的藥物過敏；嚴重的蛋白誘導小腸結腸炎綜合徵；嗜酸性粒細胞疾病以及由影響胃腸道的吸收表面、功能、長度和動力的障礙引起的影響營養物質吸收的障礙所導致的營養物質吸收受損。
- 低蛋白質、含有修飾蛋白質或基於氨基酸的改良固體食品，可用於治療某些遺傳性氨基酸和有機酸代謝疾病以及嚴重的蛋白質過敏性疾病。

- 與本合約**門診和專業服務**章節不孕症治療福利承保的治療或服務相結合開立的處方藥物。
- 標示外使用癌症藥物，只要處方藥物被認可用於治療特定類型的癌症，且該藥物已在以下參考概略之一中開立處方：American Hospital Formulary Service-Drug Information；National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium；Thomson Micromedex DrugDex；Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology；或聯邦健康與公眾服務部部長或 Medicare 及 Medicaid 服務中心認可的其他權威性概略；或在同行評議專業期刊中發佈的評議文章或編輯評論推薦的概略。
- 用於殺死或減緩癌細胞繁殖的口服抗癌藥。
- 戒煙藥物，包括醫療服務提供者開立處方的處方藥物和開立書面指示的非處方藥物。
- 預防性處方藥，包括有書面醫囑、根據衛生資源和服務管理局 (HRSA) 支持的綜合指南提供或具有美國預防服務工作組 (USPSTF) 設定的「A」或「B」評級的非處方藥。
- 用於治療精神健康與藥物使用失調的處方藥物，包括用於戒毒、維持和過量解毒的藥物。
- 避孕藥、裝置和其他產品，包括由 FDA 核准並根據州或聯邦法律開立處方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 HRSA 支持的綜合指南中規定的產品。保險承保還包括根據處方或指示提供的，或作為非處方合法提供的緊急避孕藥具。如果經您的主治醫療保健提供者確定，承保的避孕藥、裝置和其他產品不可用或在醫療上被視為不可取，則您可申請獲得對替代版本的避孕藥、裝置和其他產品的承保。

您可以要求索取我們的處方藥一覽表副本。我們的處方藥一覽表也可在我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 上查閱。您可以致電 800-300-8181 (TTY 711) 向我們諮詢本合約是否承保特定藥物。

## **B. 續購**

只有經由授權的提供者開立處方在零售或郵購藥房進行配發時，我們才會承保續購的處方藥物。從原始處方之日起，不提供超過一年以上的再領取福利。對於處方滴眼液，我們允許在核准的劑量期限的最後一天對處方進行有限制的再領取，而不考慮提早再領取藥物的任何承保限制。在可行的情況下，提早再領取的滴眼液量將限制在最初發配之劑量的剩餘量。您的有限續購的費用分攤是適用於本合約**福利明細**章節中所述的每個處方或續購的金額。

## C. 福利及付款資訊

### 1. 費用分攤之費用

當您從零售、郵購或指定藥房取得承保的處方藥物時，您需支付本合約**福利明細**章節中所列的費用。

您有一個 3 等級的計劃設計，這表示一般來說第 1 級處方藥物的自付費用支出最低，第 3 級處方藥物最高。您在第 2 級處方藥物的自付費用支出通常將超過第 1 級，但低於第 3 級。

對於任何非承保處方藥，您需支付全額費用（藥房向您收取的費用），我們的約定費率（我們的處方藥費用）將不適用於您。

### 2. 參與藥房

對於在零售、郵購或指定參與藥房購買的處方藥物，您有責任支付下列費用：

- 適用的費用分攤；
- 該處方藥物的處方藥物費用；或
- 您的費用分攤永遠不會超過處方藥物的常規和慣例費用。

### 3. 非參與藥房

我們不會支付您在非參與本計劃的零售或郵購藥房購買的處方藥物。

4. **指定藥房**。如果您需要某些處方藥，包括但不限於專科處方藥，我們可能會引導您前往我們已安排提供這些處方藥的指定藥房。

一般來說，專科處方藥是獲准用於治療有限患者群體或疾病的處方藥；通常需要進行注射、輸注或需要提供者的密切監控；或具有有限的可用性、特殊配藥和交付要求或/或需要額外的患者支援。

如果您被引導到指定藥房並且您選擇不從指定藥房獲取您的處方藥，您將不會獲得該處方藥的承保。

以下是本計劃中包含的處方藥或疾病的治療類別：

- 年齡相關的黃斑水腫；
- 貧血、中性粒細胞減少、血小板減少；

- 避孕用品；
- 心血管；
- 克羅恩氏症；
- 囊腫纖維化症；
- 巨細胞病毒；
- 內分泌失調/神經系統疾病，如嬰兒痙攣症；
- 酶缺乏/溶小體儲積症；
- 高雪氏症；
- 生長激素；
- 白血病；
- B 型肝炎、C 型肝炎
- 遺傳性血管性水腫；
- HIV/愛滋病；
- 免疫缺陷；
- 免疫調節劑；
- 不孕症；
- 鐵過載；
- 鐵中毒；
- 多發性硬化症；
- 腫瘤學；
- 骨關節炎；
- 骨質疏鬆；
- 帕金森症；
- 肺動脈高壓藥物；
- 呼吸系統疾病；
- 風濕病及相關疾病（類風濕關節炎、銀屑病性關節炎、強直性脊柱炎、幼年型類風濕關節炎、牛皮癬）；
- 移植；
- RSV 預防。

**5. 維持藥物指定零售藥房。**您還可以在指定零售藥房配取維持藥物處方單，最多可配取 90 天的供應量。您有責任支付下列費用：

- 適用的成本分攤；或
- 該處方藥的處方藥費用。

( 您的分攤費用絕不會超過處方藥的常規和慣例的費用。 )

為了最大化您的福利，請您的提供者為您開立 90 天供藥量的處方單或續配量，在適當的時候續配 ( 不是 30 天供藥量的三次續配 ) 。

以下是本計劃中包含的處方藥或疾病的治療類別：

- 哮喘；
- 血壓；
- 避孕用品；

您或您的提供者可以透過造訪我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117 ( 您的 ID 卡上所列的號碼 ) 來取得透過指定零售藥房提供的處方藥清單。維持藥物清單定期進行更新。請造訪我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117 ( 您的 ID 卡上所列的號碼 )，瞭解特定處方藥是否在維持藥物清單上。

## **6. 郵購**

某些處方藥物可以透過我們的郵購藥房訂購。您有責任支付下列費用：

- 適用的費用分攤。
- 該處方藥物的費用。

您的分攤費用絕不會超過處方藥的常規和慣例的費用。

為了最大化您的福利，請您的醫生為您開立 90 天供藥量的處方單或續配量，在適當的時候續配 ( 不是 30 天供藥量的三次續配 )。無論處方或續購單上寫明的供應天數如何，您都會被收取因任何處方或續購訂單送至郵購供應商的郵購費用分攤。

透過郵購購買的處方藥將直接配送到您的家中或診所。

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

您或您的提供者可以透過瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)，或致電 833-207-3117 (TTY 711) 取得可以郵購的處方藥物清單。

## 7. 等級狀態

處方藥的等級狀態可能會定期更改，但每個日曆年最多更改四次，或者在如下所述，原廠藥物根據我們的等級決定可作為副廠藥供應的情況下發生更改。這些變更可能會發生，將不會事先通知您。但是，如果您某一種藥物的處方正被移至更高等級或從我們的處方藥一覽表中刪除，我們將在更改生效前至少 30 天通知您。發生此類更改時，您的費用分攤可能會更改。您也可以要求獲得不再屬於處方藥一覽表的處方藥之處方藥一覽表例外情況承保，如下文以及本合約的**外部上訴**章節中所述。您可以瀏覽我們網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 查詢最新的等級狀態，或致電 800-300-8181 (TTY 711)。

## 8. 當原廠藥物可作為副廠藥供應時

當一種原廠藥物可取得副廠藥時，原廠藥處方藥物的等級配置可能會改變。如果發生這種情況，您將支付適用於處方藥物所分配等級的費用分攤，或者原廠藥物將從處方藥一覽表中刪除，而且您不再享有該特定原廠藥物的福利。請注意，如果您正在服用的原廠藥物由於副廠藥可供應而被排除或被劃分到較高的等級，則您將在變生效之前收到提前 30 天的書面變更通知。您可要求對不再屬於處方藥一覽表的處方藥獲得處方藥一覽表例外情況承保，如下文以及本合約的**外部上訴**章節中所述。

## 9. 處方藥一覽表例外情況程序

如果處方藥不在我們的處方藥一覽表內，您、您指定的人士或為您開方的醫療保健專業人員可透過書面、電子或電話方式請求對臨床適宜的處方藥進行處方藥一覽表例外情況處理。該請求應包括您的處方醫療保健提供者的聲明，其中表明所有的處方藥一覽表藥物將會或曾經無效、不會與非藥物名冊中的藥物一樣有效、或者將產生副作用。如果承保在我們的標準或加急處方藥一覽表例外情況程序下被拒絕，您有權提出外部上訴，如本合約的**外部上訴**章節中所述。請瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 800-300-8181 (TTY 711) 瞭解有關此流程的更多資訊。

## 10. 處方藥一覽表例外情況的標準審查

我們會在收到您的請求後 72 個小時內做出決定，並透過電話通知您或您的指定人員和處方醫療保健提供者。我們將在收到您的申請後三 (3) 個工作日內以書面形式通知您。如果我們核准請求，我們將在您服用處方藥物時承保處方藥物，包括任何續購藥物。

## 11. 處方藥一覽表例外情況的加急審查

如果您正遭受會嚴重危及您的健康、生命或重新獲得最大功能的疾病的折磨或正使用非處方藥一覽表處方藥進行治療，您可請求進行處方藥一覽表例外情況的加急審查。該請求應包括您的處方醫療保健專業人員的聲明，其中表明如果在我們的標準處方藥一覽表例外情況程序的時間範圍內未提供申請的藥物，則可能會對您造成傷害。我們會在收到您的請求後 24 個小時內做出決定，並透過電話通知您或您的指定人員和處方醫療保健提供者。我們將在收到您的申請後三 (3) 個工作日內以書面形式通知您。如果我們核准請求，我們將在您患有可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大體能的能力之健康狀況，或您目前使用非處方藥一覽表處方藥物治療的期間，承保處方藥物。

## 12. 供藥量限制

除避孕藥、裝置或產品之外，我們將支付在零售藥房購買不超過 30 天的處方藥物供藥量。您需支付費用分攤金額，最多 30 天供藥量。

您可能會同時配發到完整供應 ( 最長 12 個月 ) 的處方避孕藥、裝置或產品。避孕藥、裝置或產品若由參與藥房提供，則不需費用分攤。

福利將會提供給郵購藥房配發的處方藥物最多 90 天供藥量。您需為 30 天供藥量承擔一 (1) 倍費用分攤金額，最多為兩倍 (2) 金額；為 90 天供藥量承擔兩倍半 (2.5) 費用分攤金額。

在網絡內專科藥房取得專科處方藥物可能僅限於 30 天供藥量。您可以瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117 (TTY 711) 瞭解有關專科處方藥物的供應限制的更多資訊。

一些處方藥物可能會根據我們制定的標準進行數量限制，須遵守我們的定期審查和修改。限制可能會限制每個處方或再領取配發的數量和/或每月供應配發的數量。您可登錄我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117 (TTY 711)，確定處方藥物是否已被指定配發的最高數量標準。如果我們拒絕承保超出我們數量標準的數量的請求，您有權根據本合約的**使用審查和外部上訴**章節提出上訴。



### **13. 處方類鴉片藥物的初始限量供應**

如果您取得為期七天藥量的初始限量處方或更少的任何用於急性疼痛的第二、三或四級類鴉片藥物，並且您須支付共付額，您的共付費將按比例分配。如果您在領取七天藥量的 30 天內收到處方藥物的額外供應，該 30 天藥量的剩餘部分的共付額也將按比例分配。在任何情況下，按比例分配的共付額總額不得超過您為 30 天供藥量支付的共付額。

### **14. 口服抗癌藥物的費用分攤**

您對口服抗癌藥物的費用分攤至少與適用於本合約**門診和專業服務**章節下承保的靜脈注射或注射抗癌藥物的費用分攤金額（如果有）一樣優惠。

### **15. 半片劑計劃。**

某些處方藥可能被指定為符合資格參加我們的自願半片劑計劃。該計劃使您有機會透過適用更高效藥物及將其一分為二的方式，將您的處方藥自掏腰包費用減少 50%。如果您正服用合資格的處方藥並願意參與該計劃，請致電您的醫生，以確定半片劑計劃是否適合您的狀況。如果您的醫生同意，該醫生必須為您的藥物開出新處方才能讓您參與計劃。

您可登入我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117（您的 ID 卡上所列的號碼），確定特定處方藥是否符合資格納入自願參與半片劑計劃。

### **16. 拆分配藥計劃。**

拆分配藥計劃旨在防止處方藥或劑量發生變化時浪費處方藥。納入該計劃的處方藥已確定需要更頻繁的隨訪，以監測治療反應和不良反應。對於在指定、零售或郵購藥房配藥的某些藥物，您最初將獲得最多 15 天的供藥量（或平均不孕症治療週期所需的適量藥物）的處方單，而不是按處方單配發全部供藥量。您最初根據配發的藥量支付較少的費用分攤，第二次續配藥物將支付 30 天的費用分攤全額。納入該計劃的處方藥治療類別包括：抗病毒藥/抗感染藥、不孕症、鐵中毒、精神/神經系統疾病、多發性硬化症和腫瘤。該計劃適用於您開始使用新處方藥的前 60 天。該計劃不會根據您或您的提供者的申請而適用。您或您的提供者可以通過造訪我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117（您的 ID 卡上所列的號碼）來選擇退出計劃。

## D. 醫療管理

本合約包括某些功能，以判定何時應承保處方藥物，如下所述。做為這些功能的一部分，您的處方提供者可能會被要求提供更多的細節，然後我們才能判定處方藥物是否具醫療必要性。

### 1. 預先授權

某些處方藥物可能需要進行預先授權，以確保正確使用，並遵守處方藥物承保指南。適當時，您的醫療服務提供者將負責取得處方藥物的預先授權。如果您選擇在未經預先授權的情況下購買處方藥物，您必須支付全部處方藥物的費用，並向我們提交理賠以獲取償付。用於治療藥物使用失調的承保藥物不需要預先授權，包括處方或配發給您的鴉片類藥物過量解毒藥物。

有關需要預先授權的處方藥物清單，請瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 800-300-8181 (TTY 711)。該列表將會不時進行審查和更新。我們還保留對市面上的任何新處方藥或開方協議和/或指示正發生變化的任何現時可用的處方藥要求預先授權的權利，不論其治療分類如何，包括若清單上的處方藥或相關項目在您的合約下不予承保。您的醫療服務提供者可能會與我們聯絡以了解哪些處方藥物有承保。

### 2. 分步治療

分步治療是一個過程，您可能需要使用一種或多種類型的處方藥物，然後我們才會承保另一種具醫療必要性的藥物。「分步治療協定」是指我們的政策、協定或計劃，它確立了我們針對您的病情批准處方藥物的順序。建立分步治療協定時，我們將使用公認、基於證據、經過同行審查的臨床審查標準，此標準還將考慮到非典型患者族群和診斷的需要。我們會查核特定的處方藥物，以確保遵守適當的處方指南。這些指南可幫助您獲得高品質且具成本效益的處方藥物。在分步治療方案下需要預先授權的處方藥物也包括在預先授權藥物清單中。如果分步治療協定適用於您要求的處方藥承保，您、您的指定人員或您的醫療保健專業人員可以依照本合約**利用審查**章節中的規定，要求優先於分步治療的裁決。

### 3. 治療性替代

治療替代品是一個可選擇的方案，告訴您和您的醫療服務提供者有關特定處方藥物的替代品。我們可能會與您和您的醫療服務提供者聯絡，讓您知道這些選擇。只有您和您的醫療

服務提供者才能確定治療替代品是否適合您。我們有一個治療藥物替代品列表，我們會不時的審查和更新。有關治療藥物替代品的問題或疑問，請瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 800-300-8181 (TTY 711)。

## E. 承保限制/條款

1. 我們保留根據醫療必要性（包括可接受的醫療標準和/或 FDA 推薦的指南）限制某些藥物的數量、供應天數、提前續購藥物和/或治療持續時間的權利。
2. 如果我們判定您可能以有害或濫用的方式或有害頻率使用處方藥物，則您對參與藥房和廚房提供者的選擇可能會受到限制。如果發生這種情況，我們可能會要求您選擇一個參與藥房和一個提供者提供和協調所有未來的藥房服務。僅當您使用所選的單一參與藥房時福利才能獲得承保。僅當您的處方單或續購是由所選提供者或您所選提供者授權的提供者開立時，才會支付福利。如果您沒有在我們通知您的日期的 31 天內進行選擇，我們將為您選擇一家參與藥房和/或廚房提供者。
3. 調製處方藥物只有當配方包含在處方藥一覽表中時才被承保，並且需要從核准調製的藥房取得。所有調製處方藥物超過 \$200 者需要您的醫療服務提供者獲得預先授權。
4. 多種特定和/或普遍的「使用管理」規則將不時的被使用，以確保藥物的適當利用。這些規則將符合標準的醫療/藥物治療指南。規則的主要目標是為我們的會員提供以品質為重點的處方藥物福利。如果實施了使用管理規則，並且您正在服用受規則影響的藥物，您將被提前通知。
5. 注射藥物（自行注射藥物除外）和糖尿病胰島素，口服降血糖藥物和糖尿病用品和設備在本章節下不予承保，但在本合約的其他章節下予以承保。
6. 我們不承保施用或注射任何處方藥物的費用。在醫生辦公室提供或施用的處方藥物在本合約的**門診和專業服務**章節下予以承保。
7. 我們不承保根據法律不要求處方的藥物（戒菸藥物除外），根據 HRSA 支持之綜合指南提供的或具有 USPSTF「A」或「B」等級的非處方預防性藥物或裝置，或本合約另有規定。我們不承保具有非處方等效物的處方藥物，除非特別指定為處方藥一覽表中

承保的藥物，或本合約另有規定。非處方等效物是不用處方的藥物，具有與其處方對應物相同的名稱/化學實體。除非處方藥僅作為治療試劑盒或便利套件的一部分提供，否則我們不承保包含承保處方藥的重新包裝產品，例如治療試劑盒或便利套件。治療試劑盒或便利套件包含一種或多種處方藥，並且可與非處方物品包裝在一起，例如手套、手指套、衛生紙巾或外用潤膚劑。

8. 我們不承保處方藥物，以取代那些可能遺失或被盜的藥物。
9. 我們不承保當您在醫院、護理院、其他公共機構、機構住院期間或身為家庭護理病人期間向您分配的處方藥，除非在該等情況下，您或代表您向醫院、療養院、家庭健康機構或家庭護理服務機構或其他公共機構付款的基準並未包含藥物服務。
10. 我們保留拒絕對任何以違反醫療執業標準的方式開立或配發的藥物提供不具醫療必要性或實驗性或研究性的福利的權利。如果承保被拒絕，您有權根據本合約的**使用審查和外部上訴**章節所述提出上訴。
11. 藥房不需要配發以藥劑師的專業判斷不應配發的處方。

## **F. 一般條件**

您必須在取得處方藥物時，向零售藥房顯示您的 ID 卡，或者您必須向藥房提供在正常工作時間內可由我們驗證的身份資訊。您必須在您採購之郵購藥房提供的表格中填上您的 ID 號碼。

1. **藥物利用、成本管理和回扣。**我們進行各種利用管理活動，旨在確保適當的處方藥物使用，避免不當使用，並鼓勵使用具成本效益的藥物。透過這些努力，您可因以具成本效益的方式獲得適當的處方藥物而受益。這些活動產生的成本節約會反映在您的保險費用中。我們也可能不時訂立協議，導致我們從處方藥物生產廠商、處方藥物經銷商或其他人直接或間接收到回扣或其他資金（回扣）。任何回扣是基於我們所有業務中使用處方藥物，而不僅僅是任何一個會員使用處方藥物。我們收到的任何回扣可以全部或部分地適用於透過調整理賠成本或做為調整我們的處方藥物保險費的行政費用部分來降低保費。我們可以全部或部分保留任何此類回扣，以資助新的使用管理活動，社區福利活動和增加保護會員的儲備金等活動。回扣不會改變或減少根據我們的處方藥物承保適用的任何共付額或共同保險之金額。

## G. 定義

本節中使用的術語定義如下。(其他定義的術語可以在本合約的**定義**章節中找到。)

1. **原廠藥物**：是處方藥物：1) 由特定藥品製造商以商標或名稱製造和銷售；或 2) 根據現有數據資源，我們確定為原廠藥處方藥物。由製造商、藥房或您的醫生確定為「原廠名稱」的所有處方藥物可能不被我們列為原廠藥物。
2. **指定藥房**：與我們簽訂協議或與我們簽署代理協議的藥房，提供特定處方藥物，包括但不限於專科處方藥物。藥房是參與藥房的事實並不表示它是指定藥房。
3. **處方藥一覽表**：確定為根據本合約承保的處方藥物之清單。此清單需接受我們的定期審核和修改(每個日曆年最多不超過四次，或者當原廠藥物可作為副廠藥供應時)。若要確定特定的處方藥物被分配哪一個層級，請瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 或致電 833-207-3117 (TTY 711)。
4. **副廠藥**：是處方藥物：1) 在化學上等同於一種原廠藥物；或 2) 我們基於可用的數據資源確定為副廠藥處方藥物。由製造商、藥房或您的醫生確定為「一般」的所有處方藥物可能不被我們歸類為副廠藥。
5. **維持藥物**：用於治療慢性或長期疾病且通常需要每天使用處方藥的處方藥。
6. **非參與藥房**：一個尚未與我們達成協議的藥房以向保戶提供處方藥物。
7. **參與藥房**：是藥房：
  - 與我們或我們的指定人員達成協議，向會員提供處方藥物。
  - 同意接受處方藥物的指定退償率。
  - 被我們指定為參與藥房。

參與藥房可以是零售或郵購藥房。

8. **處方藥物**：經 FDA 批准的藥物、產品或設備，該等藥物、產品或設備根據聯邦或州法律，僅可依照處方分發或配藥，且載於我們的處方藥一覽表。處方藥物包括由於其特性，適合自我給藥或由非專業護理員給藥的藥物。

9. **處方藥物費用**：我們與我們的藥房福利主管之間就參與藥房配發的承保處方藥所簽訂的合約金額，包括配藥費和任何銷售稅。如果您的合約包括在非參與藥房的承保，則在非參與藥房配發的處方藥物之處方藥物費用是使用在大多數參與藥房適用於特定處方藥物的處方藥物費用來計算的。
10. **處方單或續配**：有正式執照的醫療保健專業人員在其執業範圍內開立之處方藥物的指示。
11. **常規和慣例的費用**：藥房對處方藥向個人收取的常規費用，不需要依照 New York 《教育法》第 6826-a 條規定參考第三方向藥房償還的費用。

## 第 XIV 節 - 保健福利

### A. 運動機構償付

我們將部分償付 ( 償還 ) 您每個福利計劃年度的健身中心會費。每六個月，我們將向您償付 \$200 或者實際的會費，以兩者中較少的為準 ( 每六個月高達 \$100 )。

請依照以下步驟以取得資格：

1. 福利計劃年度內每六個月期間，在符合資格的健身中心運動 50 次，年度是指從保險承保生效日期起的 12 個月保險承保期間。
  - 此償付計劃是基於您的福利計劃年度內兩個六個月的期間。例如，如果您的生效日期是 2022 年 1 月 1 日，則第一個六個月期間是從 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 6 月 30 日。第二個六個月期間是從 2022 年 7 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日。
2. 在 24 小時內運動一次。每次運動必須至少間隔八小時 ( 但是不超過一個日曆天 )。
3. 選擇如何選擇健身中心並處理健身房償付：
  - **選擇一：**前往符合資格的健身中心，追蹤您的運動情況，並發送填寫完整的健身中心會籍驗證 (FCMV) 和健身房償付表。符合資格的健身中心：
    - 位於美國並向公眾開放。
    - 有工作人員監督。工作人員監督意代表，在正常營運時間內，健身中心擁有負責監督營運並照顧會員的員工。課程輔導員沒有監督責任。
    - 提供常規的有氧運動、靈活性和/或體重訓練計劃。另請參見下面的**排除與限制項目**標題。
  - **選擇二：**參加認可的線上/虛擬家庭健身課程、直播健身或訂閱。

有關償付計劃的更多詳細資訊，請瀏覽 [ActiveandFit.com](https://ActiveandFit.com)。您還可以下載表格，查看健身中心選項並瞭解如何管理您的健身房償付。如有任何疑問，請瀏覽 [ActiveandFit.com](https://ActiveandFit.com) 或致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡會員服務部。

### 如何獲得您健身中心會費的償付

在每個六個月期間後或在您已完成 50 次運動時，您可以透過以下方式獲得償付：

- 填寫健身房償付表。
- 提供您的追蹤運動期間的健身記錄。

- 使用您的健身中心的電腦列印文件（如果提供）。將列印文件隨附於您填寫完整的健身房償付表。
- 填寫健身房償付表背面的健身記錄。每次運動後，健身中心的工作人員需要在您的記錄表上簽字或蓋章。
- 附上收據或信用卡對帳單（如果您有自動帳單），顯示您在要求償付的時間範圍內支付了健身中心會費。
- 包括一份已簽署的 **FCMV 表格副本**。此表格需要與您的第一份償付申請一起提交，並和/或者每個福利計劃年度為每個符合資格的健身中心提交一次。*FCMV 表格還必須由健身中心代表簽字。*

**注意：**健身房償付和 FCMV 表格可從 [ActiveandFit.com](http://ActiveandFit.com) 網站下載。

#### 如何獲得線上/虛擬家庭健身課程、直播健身或訂閱的償付。

在每個六個月期間後或在您已完成 50 次運動時，您可以透過以下方式獲得償付：

- 填寫健身房償付表。
- 提供您的課程記錄。這可以是顯示出席情況的列印螢幕/螢幕截圖；虛擬課堂工作室列印的鍛煉日誌；或螢幕截圖和列印日誌的組合。
- 附上收據或信用卡對帳單（如果您有自動帳單），顯示您在要求償付的時間範圍內支付了健身中心會費。

備註：線上和虛擬課程不需要 FCMVF。

- 您可以透過兩種方式向我們發送您的文件：
  - 電子郵件：[fitness@exerciserewards.com](mailto:fitness@exerciserewards.com)  
信件主旨請寫：健身房償付申請。  
包括電子副本和掃描副本作為附件。請勿透過電子郵件發送照片文檔（jpeg、png 等）；請將 PDF 或 Excel 格式的文檔作為附件透過電子郵件寄送
  - 將列印的副本發送到：  
Active&Fit ExerciseRewards™  
P.O. Box 509117  
San Diego, CA 92150-9117



如果您在 6 個月期間結束之前因您已經達到 50 次訪問而申請償付，但您的償付申請未達到您的償付最高限額，則您可以繼續提交償付申請，直到 6 個月期間結束為止，最高可達年度償付最高限額。必須在福利計劃年度結束後的 120 天內申請償付。

請瀏覽網站 [ActiveandFit.com](http://ActiveandFit.com) 瞭解關於運動機構償付流程與要求的完整詳情。

## 接收您的償付

繳費期結束後，我們通常會在收到您的完整文件後的 30 天內處理您的償付。

## 排除與限制項目

請注意以下有關健身房償付計劃的內容：

- 19 歲以下的會員沒有資格獲得償付。
- 以下服務和活動不符合資格：康復服務、物理治療服務、鄉村俱樂部、社交俱樂部和運動隊或聯盟。
- 在不符合資格的俱樂部或中心參加有氧/健身活動的費用或會費，以及私人培訓、網球和游泳等課、課程（包括新兵訓練營）、房主協會 (HOA) 費用、教練指導和運動器材或服裝購買的費用，均不符合償付資格。
- 在沒有提供會員資格或課程協議或者沒有工作人員監督的健身中心參與的運動課程不符合資格。
- 償付是基於會員所支付的會費，最高可達年度合約最高償付金額。
- 償付是根據已提交申請的順序來處理的，直到達到最高金額為止。
- 在尚未提供服務的幾個月內，您不會獲得任何償付。如果您提交了針對這幾個月申請，則償付將被拒絕，並且在提供服務後，您將需要提交新的償付申請。
- 在您有資格參加健身房償付計劃之前的運動課程不符合資格。
- 在您的福利計劃年度結束後的 120 天之後收到的償付申請不符合資格。
- 康樂設施服務（例如健身房），包含在您的租金或房主協會費用中。
- 要符合資格獲得償付，您必須使用合格的面向公眾開放的健身俱樂部或中心，或參加認可的線上/虛擬健身課程，這些課程的主要目的是改善或保持身體健康，並需要每月、每年或每半年繳納一次會籍費。

## **B. 健康計劃**

### **1. 目的**

這個保健計劃的目的是鼓勵您在管理您的健康和福祉方面發揮更積極的作用。

### **2. 說明**

我們為使用或參與任何以下健康和健康促進行動和活動提供福利：

- 健康風險評估工具
- 指定的戒菸計劃
- 指定的體重管理計劃
- 指定的壓力管理計劃
- 指定的工作傷害預防計劃
- 指定的健康或健身獎勵計劃
- 指定的健康或健身中心會籍
- 指定的線上保健活動
- 指定的健康活動
- 慢性病的自我管理

### **3. 資格**

您，保戶可以參加健康計劃。

### **4. 參與**

訪問健康計劃的優先選擇方法是透過我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)。您需要具有網際網路訪問權限的裝置才能參與網站上的計劃。但是，如果您無法訪問網際網路，請致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們，我們將為您提供有關在無法訪問網際網路的情況下的參與方式。

### **5. 獎勵**

參加保健計劃的獎勵包括：

- 全額或部分償付參與戒菸或體重管理計劃的費用。
- 全額或部分償付健康俱樂部或健身中心的會籍費用。每六個月，我們將向您償付 \$200 或者實際的會費，以兩者中較少的為準。
- 免除或減少共付額、自付額或共保額。

- 對健康償付帳戶 (HRA) 或健康儲蓄帳戶 (HSA) 的供款。
- 貨幣獎勵則以現金、禮品卡或禮券的形式提供，只要接受者被鼓勵使用獎勵於促進健康的產品或服務，如健康食譜、非處方維他命或運動器材。
- 商品，只要物品是為了促進身體健康，如健康食譜，營養的或運動器材。

## 第 XV 節 - 疾病管理計劃

### 疾病管理

疾病管理 (DM) 計劃可以讓您的生活更豐富。作為您的 Empire 福利的一部分，我們在這裡幫助您瞭解更多關於您健康的資訊，每一個步驟都把您和您的需求放在心上。

我們的團隊包括稱為 DM 案例經理的註冊護士執業者。他們將幫助您瞭解如何更好地管理您的病症或健康問題。您可以選擇免費加入 DM 計劃。

### 我們提供哪些計劃？

如果您有下述任何一種病症，您就可以加入疾病管理計劃，以獲得醫療保健和支援服務：

哮喘	重度憂鬱症 – 成人
躁鬱症	重度憂鬱症 – 兒童和青少年
慢性阻塞性肺病 (COPD)	精神分裂症
充血性心力衰竭 (CHF)	冠狀動脈疾病 (CAD)
HIV/愛滋病	糖尿病
高血壓	藥物使用失調

### 計劃如何運作

當您加入我們的其中一個 DM 計劃時，DM 案例經理將：

- 幫助您建立健康目標，並制定計劃來實現。
- 透過一對一的電話來指導和支援您。
- 追蹤您的進展。
- 提供有關當地支援和護理員的資訊。
- 回答有關您的病症和/或治療計劃（幫助解決健康問題的方法）的問題。
- 傳送材料給您，以瞭解您的病症和整體健康與安康狀況。
- 與您的醫療保健提供者協調您的護理，如幫助您：
  - 約診。
  - 到醫療保健提供者處就診。
  - 如有必要，把您轉介給我們健康計劃內的專科醫生。
  - 獲取任何您需要的醫療設備。
- 提供關於體重管理和戒菸的教育材料和工具（如何停止使用菸草，比如戒菸）。

我們的 DM 團隊和您的初級保健提供者 (PCP) 隨時幫助您滿足您的醫療保健需求。

## 如何加入

如果您符合資格，我們將向您寄送一封歡迎您加入 DM 計劃的信函。或者，請於當地時間週一至週五的上午 8:30 至下午 5:30 間撥打免費電話 888-830-4300 (TTY 711) 聯絡我們。

當您致電時，我們將：

- 首先給您安排一位 DM 案例經理。
- 詢問您一些關於您或您孩子健康的問題。
- 開始一起建立您或您孩子的計劃。

您也可以給我們發電子郵件，地址：[dmself-referral@empireblue.com](mailto:dmself-referral@empireblue.com)。請注意，透過互聯網傳送的電子郵件通常很安全，但有一些風險，第三方可能會在您不知情的情況下存取（或獲取）這些電子郵件。用電子郵件傳送您的資訊，即代表您確認（或知道、瞭解）第三方可能在您不知情的情況下存取這些電子郵件。

您可以隨時選擇退出計劃（我們將把您移出該計劃）。請於當地時間週一至週五上午 8:30 至下午 5:30 間撥打免費電話 888-830-4300 (TTY 711) 聯絡我們，以選擇退出計劃。您也可以隨時給您的 DM 案例經理留下私人訊息。

## 有用的電話號碼

急診狀況請撥打 911。

疾病管理

免費電話：888-830-4300 (TTY 711)

週一至週五

當地時間上午 8:30 至下午 5:30

隨時給您的案例經理留下私人訊息。

非工作時間：

致電每周 7 天，每天 24 小時護士熱線 (24/7 NurseLine)

每週七天，每天 24 小時全天候服務

800-300-8181 (TTY 711)

## 疾病管理計劃之權利與責任

當您加入疾病管理計劃時，您有一定的權利與責任。您有權：

- 瞭解關於我們的詳細資訊，例如：
  - 我們提供的計劃和服務。
  - 我們的工作人員及其任職資格（技能或教育）。
  - 任何合約關係（我們與其他公司存在的交易）。
- 選擇退出 DM 服務。
- 知道哪個 DM 案例經理正在處理您的 DM 服務以及如何要求更改案例經理。
- 獲得我們的支援，以便與您的醫療保健提供者共同作出醫療保健選擇。
- 詢問臨床指導準則中提到的所有與 DM 相關的治療方案（改善方法的選擇，即使某項治療不在您的健康計劃範圍內），並與提供治療的醫療保健提供者討論治療方案。
- 要求對個人資料及醫療資訊保密。
- 知道誰有權獲得您的資訊以及如何確保您的資訊受到保護和保密。
- 受到我們工作人員的禮貌、尊敬的對待。
- 獲得清晰且易於理解的資訊。
- 請在當地時間週一至週五上午 8:30 至下午 5:30 撥打免費電話 888-830-4300 (TTY 711)，以向 Empire 提出投訴，並：
  - 獲得關於如何利用投訴流程的說明。
  - 瞭解 Empire 需要花費多少時間來回覆和解決品質問題和投訴。
  - 為我們提供關於 Disease Management 計劃的意見反應。

### 您也有責任：

- 遵循您與您的 DM 案例經理都同意的護理計劃。
- 為我們提供執行服務所需的資訊。
- 如果您選擇退出（離開該計劃），請告訴我們和您的醫療保健提供者。

疾病管理計劃不向我們的會員推銷公司以外的產品或服務。我們提供的商品和服務不歸 DM 所有，DM 也不會憑藉我們提供的商品和服務從外部公司獲利。

## 第 XVI 節 - 針對某些 ESSENTIAL PLAN 保戶的額外福利

有關費用分攤要求、天數或就診次數限制以及適用於這些福利的任何預先授權或轉診要求，請參閱本合約的**福利明細**章節。

### A. 牙科服務

- 1. 承保的牙科服務。**我們承保一般和例行的牙科服務，如預防性牙科檢查、洗牙、X 光檢查、補牙及其他服務，以檢查牙齒是否出現任何變化或異常而需要進行治療和/或後續護理。
- 2. 如何取得牙科服務。**如需尋找牙醫或更換牙醫，請於東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打 833-276-0847 (TTY 711) 致電 LIBERTY 牙科計劃。會員服務代表將隨時為您提供幫助。許多人會說您的語言，或者提供您需要的任何語言的翻譯服務。
- 3. 牙齒矯正服務。**當您進行醫學上必要的手術治療時，例如頷骨的重建手術，則承保牙齒矯正服務。
- 4. 義齒修復。**當需要全口義齒和/或局部義齒以減輕嚴重的健康狀況或影響就業能力的情況時，則對全口義齒和/或局部義齒予以承保。此服務需要預先授權。除非我們確定為具醫療必要性，否則無論是無法使用、遺失、被盜還是損壞的全口義齒和局部義齒均不得在初次安置後至少八年內進行更換。在八年之前對更換義齒的預先授權請求必須包括您的醫生和牙醫提供的信函。您的牙醫提供的信函必須說明需要更換義齒的具體情況。您的醫生提供的信函必須說明義齒會如何減輕您的嚴重健康狀況或提高您的就業能力。如果在已經更換過一次義齒後的八年內申請更換義齒，則輔助文件記錄資料必須包括對為減輕進一步更換的需求而採取的預防措施的說明。
- 5. 種植牙服務。**在具醫療必要性的情況下會承保牙科種植服務。對種植牙的預先授權請求必須具有您的醫生和牙醫提供的輔助文件記錄資料。您的醫生提供的信函必須說明種植牙會如何減輕您的醫療狀況。您的牙醫提供的信函必須說明為什麼其他用於義齒更換的承保功能性替代品不能修復您的牙齒狀況，以及為什麼您需要種植牙。可提交其他用於申請的輔助文件記錄資料，包括 X 光片。

## **B. 視力服務**

**1. 承保的視力服務。**我們與一家專門提供高品質視力服務的公司 Superior Vision 訂立了合約，以提供視力護理。我們承保下列視力服務：

- 具具醫療必要性時承保眼科醫生、眼鏡配鏡師和驗光師提供的服務，以及具具醫療必要性時承保隱形眼鏡、聚碳酸酯鏡片、義眼，和/或替換遺失或損壞的眼鏡（包括修理服務）。承保由參與提供者開立處方的義眼；
- 視力檢查，通常每 12 個月一次，除非具醫療必要性，則可增加次數；
- 您的醫生指定的低視力檢查及視力輔助設備；
- 眼部疾病或缺陷時的專科醫生預先授權。

**2. 如何取得視力服務。**如果您需要尋找視力服務提供者或更換視力服務提供者，請於東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 9 點撥打 800-879-6901 致電 Superior Vision。

## **C. 非處方藥物（非處方或 OTC）**

除了本合約的**處方藥承保**章節中所述的處方藥承保之外，我們還在持證提供者開立處方時承保非處方 (OTC) 藥物、醫療用品和助聽器電池。

## **D. 足部護理服務**

當您的身體狀況由於局部存在疾病、受傷或涉及足部之症狀而發生危險時，或當作為其他承保服務（糖尿病、潰瘍和感染的診斷和治療）的必要和重要組成部分執行時，我們將承保由足科醫生以外的持證提供者類型提供的常規足部護理。除非您有需要服務的病理狀況，否則我們不會承保足部的常規衛生護理、雞眼及老繭的治療、修剪指甲、清潔或浸泡足部。

## **E. 醫用矯正鞋**

當用於校正、適應或預防腳踝或足部的患病或受傷部位的缺陷或運動範圍障礙時，或者支撐腳踝或足部的虛弱或變形結構或形成肢體支架的重要組成部分時，我們承保醫用矯正鞋。承保範圍包括鞋、鞋修改或鞋添加。我們不承保球鞋和運動鞋。

## **F. 計劃生育服務**

除了**門診和專業服務**章節所述的計劃生育服務外，您還可從我們的參與提供者之一或您選擇的任何適當的 Medicaid 醫療保健提供者享有一些計劃生育和生殖健康服務。無需 PCP



的預先授權，即可享有該等服務。如果您到任何適當的 Medicaid 醫療保健提供者處就診，所承擔的費用將與就診參與提供者之一的費用相同。

以下是您可能從任何 Medicaid 醫療保健提供者或參與提供者享有的計劃生育和生殖健康服務：

1. 根據痛經、宮頸癌或其他骨盆畸形之需要，進行篩查、相關診斷、門診治療和對參與提供者的預先授權。
2. 針對貧血、宮頸癌、糖尿病、蛋白尿、高血壓、乳腺疾病和妊娠，進行篩查、相關診斷和對參與提供者的預先授權。作為計劃生育回診的一部分，進行 HIV 檢測和檢測前後諮詢。
3. 您必須回診參與提供者，以便我們承保以下計劃生育和生殖健康服務：
  - **門診和專業服務**章節所述的計劃生育服務中規定的不孕症治療。
  - 如本合約之**門診和專業服務**章節規定，進行常規婦科護理，包括子宮切除術。
  - 上述沒有規定的其他計劃生育和生殖健康服務。

## G. 非急診交通運送

除了救護車和住院前急診服務章節中的非緊急救護車交通福利外，您還有資格享有非急診交通運送，包括搭乘個人車輛、公共汽車、計程車、輕型救護車以及公共交通工具到醫療就診地。您或您的醫療服務提供者必須致電以下列出的供應商安排交通服務：

New York 市（全部行政區）：醫療諮詢服務 — 844-666-6270

Long Island (Nassau and Suffolk)：LogistiCare — 844-678-1103

所有其他縣市：醫療諮詢服務 - 參見下方：

- Putnam — 855-360-3547

您可以線上取得這些資訊：

[https://emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation\\_PA\\_Guidelines\\_Contact\\_List.pdf](https://emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf)

如果可能，您或您的提供者應在醫療約診前至少三天致電供應商，並提供您的約診日期及時間、地址以及您的就診醫生。

## H. 家庭諮詢

如果您正在接受或需要藥物使用失調的治療，我們會承保門診家庭諮詢就診服務。

## 第 XVII 節 - 排除與限制項目

根據本合約，以下所列不在承保範圍之內：

### A. 航空

除了做為定期航班運營的定期或包租航班的付費乘客之外，我們不承保航空服務。

### B. 療養與監護護理

我們不承保與休息治療、監護或運輸有關的服務。「監護」是指在移動、進食、穿衣、洗澡、如廁等相關活動方面的幫助。監護不包括被判定為具醫療必要性的承保服務。

### C. 轉換療法

我們不承保轉換療法。轉換療法是由精神健康專業人士進行的任何執業，其目的是試圖改變 18 歲以下會員的性取向或性別認同，包括努力改變行為、性別表達，或者消除或減少性或浪漫吸引力或對同性別個人的情感。轉換療法不包括為正要試圖進行性別轉變或正在經歷性別轉變的個人提供的諮詢或治療，這種諮詢或治療提供了對個人的接受、支持和理解，或者促進了個人的應對方式、社會支持、身分探索和發展，包括性取向中性干預措施，以防止或解決非法行為或不安全的性行為，但前提是該諮詢或治療並未試圖改變性取向或性別認同。

### D. 整型美容服務

除非另有說明，否則我們不承保整型美容服務、處方藥物或手術，但整容手術不包括重建手術且此類服務是因相關部位的創傷、感染或疾病引起的手術的附帶服務或緊隨該手術提供的情況除外，以及因承保兒童的先天性疾病或異常（已導致功能缺陷）而提供的重建手術也除外。我們還承保與乳房切除術後的重建手術相關的服務，如本合約中其他章節所規定。整容手術不包括判定為具醫療必要性的手術。若申請 11 NYCRR 56 中所列程序（例如，某些整形外科及皮膚科程序）的申索追溯提交但並無醫療資訊，對於任何拒絕決定，將無需按照本合約的**利用審查**和**外部上訴**章節開展使用審查流程，除非提交醫療資訊。

### E. 美國、加拿大或墨西哥以外的承保

我們不承保在美國、其屬地、加拿大或墨西哥以外提供的照護或治療，除了急診服務、住院前急診醫療服務和救護車服務以處理您的緊急情況。

## **F. 牙科服務**

除以下項目外，我們不承保牙科服務：在事故發生後 12 個月內由於事故對健康的天然牙的傷害而進行的護理或治療；由於先天性疾病或異常而必需的牙科護理或治療；或在本合約的**門診和專業服務**章節中明確規定的牙科護理或治療。我們不承保牙齒矯正服務，除非在本合約的**牙科護理**章節中有具體說明。

## **G. 實驗性或研究性治療**

我們不承保任何實驗性或研究性的醫療保健服務、手術、治療、裝置或處方藥。但是，我們將承保實驗性或研究性治療，包括對您的罕見疾病的治療或您參與臨床試驗時產生的患者費用，如本合約的**門診和專業服務**章節中所述，或者當我們拒絕服務被經州認證的外部上訴代理人推翻時，我們亦將承保。然而，對於臨床試驗，我們不會承保任何研究性藥物或裝置的費用，您接受治療所需的非健康服務，管理研究的費用，或本合約下不承保的非研究性治療的費用。請參閱本合約的**利用審查**和**外部上訴**章節，以進一步解釋您的上訴權利。

## **H. 重罪參與**

由於您參與重罪、暴亂或暴動，我們不會承保任何疾病、治療或醫療狀況。這種排除不適用於對涉及受害人因家庭暴力行為而遭受的傷害的服務或對因您的醫療狀況（包括身體和精神健康狀況）而導致的服務的保險承保。

## **I. 足部護理**

我們不承保常規足部護理因雞眼、老繭、扁平足、足弓下陷、衰弱足、慢性足勞損或腳部症狀性投訴。然而，當您有特定的醫療狀況或疾病導致腿部或腳部的循環障礙或感覺減弱的區域時，我們將承保足部護理。

## **J. 政府機構**

除了法律另有規定外，我們不承保在由任何聯邦、州或其他政府實體擁有或營運的醫院中提供的護理或治療，除非因醫院靠近您受傷或生病的地點而將您送往該醫院，並且提供急診服務是為了處理您的緊急情況。

## **K. 具醫療必要性**

一般來說，我們不會承保我們確定為不具醫療必要性的任何醫療保健服務、程序、治療、檢測、裝置或處方藥物。但是，如果州認證的外部上訴代理人推翻了我們的拒絕，我們

將承保已被拒絕承保的服務、程序、治療、檢測、裝置或處方藥物，只要這種服務、程序、治療、檢測、裝置或處方藥物在本合約的條款下另行承保。

#### **L. Medicare 或其他政府計劃**

如果根據聯邦 Medicare 計劃或其他政府計劃（Medicaid 除外）為這些服務提供福利，我們則不會承保的服務。

#### **M. 軍事服務**

我們不承保因在武裝部隊或輔助部隊服役而導致的疾病、治療或醫療病況。

#### **N. 無過失汽車保險**

對於可獲得強制無過失汽車福利補償的任何損失或其部分，我們不承保任何福利。即使您沒有根據強制性無過失政策對您可用的福利進行適當或及時的理賠，也適用此排除規則。

#### **O. 未列出的服務**

我們不承保本合約中未列出的服務。

#### **P. 家屬提供的服務**

我們不承保被承保人直系親屬的成員執行的服務。「直系親屬」系指子女、繼子女、配偶、父母、繼父母、兄弟姐妹、繼兄弟姐妹、岳父母、子女配偶、配偶的兄弟姐妹、祖父母、祖父母的配偶、孫子女、或孫子的配偶。

#### **Q. 醫院員工單獨收費的服務**

我們不承保醫院、實驗室或其他機構的員工提供的和單獨收費的服務。

#### **R. 免費服務**

我們不承保通常不收取費用的服務。

#### **S. 視力服務**

我們不承保眼鏡或隱形眼鏡的檢查或裝配，但本合約的**視力護理**章節中特別說明的除外。

#### **T. 戰爭**

我們不承保因戰爭導致的申報或未申報的疾病、治療或醫療狀況。

## **U. 勞工賠償**

如果根據任何州或聯邦勞工賠償，僱主責任或職業病法律提供此類服務的福利，我們不會承保服務。

## 第 XVIII 節 - 理賠決定

### A. 理賠

理賠是根據本合約條款提供或支付福利或服務的請求。您或醫療服務提供者必須向我們提交理賠申請表。如果醫療服務提供者不願意提交理賠申請表，您將需要向我們提交。

### B. 理賠通知

服務理賠必須包括我們在處理理賠時指定的所有資訊，包括但不限於：會員 ID 號碼；姓名；出生日期；服務日期 服務類型 每項服務費用；適用的服務程序代碼；診斷碼；收取費用的醫療服務提供者的姓名和地址；並在必要時支持的醫療記錄。不包含所有必要資訊的理賠申請將不被接受，必須重新提交所有必要的資訊。欲索取表格可致電 800-300-8181 (TTY 711) 與我們聯絡或瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)。完成的理賠申請表格應發送到您的 ID 卡上的地址。

### C. 提交理賠的時限

在收到要求付款的服務後，服務理賠必須在 120 天內提交給我們付款。如果在 120 天內提交理賠是不合理的，您必須在合理可能的情況下盡快提交。

### D. 禁止預先授權的理賠

我們不被要求支付醫療服務提供者根據 New York 《公共衛生法》第 238-a(1) 條所禁止預先授權提供的臨床實驗室服務、藥房服務、放射治療服務、物理治療服務或 X 光檢查或影像攝影服務的任何理賠、帳單或其他要求。

### E. 理賠決定

我們的理賠決定程序適用於與醫療必要性或實驗性或研究性確定無關的所有理賠。例如，我們的理賠決定程序適用於合約福利拒絕和預先授權。如果您不同意我們的理賠決定，您可以根據本合約的**申訴程序**章節提交申訴。

有關醫療必要性或實驗性或研究性決定的使用審查程序和上訴程序的說明，請參閱本合約的**利用審查和外部上訴**章節。

## **F. 服務前理賠決定**

1. 服務前理賠是指在收到其之前要求提前核准服務或治療的請求。如果我們有所有必要的資訊來確定服務前的理賠（例如承保福利決定或預先授權），我們將在收到您的理賠 15 天內做出決定並通知您（或您的指定人員）。

如果我們需要額外資訊，我們將在收到理賠後的 15 天內提出申請。您將有 45 個日曆日提交資訊。如果我們在 45 天內收到資訊，我們將在收到資訊後 15 天內以書面形式做出決定並通知您（或您的指定人員）。如果在 45 天內沒有收到所有必要的資訊，我們將在 45 天期間的 15 個日曆日內做出決定。

2. **緊急服務前審查**。關於緊急服務前請求，如果我們有一切做決定必要的資訊，我們將在收到請求後 72 小時內做出決定並透過電話通知您（或您的指定人員）。書面通知將在決定之後的三個日曆日內寄出。如果我們需要額外資訊，我們將在 24 小時內提出申請。然後您將有 48 小時提交資訊。我們將在收到資訊後或 48 小時期限屆滿後（以較早者為準）48 小時內做出決定並透過電話通知您（或您的指定人員）。書面通知將在決定之後的三個日曆日內寄出。

## **G. 服務後理賠決定**

服務後理賠是對您已收到的服務或治療的請求。如果我們有所有必要的資訊來確定服務後理賠，我們將在收到理賠後的 30 個日曆日內做出決定並在我們拒絕全部或部分理賠的情況下通知您（或您的指定人員）。如果我們需要額外資訊，我們將在 30 個日曆日內提出申請。然後，您將有 45 個日曆日提供資訊。我們將在收到資訊後或 45 天期限屆滿後（以較早者為準）15 個日曆日內做出決定並在我們拒絕全部或部分理賠的情況下以書面形式向您（或您的指定人員）發出通知。

## **H. 理賠的支付**

如果我們的賠償義務合理清晰，我們將在確定付款應付後 15 天內，但不遲於收到透過網際網路或電子郵件提交理賠後 30 天內，以及透過其他方式（包括紙本或傳真）提交理賠後 45 天內支付理賠。如果我們要求您提供額外資訊，我們將在 30 天內對於透過網際網路或電子郵件提交的理賠或 45 天內對於透過其他方式提交的理賠，包括透過紙張或傳真收到此資訊支付賠償。

## 第 XIX 節 - 申訴程序

### A. 申訴

我們的申訴程序適用於任何與醫療必要性或我們做出的實驗性或研究性決定不相關的問題。例如，申訴適用於合約福利拒絕、問題或您對我們的行政政策或對醫療服務提供者的使用的疑慮。

### B. 提出申訴

您可撥打 800-300-8181 (TTY 711) ( 您 ID 卡上的號碼 ) 聯絡我們或以書面形式提交申訴。若要提出提出書面申訴，您必須使用我們的申訴表。您可以提交與拒絕轉診或承保福利決定相關的口頭申訴。我們可能會要求您簽署口頭申訴的書面確認信，此信由我們準備提供。從您收到您要求我們審查的決定時起，您或您的指定人員最多有 180 個日曆天的時間提出申訴。

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

我們將對所有要求與討論保密，我們不會因為您的問題採取任何歧視行動。根據您的查詢的性質，我們有標準和加急申訴的處理過程。

您可以要求我們向您寄送有關申訴或申訴上訴裁決的電子通知，而不是透過書面或電話方式通知。如果您希望收到電子通知，您必須提前告知我們。要選擇接收電子通知，請致電 800-300-8181 (TTY 711) ( 您的 ID 卡上所列的號碼 ) 或造訪我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)。您隨時可選擇不接收電子通知。

### C. 申訴決定

符合資格的人員將審查您的申訴，或您的申訴是臨床問題，則持證、經認證或註冊的醫療保健專業人員將會予以調查。我們將對申訴做出決定，並會在以下時間框架內通知您：

<p><b>加急/緊急申訴：</b> <b>僅限加急申訴/上訴</b> <b>傳真：866-495-8716</b></p>	<p>電話通知將在收到所有必要資訊後的 48 小時內或收到申訴後的 72 小時內提供，以兩者中時間較早者為準。書面通知將在收到申訴後的 72 小時內提供。</p>
--	---



<u>服務前申訴</u> ：( 對尚未提供的服務或治療提出的要求。 )	書面決定將於收到申訴後的 15 個日曆天內提供。
<u>服務後申訴</u> ：( 對已經提供的服務或治療提出的理賠。 )	書面決定將於收到申訴後的 30 個日曆天內提供。
<u>所有其他申訴</u> ：( 與服務或治療理賠或要求無關。 )	書面決定將在收到申訴後的 30 個日曆天內提供，但不超過收到所有必要資訊後的 45 個日曆天。

#### D. 協助

如果您對我們的申訴裁決感到不滿，或者在任何其他時間您不滿意，您可以：

**撥打電話 800-206-8125 聯絡 New York 州衛生署；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  
電子郵件地址：[managedcarecomplaint@health.ny.gov](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)  
網站：[health.ny.gov](http://health.ny.gov)

**撥打電話 800-342-3736 聯絡 New York 州金融服務署；或寫信至：**

New York State Department of Financial Services  
Consumer Assistance Unit  
1 Commerce Plaza  
Albany, NY 12257  
網站：[dfs.ny.gov](http://dfs.ny.gov)

如果您需要幫助提出申訴，您也可以聯絡州獨立的消費者協助計劃：

Community Health Advocates  
633 Third Ave., 10th Floor  
New York, NY 10017  
或撥打免費電話：888-614-5400  
電子郵件：[cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)  
網站：[communityhealthadvocates.org](http://communityhealthadvocates.org)

## 第 XX 節 - 利用審查

### A. 利用審查

我們檢查健康服務，以確定服務是否具醫療必要性的，還是實驗性或研究性的（具醫療必要性的）。這個過程稱為使用審查。使用審查包括所有審查活動，無論是在執行服務之前進行（預先授權）；當服務正在執行時（同步）；或服務執行後（事後）。如果您有關於使用審查流程的疑問，請致電 800-300-8181 (TTY 711)。免費電話號碼每周提供至少 40 小時，並提供正常工作時間外電話答錄機。

服務不具具醫療必要性的所有決定將由以下做出：1) 持證醫生；或 2) 與通常管理您的醫療狀況或疾病或提供接受審查的醫療保健服務的醫療服務提供者處於同一專業和相同或相似專業的持證、認證、註冊或資格認可的醫療保健專業人員；或 3) 關於精神健康或藥物使用失調治療，持證醫生或持證、認證、註冊或資格認證的醫護專業人士，專門從事行為健康，並具有提供精神健康或藥物使用失調療程方面的經驗。我們不會對我們的員工或審核人員針對確定服務不具具醫療必要性而進行補償或提供財務獎勵。

我們制定了指南和協議，以協助我們進行這個處理程序。我們將使用基於證據和同行審查的臨床審查標準工具，這些工具適合患者的年齡，並由 OASAS 指定用於物質使用障礙治療或由 OMH 批准用於精神健康治療。具體的準則和協議可根據要求供您進行審查。如需更多資訊，請致電 800-300-8181 (TTY 711) 或瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)。

### B. 預先授權審查

#### 1. 非緊急預先授權審查

如果我們具有作出關於預先授權審查的決定所需的所有資訊，我們會在收到請求後三 (3) 個工作日內作出決定並電話及書面通知您（或您的指定人士）和您的提供者。

如果我們需要額外資訊，我們將在三 (3) 個工作日內提出申請。您或您的醫療服務提供者將有 45 個日曆日提交資訊。如果我們在 45 天內收到所要求的資訊，我們將在收到資訊後三個工作日內做出決定並透過電話和書面形式通知您（或您的指定人員）和您的醫療服務提供者。如果在 45 天內沒有收到所有必要的資訊，我們將在收到要求的部分資訊後或 45 天期限屆滿後（以較早者為準）15 個日曆日內做出決定。

**2. 緊急預先授權審查。**關於緊急預先授權請求，如果我們有一切做決定必要的資訊，我們將收到請求後 72 小時內做出決定並透過電話通知您（或您的被指示者）和您的醫療服務提供者。書面通知將在收到請求後三個工作日內提供。如果我們需要額外資訊，我們將 24 小時內提出申請。您或您的醫療服務提供者將有 48 小時提交資訊。我們將在收到資訊後或 48 小時期限屆滿後（以較早者為準）48 小時內作出決定并電話及書面通知您（或您的指定人士）和您的提供者。書面通知將在我們收到相關資訊後三個工作日內或作出口頭通知後三個日曆日內（以較早者為準）提供。

**3. 法院命令的治療。**自 2016 年 4 月 1 日當日或之後發布或續約本合約之日起生效，對於請求提供尚未提供的精神健康和/或物質使用障礙服務的要求，如果您（或您的指定人士）以財務服務監督人規定的格式證明，您將或已經在具有適當管轄權的法庭出庭，且根據法庭的命令需要該等服務，我們將在收到相關請求後 72 小時內作出決定，並電話通知您（或您的指定人士）和您的提供者。書面通知將在收到請求後三個工作日內提供。在可行的情況下，電話和書面通知也將提供給法院。

**4. 住院康復服務審查。**在收到承保住院之後由醫院或專業護理設施提供的住院康復服務的預先授權申請後，我們將在收到必要資訊後一個工作日內作出決定並電話及書面通知您（或您的指定人士）和您的提供者。

**5. 危機情況穩定中心。**根據 New York 《精神衛生法案》第 36.01 條獲得許可的參與危機情況穩定中心提供的服務承保不受預先授權的約束。我們可能會回顧性審查危機情況穩定中心提供的治療，以確定其是否具醫療必要性，並且我們將使用 OASAS 指定或 OMH 批准的臨床審查工具。如果參與本計劃的危機情況穩定中心的任何治療因不具醫療必要性而被拒絕，您只需承擔原本適用於您的治療的任何費用分攤。

## **C. 同步審查**

### **1. 非緊急同步審查**

在護理期間針對服務的利用審查決定（同步審查）將在收到所有必需資訊後一個工作日內作出，並電話及書面通知您（或您的指定人士）。如果我們需要額外資訊，我們將一個工作日內提出申請。您或您的醫療服務提供者將有 45 個日曆日提交資訊。我們會在收到資訊後一（1）個工作日內作出決定並電話及書面通知您（或您的指定人士），或若我們並

沒有收到相關資訊，我們會在收到要求的部分資訊後 15 個日曆日內或 45 天期限屆滿後 15 個日曆日內（以較早者為準）作出決定及發出通知。

## **2. 緊急同步審查**

對於涉及延長緊急醫療的同步審查，如果在以前核准的治療期限之前至少 24 小時提出承保請求，我們將在收到要求 24 小時內做出決定並透過電話通知您（或您的指定人員）。書面通知將在收到請求的一個工作日內提供。

如果保險承保請求未在前批准批准的治療期滿前提前至少 24 小時提出，且我們有作出決定所需的所有資訊，我們將在 72 小時或收到請求後一個工作日內（以較早者為準）作出決定並書面通知您（或您的指定人士）和您的提供者。如果我們需要額外資訊，我們將在 24 小時內提出申請。您或您的醫療服務提供者將有 48 小時提交資訊。我們會在一個工作日或收到資訊後 48 小時內（以較早者為準）作出決定並書面通知您（或您的指定人士），或若我們並沒有收到相關資訊，我們會在 48 小時期限屆滿後 48 小時內作出決定及發出通知。

## **3. 居家健康護理審查**

在入院住院治療後，收到家庭護理服務的請求，我們將在收到資訊後一個工作日內做出決定，並透過電話和書面形式通知您（或您的被告）和您的醫療服務提供者。如果請求之後一天屬於週末假期，我們將在收到必要資訊後 72 小時內做出決定，並通知您（或您的指定人員）。當我們收到家庭護理服務的請求和所有必要的資訊後，您從住院治療出院後，而當我們正在等待對該請求的決定時，我們不會拒絕接受家庭護理服務的承保。

## **4. 住院藥物使用失調治療審查**

如果對住院物質使用障礙治療的請求是在住院物質使用障礙治療出院前至少 24 小時向我們提出，我們將在收到請求後 24 小時內做出決定，並在我們的決定待定期間提供對住院物質使用障礙治療的保險承保。

## **5. 在參與本計劃的 OASAS 認證的設施的住院藥物使用失調治療**

在參與本計劃的 OASAS 認證的機構的住院物質使用障礙治療的承保不需預先授權。如果 OASAS 認證的機構在住院後兩個工作日內通知我們住院和初始治療計劃，住院頭 28 天的承保不需同步審查。住院頭 28 天後，我們可以審查整個住院時間，以判定是否具醫療必要

性。如果任何停留被拒絕，認為不具醫療必要性，您只需要支付網絡內費用分攤，適用於您的住院。

**6. 在參與 OASAS 認證的機構進行門診藥物使用失調治療** 參與 OASAS 認證機構的門診、重症門診、門診康復和鴉片類藥物治療的承保無需預先授權。如果 OASAS 認證的機構在兩個工作日內通知我們開始治療和初始治療計劃，連續治療的前 4 週（不超過 28 次就診）的承保不需同步審查。在連續治療的前 4 週（不超過 28 次就診）之後，我們可能會對整個門診治療進行審查，以確定治療是否具醫療必要性，並且我們將使用由 OASAS 指定的臨床審查工具。如果門診治療的任何部分被拒絕，認為不具醫療必要性，您只需要支付網絡內費用分攤，適用於您的門診治療。

#### **D. 事後審查**

如果我們有所有必要的資訊來決定關於事後理賠，我們將在收到請求後的 30 個日曆日內做出決定並通知您。如果我們需要額外資訊，我們將在 30 個日曆日內提出申請。您或您的醫療服務提供者將有 45 個日曆日提供資訊。我們將在收到資訊後或 45 天期限屆滿後（以較早者為準）15 個日曆日內做出決定並以書面形式向您發出通知。

一旦我們有了做出決定的所有資訊，我們未能在上述適用時間範圍內進使用審查做出決定，將被視為可提出內部上訴的不利判定。

#### **E. 對預先授權服務的事後審查**

在以下情況下，我們可能只會撤回預先授權的治療、服務或程序：

- 事後審查提交給我們的相關醫療資訊與預先授權審查中提供的資訊有重大差異。
- 事後審查中提供給我們的相關醫療資訊在預先授權時存在，但被扣留或沒有提供給我們。
- 在進行預先授權審查之前，我們並不瞭解這些資訊的存在。
- 如果我們知道這些資訊，則不會授權請求的治療、服務或程序。做出決定是使用在預先授權審查期間使用的相同的具體標準、準則或程序。

## F. 優先於分步治療的裁決

您、您的指定人員或您的醫療保健專業人員可以要求優先於分步治療協定的裁決，以承保您的醫療保健專業人員選擇的處方藥物。對優先於分步治療協定的裁決執行使用審查時，我們將使用適用於您和您的病情且公認、基於證據、經過同行審查的臨床審查標準。

**1. 支持的理由和文件記錄。** 優先於分步治療協定的裁決要求應包括來自醫療保健專業人員的支持的理由和文件記錄，證明：

- 要求的處方藥物被禁用或者將可能對您造成不良反應或生理或心理傷害。
- 基於您已知的臨床歷史、病情和處方藥物療法，預計要求的處方藥物將無效。
- 在由我們承保期間或在您之前的健康保險下，您已試過要求的處方藥物，或者相同藥物類別下的或具有相同作用機制的其他處方藥物，而且因為沒有效力、效果減退或出現不良事件而中止了使用此處方藥物。
- 您在使用您的醫療保健專業人員所選的處方藥物期間病情穩定，但是這不妨礙我們要求您嘗試 AB 級等效副廠藥。
- 要求的處方藥物對您不是最有利，因為它將可能對您遵循或遵守照護計劃造成嚴重障礙，將可能惡化並存病情，或者將可能會削弱您在執行日常活動時達到或維持合理功能的能力。

**2. 標準審查。** 我們將做出優先於分步治療協定的裁決，並在收到支持的理由和文件記錄後的 72 小時內向您（或您的指定人員）提供通知，適當時，向您的醫療保健專業人員提供通知。

**3. 加急審查。** 如果您患有疾病，沒有醫療保健專業人員開出處方藥物，您的健康將處於嚴重的危險之中，那麼我們將在收到支持的理由和文件記錄後 24 小時內做出優先於分步治療協定的裁決。

若在要求優先於分步治療協定的裁決後未提交要求的支持的理由和文件記錄，我們將要求您於 72 小時內提供此等資訊以進行預先授權和事後審查，對於同步審查，時間要求為 72 小時或一個工作日，以時間較少者為準，對於加急審查，時間要求為 24 小時。您或您的醫療保健專業人員將有 45 個日曆天提交資訊以進行預先授權、同步審查和事後審查，對於加急審查，時間要求為 48 小時。對於預先授權審查，我們將在收到此等資訊後 72 小時

內或未收到此等資訊時 45 天期間結束後的 15 個日曆天內做出裁決，並向您（您的指定人員）和您的醫療保健專業人員提供通知，以兩者中時間較早者為準。對於同步審查，我們將在收到此等資訊後 72 小時或一個工作日內或未收到此等資訊時 45 天期間結束後的 15 個日曆天內做出裁決，並向您（您的指定人員）和您的醫療保健專業人員提供通知，以上方各時間中較早者為準。對於事後審查，我們將在收到此等資訊後 72 小時內或未收到此等資訊時 45 天期間結束後的 15 個日曆天內做出裁決，並向您（您的指定人員）和您的醫療保健專業人員提供通知，以兩者中時間較早者為準。對於加急審查，我們將在收到此等資訊後 24 小時內或未收到此等資訊時 48 小時期間結束後的 48 小時內做出裁決，並向您（您的指定人員）和您的醫療保健專業人員提供通知，以兩者中時間較早者為準。

若我們未在收到支持的理由和文件記錄後 72 小時內（對於加急審查，則是 24 小時）做出裁決，優先於分步治療協定的要求將被批准。

若我們裁定分步治療協定應被拒絕，我們將授權為您的治療醫療保健專業人員開出的處方藥物直接承保。不利的優先於分步治療裁決符合上訴的條件。

## **G. 重審**

如果我們沒有嘗試諮詢您的醫療服務提供者，該提供者在做出不利判定之前推薦承保的服務，則醫療服務提供者可以請求由做出不利判定的同一位臨床同行審查員，或指定的臨床同行審查員（如果無法使用原始臨床同行審查員）重新審核。對於預先授權和同步審查，重新審查將在重新審查請求的一個工作日內進行。如果不利判定沒有改變，將透過電話和書面形式向您和您的醫療服務提供者發出不利判定的通知。

## **H. 使用審查的內部上訴**

您、您的指定人員以及在事後審查案例中您的醫療服務提供者，可以透過電話或書面形式針對不利判定提出內部上訴。

您收到不利判定通知後，最多可以有 180 個日曆日提交上訴。我們將在收到後 15 個日曆日內確認您的內部上訴。此確認將包括處理您上訴之人的姓名、地址和電話號碼，並且在必要時，將在做出裁決前通知您所需的任何額外資訊。上訴將由臨床同行審查員做出裁決，此審查員不隸屬於做出初始不利裁決的臨床同行審查員，且身份為與通常管理問題中疾病或病情的提供者具有相同或類似專業的 (1) 醫生或 (2) 醫療保健專業人員。

1. **網絡外的服務遭拒絕。**當我們判定網絡外健康服務與可用的網絡內健康服務沒有什麼不同時，您也有權要求對網絡外健康服務遭拒絕的預先授權提出上訴。拒絕網絡外健康服務是由非參與提供者提供的服務，但僅當服務不能從參與提供者取得時。對於拒絕網絡外健康服務的使用審查上訴，您或您的指定人員必須提交：
  - 您主治醫生的書面聲明，主治醫生必須是持證、經委員會認證或符合委員會資格的醫生，有資格在適合治療您的病情的專業領域執業，請求的網絡外健康服務實質上不同於從我們核准治療您的疾病的參與提供者提供的替代健康服務；且
  - 現有醫學和科學證據中的兩 (2) 份文件表明是網絡外服務：1) 可能比替代網絡內服務對您更有臨床益處；和 2) 網絡外服務的不利風險可能不會大大增加網絡內的健康服務。
  
2. **網絡外轉診；授權拒絕。**若我們確定我們有參與提供者俱有適當的培訓和經驗以滿足您的特定醫療保健需求，並且能夠提供所需醫療保健服務，您還有權對拒絕轉診請求、非參與提供者的授權請求提出上訴。對於網絡外轉診或授權拒絕的利用審查上訴，您或您的指定人員必須提交您的主治醫生的書面聲明，主治醫生必須是持證、經委員會認證或符合委員會資格的醫生，有資格在適合治療您的病情的專業領域執業：
  - 我們建議的參與提供者沒有適當的培訓和經驗來滿足您對醫療保健服務的特定醫療保健需求；且
  - 推薦一位有適當訓練和經驗，能夠提供所需醫療保健服務的非參與提供者，以滿足您特殊的醫療保健需求。

#### I. 標準上訴。

1. **預先授權上訴。**如果您的上訴涉及預先授權請求，我們將在收到上訴申請後的 30 個日曆日內做出決定。在做出決定後的兩個工作日內，不遲於收到上訴申請後的 30 個日曆天內，將向您（或您的指定人員）提供書面裁決通知，並在適當情況下向您的醫療服務提供者提供。
  
2. **事後上訴。**如果您的上訴涉及追溯理賠，我們將在收到上訴所需資訊後 30 個日曆天內或收到上訴後 60 天內（以較早者為準）對上訴做出裁定。在做出決定後的兩個工作日內，不遲於收到上訴申請後的 60 個日曆天內，將向您（或您的指定人員）提供書面裁決通知，並在適當情況下向您的醫療服務提供者提供。



- 3. 加急上訴。**對於持續或延長的醫療保健服務、在繼續治療過程中提供的額外服務、住院治療出院後的家庭醫療保健服務、醫療服務提供者要求立即審查的服務、可能受法院命令的精神健康和/或藥物使用失調服務的審查，或任何其他緊急事項的上訴將會加急處理。加急上訴不適用於事後審查。對於加急上訴，您的提供者可在我們收到上訴請求後一個工作日內以合理的方式聯絡指定負責該上訴的臨床同行審查員。您的醫療服務提供者和臨床同行審查員可以透過電話或傳真交換資訊。加急上訴將在我們收到上訴後 72 小時內或收到執行上訴所需的資訊後兩個工作日內（以較早者為準）作出決定。在做出裁決後的 24 小時內，不遲於收到上訴申請後的 72 小時，我們將向您（或您的指定人員）提供書面裁決通知。

我們未能在收到標準申訴的必要資訊後的 60 個日曆日內，或在收到加急上訴的必要資訊後的兩個工作日內做出決定，將被視為逆轉最初的不利判定。

- 4. 物質使用上訴。**如果我們拒絕住院患者出院前至少 24 小時提交的物質濫用疾患住院治療請求，您或您的醫療服務提供者提出我們不利判定的快速內部上訴，我們將在收到上訴申請 24 小時內做出決定。如果您或您的醫療服務提供者在收到我們的不利判定後的 24 小時內提出加急內部上訴和加急外部上訴，在內部上訴和外部上訴待決期間，我們還將為藥物使用失調住院治療提供保險承保。

## **J. 對上訴的全面公正的審查**

我們將免費為您提供我們考慮、依據或產生的任何新的或其他證據，或與您的上訴相關的任何新的或其他理論依據。證據或理論依據將在需要提供最終不利裁決通知的日期之前盡快並充分提供，以使您有合理的機會在該日期之前做出答覆。

## **K. 上訴援助。**

如果您在提出上訴時需要幫助，您也可以聯絡州獨立的消費者協助計劃：

Community Health Advocates

633 Third Ave., 10th Floor

New York, NY 10017

或撥打免費電話：888-614-5400

電子郵件：cha@cssny.org

網站：communityhealthadvocates.org

## 第 XXI 節 - 外部上訴

### A. 您提出外部上訴的權利

在某些情況下，您有權利因拒絕承保而提出外部上訴。如果我們因服務不具醫療必要性（包括適當性、醫療保健環境、醫療保健等級或承保福利的有效性）拒絕承保；或是一種實驗性或研究性治療（包括罕見疾病的臨床試驗和治療）；或者是網絡外的治療；或者是急診服務或意外帳單（包括是否應用了正確的費用分攤），您或您的代表可以向外部上訴代理人（州政府認證的獨立第三方）提出上訴。

為了讓您有資格取得外部上訴，您必須符合以下兩個要求：

- 服務、程序或治療必須是本合約下的承保服務；和
- 一般來說，您必須透過我們內部上訴程序獲得最終的不利判定。但是，即使您沒有透過我們的內部上訴流程收到最終的不利判定，您也可以提出外部上訴，如果：
  - 我們書面同意豁免內部上訴。我們不需要同意您的豁免內部上訴的請求。
  - 您在申請加急內部上訴的同時提出外部上訴。
  - 我們未能遵循使用審查理賠處理要求（除了不太可能對您造成偏見或損害的輕微違規行為外，並且我們證明該違規是出於正當理由或由於超出我們控制的事項所致，且發生在您與我們之間的持續、真誠資訊交換過程中）。

### B. 您有權利對服務不具醫療必要性的裁定提出上訴

如果我們以服務不具醫療必要性為由拒絕承保，如果您符合上述「A」段的外部上訴要求，則可以向外部上訴代理人提出上訴。

### C. 您有權利對服務具有實驗性或研究性的決定提起上訴

如果我們以服務是實驗性或研究性治療（包括臨床試驗和罕見疾病治療）為由拒絕承保治療，您必須滿足上述「A」段對外部上訴的兩項要求，您的主治醫生必須證明您的病情或疾病屬於以下其中一種情況：

1. 標準健康服務無效或醫療上不適當；
2. 具有兩(2)份可用的醫療及科學證據證明文件可能比任何標準承保服務對您更有益的服務、程序或治療（只有若干文件會被視為支援該建議 - 您的治療醫生應聯絡州政府，以獲得關於哪個文件會被考慮或可接受的最新資訊）；或
3. 存在臨床試驗或罕見病症治療（如法律定義）。

此外，您的主治醫生必須推薦以下之一：

1. 來自現有醫學和科學證據的兩個文件的服務、程序或治療可能比任何標準承保的服務更有益於您（只有特定文件將被視為支持本建議）。您的主治醫生應聯繫州政府，瞭解關於目前哪些文件將被考慮或是可接受的資訊。）
2. 您有資格獲得的臨床試驗（只有若干臨床實驗會被考慮）。
3. 您的主治醫生證明，罕見的疾病治療方法是證明沒有標準治療可能比您所要求的服務更有臨床益處，所要求的服務可能會使您在治療您的罕見疾病方面獲益，而這種益處超過服務的風險。此外，您的主治醫生必須證明您的病情是目前或以前受到國家衛生研究院罕見疾病臨床研究網絡研究的罕見疾病，或每年影響不到 20 萬美國居民。

為了本節的目的，您的主治醫生必須是有資格在適合治療您的病症或疾病的領域執業的執照，委員會認證或符合委員會資格的醫生。此外，對於罕見疾病治療，主治醫生可能不是您的治療醫生。

#### **D. 您有權利對服務是網絡外的判定提出上訴**

如果我們拒絕對網絡外治療進行承保，因為它與在網絡內提供的健康服務沒有實質的差異，如果您符合段落「A」中的外部上訴的兩項要求，且您已要求網絡外治療的預先授權，則您可以向外部上訴代理人提出上訴。

此外，您的主治醫生必須證明網絡外服務與替代推薦的網絡內健康服務有重大差異，並且根據可用的醫學和科學證據的兩個文件，可能比替代的網絡內治療更有臨床上益處，並且所要求的健康服務的不利風險可能不會比替代的網絡內健康服務大大增加。

醫生必須是有資格在適合治療您的醫療服務專業領域執業的執照，委員會認證或符合委員會資格的醫生。

#### **E. 您有提出對網絡外非參與提供者預先授權遭拒絕的上訴權利**

如果我們拒絕承保非參與提供者預先授權的請求，因為我們判定我們有參與提供者俱有適當的訓練和經驗，能夠滿足您的特定醫療保健需求以提供所需的醫療保健服務，如果您符合上述「A」段落對外部上訴的兩項要求，則您可以向外部上訴代理人提出上訴。

此外，您的主治醫生必須：證明我們推薦的參與提供者沒有適當的訓練和經驗來滿足您特定的醫療保健需求；並建議一個非參與提供者具有適當的訓練和經驗，以滿足您特定的醫療保健需求，能夠提供所需的醫療保健服務。

為了本章節的目的，您的主治醫生必須是有資格在專業領域執業的執照，委員會認證或符合委員會資格的醫生，能夠治療您，提供您所需的健康服務。

#### **F. 您有權利對處方藥一覽表例外情況拒絕提出上訴**

如果我們拒絕您透過我們的處方藥一覽表例外情況程序，對非處方藥一覽表處方藥物申請承保，您、您的指定人員或醫療保健專業人員可以向外部上訴代理人針對處方藥一覽表例外情況承保拒絕提出上訴。請參閱本合約的**處方藥承保**章節，瞭解有關處方藥一覽表例外情況程序的更多資訊。

#### **G. 外部上訴程序**

作為會員，從收到最終不利判定，或收到內部上訴程序的棄權書，提出外部上訴的書面申請，您有四個月的時間。從收到最終的不利判定，或收到內部上訴的棄權書，提出外部上訴，您的醫療服務提供者 60 天的時間。

如果您根據我們未能遵守理賠處理要求提出外部上訴，您將有四個月的時間從提交外部上訴的書面申請。

我們將提供外部上訴申請表，並透過我們的內部上訴程序發出最終不利判定，或我們書面的內部上訴棄權書。您也可以撥打 800-400-8882，向 New York 州金融服務署申請外部上訴。將完成的申請以申請表上的地址提交給金融服務署。如果您符合外部上訴的標準，州政府會將該請求轉交給認證的外部上訴代理人。

如果外部上訴代理人判定您提交的資訊與我們所根據拒絕的資訊有變更，外部上訴代理人將與我們分享此資訊，以便我們行使重新審查我們的決定之權利。如果我們選擇行使這項權利，我們將有三個工作日來修改或確認我們的決定。請注意，在加急外部上訴（如下所述）的情況下，我們沒有權利重新審查我們的決定。

一般情況下，外部上訴代理人必須在收到完成的申請表後 30 天內做出決定。外部上訴代理人可能要求您，您的醫生或我們提供額外資訊。如果外部上訴代理人要求提供額外資

訊，則另外還有五個工作日做出決定。外部上訴代理人必須在兩個工作日內以書面通知您其所做的決定。

如果您的主治醫生證明延遲提供被拒絕的服務會對您健康造成立即且嚴重的威脅；或者如果您的主治醫生證明標準的外部上訴時限將會嚴重損害您的生命、健康或恢復最佳體能的能力；或者如果您取得急診服務，還沒有從機構中出院，拒絕關係到入院，可以取得的照護或繼續住院，您可以要求加急的外部上訴。在這種情況下，外部上訴代理人必須在收到完成的申請後 72 小時內做出決定。在做出決定後，外部上訴代理人必須立即透過電話或傳真通知您和我們該決定。外部上訴代理人還必須書面通知您其所做的決定。

如果您的內部處方藥一覽表例外情況申請透過我們的處方藥一覽表例外情況程序獲得標準審查，外部上訴代理人必須對您的外部上訴做出決定，並在收到完成的申請後 72 小時內電話通知您或您的指定人員和處方醫療保健專業人員。外部上訴代理人將在做出決定後的兩個工作日內以書面形式通知您或您的指定人員和處方醫療保健專業人員。如果外部上訴代理人推翻我們的拒絕，我們將在您服用處方藥物時承保處方藥物，包括任何再領取費用。

如果您的內部處方藥一覽表例外情況申請透過我們的處方藥一覽表例外情況程序獲得加急審查，外部上訴代理人必須對您的外部上訴做出決定，並在收到完成的申請後 24 小時內電話通知您或您的指定人員和處方醫療保健專業人員。外部上訴代理人將在做出決定後的兩個工作日內以書面形式通知您或您的指定人員和處方醫療保健專業人員。如果外部上訴代理推翻我們的拒絕決定，在您遭受會嚴重危及您的健康、生命或重新獲得最大功能的疾病的折磨或使用非處方藥一覽表處方藥進行治療期間，我們將承保該處方藥。

如果外部上訴代理人推翻我們的決定，即服務不具備醫療必要性，或者核准實驗性或研究性治療或網絡外治療的承保，我們將根據本合約的其他條款和條件提供承保。請注意，如果外部上訴代理人核准做為臨床試驗的一部分的實驗性或研究性治療的承保，我們將僅根據試驗的設計僅承保為您提供治療所需的服務費用。我們不負責研究性藥物或裝置的費用，非醫療保健服務的費用，管理研究的費用，或在臨床試驗中提供本合約下不承保的非研究性治療費用。

外部上訴代理人的決定對您和我們都有約束力。外部上訴代理人的決定可以在任何法庭程序中接受的。

## **H. 您的責任**

### **您有責任啟動外部上訴程序**

您可以透過向 New York 州金融服務署提交完整的申請表來開始外部上訴程序。您可以任命代表協助您進行申請；但是，金融服務署可能會與您聯絡，並要求您以書面形式確認您已指定代表。

**根據 New York 州法律，您完成的外部上訴請求必須在您收到最終不利判定之日，或您收到任何內部上訴的書面豁免之日起四個月內，或者在我們未能遵守理賠處理要求的情況下提交。我們無權延長這一期限。**

## 第 XXII 節 - 終止承保

### A. 自動終止本合約

1. 在您死亡後
2. 當您年滿 65 歲時，您的承保將在您 65 歲的月底或者符合 Medicare 資格時終止（以時間較早者為準）。
3. 當您符合 Medicaid 資格或註冊參保 Medicaid 計劃時，您的承保將在您確定為符合 Medicaid 資格的月底結束。
4. 當您的收入超過聯邦貧困線 200%時，您的承保將在您的收入改變所在月份結束時終止。
5. 當您的移民身份改變，使您有資格獲得其他保險承保（包括 Medicaid）時，您的保險承保將在您確定為符合 Medicaid 資格之前的月底結束
6. 當您透過 NY State of Health Marketplace 註冊了不同的計劃
7. 當您已參保可負擔的僱主贊助的健康保險時

### B. 由您終止

您可以隨時透過向 NYSOH 發出至少 14 天前的書面通知終止本合約。

### C. 由我們終止

我們可以以 30 天的書面通知終止本合約，具體如下：

#### 1. 沒有支付保費

保費將在每個保費到期日期由您支付給我們。雖然每筆保費在到期日期到期，但每筆保費支付有寬限期。如果在寬限期結束時未收到保費支付，保險承保將終止如下：

- 如果您在 30 天寬限期內未能支付所需的保費，本合約將在 30 天寬限期的最後一天終止。如果本合約終止，您將不需承擔在寬限期內提交的任何理賠。

#### 2. 欺詐或蓄意虛假陳述重要事實

如果您已經執行了構成欺詐的行為或在您的參保申請中以書面形式故意虛假陳述重要事實，目的是為了獲得服務的承保，本合約將在 NYSOH 向您發出書面通知後立即終止。但是，如果您在您的書面登記申請中蓄意作出關於重大事項的蓄意虛假陳述，而蓄意虛假陳述的事實本應使我們拒絕簽發本合約，且相關申請乃涉及本合約，我們將撤銷本合約。撤銷意指您的承保終止，從簽發本合約起，將具有長達一年的追溯效力。

3. 如果您不再生活或居住在我們的服務區域內。
4. 合約終止的日期，因為我們停止提供本合約所屬的合約類別，而不考慮本合約的理賠經驗或與健康有關的狀態。我們將至少提前 90 天為您提供書面通知。
5. 合約終止日期，因為我們在本州終止或停止在個人市場提供所有醫院，外科和醫療費用承保。我們將至少提前 180 天為您提供書面通知。

終止將不影響在終止之前產生的福利理賠權利。



## 第 XXIII 節 - 武裝部隊成員臨時暫停權

如果您，即保戶，是美國武裝部隊（包括國民警衛隊）的預備役成員，則您有權利在服役期間臨時暫停承保，並在服役結束時恢復承保，如果：

1. 當總統獲授權命令預備役成員服役時，您的現役會予以延長，惟該等額外服役需應聯邦政府的要求及為便利聯邦政府而作出；且
2. 您的服役期限不超過五年。

您必須向我們提出書面申請，以便在服役期間暫停您的承保。

完成服役後，您的承保可以恢復，只要您：

1. 向我們提出書面申請。

對於在服役期間暫停的承保，保險承保將追溯到服役終止的日期。

## 第 XXIV 節 - 一般規定

### 1. 我們與參與提供者之間的協議

我們和參與提供者之間的任何協議只能由我們或醫療服務提供者終止。本合約不要求任何醫療服務提供者接受保戶做為病人。我們不保證保戶對任何參與提供者的承認或任何健康福利。

### 2. 轉讓

您不得將本合約下的任何福利轉讓至任何人士、公司或其他組織，除非是就意外帳單向您的提供者作出轉讓。除了對意外帳單應付的款項轉讓或因醫院提供急診服務（包括在急診科護理後的住院服務）而對款項轉讓之外，由您作出的任何轉讓均將無效且無法執行。

轉讓是指向另一人、公司或其他組織轉讓您對本合約下提供的服務的權利或您從我們這裡收取對這些服務支付的款項的權利。

### 3. 本合約的變更

如果我們提前 45 天向您發出書面通知，我們可在續期時單方面更改本合約。

### 4. 法律的選擇

本合約受 New York 州法律管轄。

### 5. 文書錯誤

無論您或我方是否遵守本合約或本合約簽發的任何與本合約相關的其他文件記錄，或保留與本合約有關的任何記錄的文書錯誤，均不會修改或無效，否則有效生效或繼續承保，否則有效終止。

### 6. 遵守法律

與 New York 州法律或任何適用的聯邦法律相違背 New York 州法律規定的附加條款任何本合約條款將被修改，以符合該法律的最低要求。

## **7. 福利連續性限制**

本合約中的一些福利可能僅限於特定次數的門診。如果您的承保狀況在一年內發生變化，您沒有權利獲得任何額外的福利。例如，您的承保終止，您將在今年晚些時候參保該產品。

## **8. 整個協議**

本合約，包括任何認可，附加條款以及附件（如有的話）構成整個合約。

## **9. 欺詐和濫用之收費**

我們有程序審查付款之前和之後的理賠，以檢測欺詐和濫用計費。尋求非參與提供者服務的會員可以透過非參與提供者對由於合理認為欺詐或其他有意的不當行為或濫用計費而被確定為不應付款的服務來支付額外的費用。

## **10. 提供資訊和審核**

您將及時向我們提供我們不時要求履行本合約義務的所有資訊和記錄。您必須透過電話向我們提供資訊，原因如下：允許我們確定您需要的醫療保健等級；以便我們可以證明您的醫生授權的護理；或做出關於您的護理的醫療必要性的決定。

## **11. 身份識別卡**

身份識別 (ID) 卡由我方發放，僅供識別。擁有任何身份證不符合本合約規定您沒有取得服務或福利的權利。有權獲得此類服務或福利，您的保費必須在收到服務時全額支付。

## **12. 不可爭議性**

您在本合約規定的申請中所做的任何聲明不得在合約中避免使用，也不得在任何法律程序中使用，除非本合約附有申請或確切的副本。自本合約發布之日起兩年後，除申請保險承保時您所犯的虛假錯誤陳述外，不得以任何錯誤陳述為由，無效合約或拒絕理賠。

## **13. 獨立契約者**

參與提供者是獨立契約者。他們不是我們的代理人或員工。我們和我們的員工不是任何參與提供者的代理人或員工。在任何參與提供者或任何參與提供者的機構接受照顧的情況下，由於與您所指稱的受傷的任何傷害相關的任何損害而導致的任何理賠或要求，我們概不負責。

#### **14. 在制定我們的政策時提供意見**

我們重視您的想法。您可以幫助我們制定可以為會員提供最佳服務的政策。如果您有什麼想法，請告訴我們。您可以致電會員服務部 800-300-8181 (TTY 711)，參與我們的政策制定。

#### **15. 資料取用**

我們會給您 ID 卡、合約、附加條款和其他必要的資料。

#### **16. 更多關於 Empire 的資訊**

您可以根據本合約請求有關您的保險承保的額外資訊。根據您的要求，我們將提供以下資訊：

- 我們的董事會、高管和管理人員的姓名、業務地址及官方職位列表；我們最新的年度經認證財務報表，包括資產負債表及收支彙總。
- 我們向州政府提供的關於我們的消費者投訴的資訊。
- 我們維護保戶資訊保密程序的副本。
- 我們的處方藥一覽表副本。您也可以詢問本合約涉及的特定藥物。
- 我們的質素保證計劃的書面說明。
- 我們關於臨床試驗中的實驗性或研究性質藥物、醫療設備或治療的醫療政策的副本。
- 我們的臨床審查標準以及（若適當）我們可能考慮的關於特定疾病、療程或適用審查指引的其他臨床資訊。
- 臨床審查標準（即醫療必要性標準）的副本，以及適當情況下我們可能會針對具體疾病、治療過程或利用審查指南考慮的其他臨床資訊，其中包括與優先於分步治療協定的裁決相關的臨床審查標準。
- 書面申請程序及提供者的最低資格要求。
- 含有流程、策略、證據標準與其他因素的文件，這些文件用於對合約下的醫療/手術福利和精神健康或藥物使用失調福利施加治療限制。

## **17. 通知**

我們根據本合約給您的任何通知將郵寄到您的地址，如我們的記錄中所示。您同意通知我們您的地址之任何變更。如果您必須通知我們，則應以美國郵政第一類郵件且郵資已付的條件下，郵寄至：

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus  
P.O. Box 61010  
Virginia Beach, VA 23466-1010

## **18. 保費支付**

第一個月的保費（如果有的話）在您申請保險承保時到期並支付。承保將從本文定義的合約生效日期開始。後續保費將在每個月的第一天到期並支付。如果保費支付錯誤，我們將向您償付多付的款項。

## **19. 保費償付。**

我們會向您提供任何保費的償付（如果應付）。

## **20. 追回超額付款**

有時，您可能會收到未承保項目的付款，這些是針對未承保的服務，或者超出應承保適宜範圍的項目。發生這種情況時，我們會向您解釋問題，您必須在收到我們的通知後 60 天內退還超額付款。但是，除非我們有理由相信欺詐或其他有意的不當行為，否則我們不會在原付款之後的 24 個月內開始追回超額付款的工作。

## **21. 續約日期**

本合約的續約日期為從本合約生效日期起 12 個月之後。只要您符合合約條款，除非本合約被我們終止（如合約中所允許），否則本合約將在續約日期每年自動續約。合約不會自動續約，每年至少要從會員那裡採取行動。若有任何續約問題，會員應會被轉接至會員維繫部，電話：888-809-8009 (TTY 711)。

## **22. 違約後恢復**

如果您不履行本合約規定的任何付款，我們或其授權代理人或經紀人之後接受付款應將合約恢復。接受後續付款確實支持恢復合約，但可能存在承保缺口。

### **23. 制定準則和行政規則的權利**

我們可能會制定或採用更為詳細的標準，當我們將根據或不會根據本合約進行付款時。使用標準的例子是判定：醫院住院治療是否具醫療必要性；手術是具醫療必要性，以治療您的病或受傷；或特定服務是專業護理。這些標準不會違反本合約中的說明。如果您有關於適用於特定福利的標準之問題，您可以聯絡我們，我們將解釋標準或向您發送標準副本。我們還可以制定有關註冊計劃和其他行政事項的管理規定。我們將擁有必要或適當的一切權力，使我們能夠履行與本合約管理有關的職責。

我們根據醫務人員制定的技術評估標準對新技術進行審查和評估，並由指定委員會審查，該委員會由各種醫療專業的保健專業人員組成。

委員會的結論被納入我們的醫療政策中，以確定一項服務是否具醫療必要性、實驗性或研究性的決定協議，或被納入承保的福利。我們的醫療總監及計劃的醫生審查下列方面之新的醫學發展或科技的改變：

- 行為健康。
- 裝置。
- 治療。
- 處方藥。

他們還查看科學研究成果，考慮這些新的醫學發展和治療是否：

- 被政府認為是安全及有效的。
- 比現存的治療方案或療法具有相同或更好的效果。

### **24. 抵消權**

如果我們向您或您的代表提出理賠付款或您欠我們任何錢，您必須償還您欠我們的金額。除法律另有規定外，如果我們欠您收到的其他理賠付款，我們有權從我們該支付給您的款項中扣除您欠我們的任何付款。

### **25. 服務商標**

服務由 HealthPlus HP, LLC 提供，該公司是 Blue Cross Blue Shield Association 的持牌人，屬於獨立 Blue Cross and Blue Shield 計劃組織。

## **26. 可分割性**

本合約任何條款的不可執行或無效不得影響本合約其餘章節的有效性和可執行性。

## **27. 發生重大變化的情況**

如果由於我們無法控制的事件使得我們無法安排本合約規定的承保的服務，我們將誠摯努力以做出其他安排。這些事件將包括重大災難、疫情、完全或部分設施破壞、騷亂、民事起義、參與提供者人員的重大部分損壞或類似的原因。我們將做出合理的嘗試安排承保的服務。如果由於此類事件引起我們和我們參與提供者未能提供或安排承保的服務，我們將不承擔任何責任。

## **28. 代位及償付**

這些段落適用於另一方（包括任何保險業者）是，或可能被認為對您的傷害、疾病或其他情況負有責任，而我們已經提供與該損傷、疾病或狀況相關的福利。經適用州法律允許，對於我們已根據本合約向您提供的福利，我們將取得針對任何該等當事方（包括您的保險公司）的代位求償權，除非聯邦法律先行制止。代位意指我們有權獨立於您直接針對該另一方提起訴訟，以收回我們所提供的福利。

根據適用的州法律，除非得到聯邦法律的規定，如果您或任何代表您從任何責任方（包括您自己的保險公司）收到任何與我們提供福利的傷害、疾病或狀況有關的協議、判決或保險收益，我們可能有權利收到償付。根據 New York 一般義務法第 5-335 條，如果原告人與被告人達成和解，我們的恢復權不適用，除非有法定的償付權利。法律還規定，在訂立和解時，假定您沒有採取任何行動來抵制我們的權利或違反您與我們之間的任何合約。法律假定您與負責方之間的和解並不包含賠償我們為之提供福利的醫療保健服務的費用。

如果您打算提出或調查申訴，以就您承受的傷害、疾病或狀況取得損害賠償或得到償付時（我們已為此提供福利），我們請求在您對任何一方發出通知（包括保險公司或律師）後的 30 天內通知我們。您必須提供我們或我們的代表所要求的所有資訊，包括但不限於完成和提交我們可能合理要求的任何申請或其他表格或聲明。

## **29. 第三方受益人**

任何第三方受益人不得由本合約製定，本合約中的任何內容均不得向您或我方以外的任何個人或實體授予任何根據本合約或因合約而產生的任何性質的任何權利、福利或補救。任

何其他方均不得執行本合約的規定，或尋求任何由於我們或您的表現或未履行本合約任何部分而引起的任何補救措施，或採取行動或追究違反本合約條款的行為。

### **30. 起訴時間**

在根據本合約要求提交理賠的書面提交之後 60 天內，我方不得對法律或公平性採取任何行動。您必須在要求提出理賠之日起兩年內，就本合約開始對我們提起訴訟。

### **31. 翻譯服務**

對於非講英語的保戶，可根據本合約提供免費翻譯服務。請致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們，以獲取這些服務。

### **32. 法律訴訟地點**

如果根據本合約發生爭議，必須在位於 New York 州的法院解決。您同意不在其他地方的法庭起訴我們。您也同意 New York 州法院對您有個人管轄權。那就是說，當這些法院起訴的適當程序得到遵守的時候，法院可以命令您捍衛我們對您提出的任何行動。

### **33. 棄權**

任何一方對任何違反本合約任何條款的放棄不會被視為放棄隨後違反相同或任何其他條款。沒有行使任何權利將不會被當做為放棄這種權利。

### **34. 誰可以改變這個合約**

本合約不得修改，修訂或變更，除非由我們的總裁或總裁指定的人以書面形式簽字。任何員工、代理人或其他人無權以擴展或限制承保範圍、資格、註冊或參與條件的方式解釋、修改，修訂或以其他方式更改本合約，除非由總裁或由總裁指定的人員以書面形式簽署。

### **35. 誰根據本合約收到付款**

根據本合約對參與提供者提供的服務的付款，將由我們直接提供給醫療服務提供者。如果您從非參與本計劃的者提供服務，我們保留支付您或醫療服務提供者的權利。如果您為非參與提供者指派了意外醫療帳單的福利，我們將直接向非參與本計劃的者提供支付。有關意外醫療帳單的更多資訊，請參閱本合約**您的保險承保如何運行**章節。



### **36. 勞工賠償不受影響**

本合約規定的保險承保不代替，也不影響勞工賠償保險或法律規定的要求。

### **37. 您的醫療記錄和報告**

為了根據本合約提供您的保險，我們可能有必要從您所在的醫療服務提供者那裡獲取您的醫療記錄和資訊。為了提供該保險，我們的行為包括處理您的理賠、審查涉及您的照護以及照護的品質保證審查的申訴、上訴或投訴，無論基於具體的投訴還是隨機所選個案的常規審核。除州或聯邦法律禁止的內容之外，接受本合約下的保險，即表示您自動向我們或我們的指定人員授予許可，允許我們為了那些目的取得與使用您的醫療記錄，並且您授權每一個為您提供服務的提供者：

- 向我們或我們可能僱用的醫療、牙科或精神健康專業人士披露所有關於您的護理、治療及身體狀況的事實，幫助我們審查治療或申索或進行投訴或護理品質審查。
- 向我們或我們可能僱用的醫療、牙科或精神健康專業人士提供關於您的護理、治療及身體狀況的報告，幫助我們審查治療或申索。
- 允許我們複製您的醫療記錄。

我們同意按照州和聯邦的保密要求維護您的醫療資訊。但是，在州或聯邦法律允許的最大範圍內，您自動向我們授予許可，允許我們與 New York 州衛生署和對 Essential Plan 享有權力的其他授權的聯邦、州和地方機構、品質監督組織、我們與之簽約以協助我們管理本合約的第三方分享您的資訊，但前提是他們也同意按照州和聯邦的保密要求維護資訊。如果您想取消發布此資訊的任何權限，請致電 800-300-8181 (TTY 711)。

### **38. 您的權利與責任**

身為會員，您在獲得醫療保健時具有權利與責任。作為您的健康護理夥伴，我們希望在提供您的健康福利時確保您的權利受到尊重。您有權以您能夠理解的方式獲得關於醫生或其他提供者提供的診斷、治療及預測的完整和最新的資訊。

如果不向您提供此類資訊，則應將資訊提供給您代表您行事的適當人士。

您有權利從您的醫生或其他醫療服務提供者取得您需要的資訊，以便在開始任何手術或治療之前給予知情同意。

您有權在法律允許的範圍內拒絕接受治療，並被告知該行為的醫療後果。

您有權設立有關您的醫療保健的預先指示。

您有權獲取我們的參與提供者。

您亦有權：

- 取得有關 Empire BlueCross BlueShield HealthPlus、我們的服務、政策、程序和醫生的資訊。
- 給予隱私，以及受到尊嚴和尊重之對待。
- 被告知您的權利與責任，並對此提出建議。
- 知道所有可使用的治療方案選擇，無論您的福利有無承保或是費用多少。
- 與醫生合作以改善您的健康狀況。
- 這些項目如有任何變更時將會被告知。

作為會員，您還應在您的護理中發揮積極作用。我們鼓勵您：

- 盡量瞭解您的健康問題並配合您的提供者以制定您完全同意的治療計劃。
- 遵照您與您的醫生或提供者商定的治療計劃。
- 向我們、您的醫生及其他提供者提供幫助您獲得您所需的護理及您在您的合約下有資格享有的全部福利所需的資訊。這可能包括有關您擁有的其他健康保險福利以及您在本計劃享有的承保之資訊。
- 如果您對您的合約下所涉及的您的姓名、地址或受扶養人有任何更改，請通知我們。
- 向您的醫生提供您健康的正確資訊。
- 提出問題，如此您便可以瞭解您的健康狀況和/或治療方案選擇。
- 與醫生討論您的治療，並遵循治療的指示。

有關您的權利與責任的額外資訊，請瀏覽我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan) 查看常見問題。如果您無法取得網際網路連線，您可以撥打 800-300-8181 (TTY 711) 致電我們以索取副本。如果您需要更多資訊或想要聯絡我們，請轉至我們的網站 [empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)，或致電我們，電話：800-300-8181 (TTY 711)。

## HIPAA 隱私政策通知

本通知描述如何使用及披露有關您的醫療資訊，以及您可以如何獲得有關您的健康福利的這些資訊。請仔細閱讀本通知。

本聲明的初始生效日期為 2003 年 4 月 14 日。最新修訂日期在本通知的末尾顯示。

請仔細閱讀本聲明。它將告訴您誰可以查看您的受保護健康資訊 (PHI)。它將告知我們什麼時候在共享該資訊前需要獲得您的同意。它將告知我們什麼時候可以未經您同意分享該資訊。也會說明您所擁有的查閱及更改您的資訊之權利。

與您的健康和財產相關的資訊屬於私密資訊。法律規定我們須為我們會員保證此類型的資訊 ( 稱為 PHI ) 的安全。這意味著無論您當前或曾經是會員，您的資訊都是安全的。

在您符合資格並加入我們的保健計劃後，我們從州 Medicaid 機構、Essential Plan 及 Children's Health Insurance Program 取得您的相關資訊。我們亦從您的醫生、診所、實驗室及醫院處獲取資訊以便我們同意及為您的健康護理付款。

聯邦法律規定我們須告知您，法律規定我們該如何保護您的書面或儲存於電腦內的 PHI。我們亦須告知您我們如何確保其安全。為了保護 PHI：

- 如為書面資料 ( 稱為實體方法 )，我們會：
  - 為我們的辦公室及檔案上鎖
  - 銷毀含有健康資訊的紙張，以防止其他人士獲得此資訊
- 如存置於電腦內 ( 稱為科技方法 )，我們會：
  - 使用密碼以便只有特定人士才能進入該電腦
  - 使用特殊程式監督我們的系統
- 如資訊被我們的工作人員、醫生或州立機構使用或披露，我們會：
  - 為保證資訊的安全制訂規則 ( 稱為政策和程序 )
  - 要求我們的工作人員遵守規則

## 我們何時可以使用並共享您的 PHI ?

我們可能會向您的親屬或您選定為您的健康護理提供協助或付款的人士披露您的 PHI (如您告知我們可以向該人士披露您的 PHI)。有時我們可能會在**未**獲得您同意時使用及共享該等資訊：

- **用於您的醫療護理**
  - 協助您的醫生、醫院及其他人員取得您所需的健康護理
- **用於付款、醫療保健運營及治療**
  - 用於與醫生、診所及其他為您的護理付費的機構或人員共享資訊
  - 當我們表示我們會在您獲得健康護理或服務前付款時
  - 尋找改進我們計劃的方法，以及提供您的 PHI 進行健康資訊交流，以便進行付款、醫療保健運營及治療。如果您不希望這樣，請瀏覽 [empireblue.com/ny](http://empireblue.com/ny) 以瞭解更多資訊。
- **由於健康護理業務原因**
  - 用於幫助稽核、防止欺詐及預防濫用計劃、規劃、及日常的工作
  - 用於改進我們的計劃
- **由於公共健康的原因**
  - 協助公共健康官員防止公眾患病或受傷
- **與協助您或為您支付健康護理費用的其他人員共享**
  - 我們可與您的親屬或您選定的為您的健康護理提供協助或付款的人士共享 (如您告知我們可以這麼做)
  - 向為您的健康護理提供幫助或付款 (如您不能為自己發聲並且這樣做會對您是最好的情況下) 的人士披露

我們在使用或共享您的 PHI 前，除了關於您的護理、付款、日常業務、研究，或下方列出的其他事項以外，都須事先獲得您的書面同意。我們須於共享從您的醫生處獲得的心理治療筆記前獲得您的書面同意。

您可以書面形式告知我們您想撤銷您的書面同意。我們無法撤銷我們於獲得您同意時使用或披露的資訊。但我們會於日後停止使用或分享您的 PHI。

**我們可以 ( 或法律規定我們必須 ) 使用您的 PHI 的其他方式 :**

- 協助警察及其他確保其他人遵守法律的人士
- 舉報濫用及疏忽
- 我們被要求向法庭提供協助
- 答覆法律文件
- 就稽核或檢查等事項向健康監督機構提供資訊
- 用於協助驗屍官、法醫或喪葬承辦者查出您的姓名及死亡原因
- 於您提出請求時幫助您捐獻您的身體部位以用於科研目的
- 出於研究目的
- 防止您或其他人士患病或受到嚴重傷害
- 配合政府工作人員開展某些工作
- 當您於工作中患病或受到傷害時向勞工賠償機構提供資訊

**您有哪些權利 ?**

- 您可要求查看您的 PHI 並獲得一份副本。不過我們沒有您的完整醫療記錄。**如果您想獲得完整的醫療記錄副本，向您的醫生或保健診所提出請求。**
- 如果您認為醫療記錄中的某些內容不正確或遺漏部分內容，您可以請求我們為您更改我們擁有的病歷。
- 在某些情況下，您可以要求我們不得共享您的 PHI。但是，我們不一定會同意您的請求。
- 您可要求我們將 PHI 寄送至另一不同地址 ( 而非我們已有的關於您的地址 ) 或以其他方式寄送該 PHI。如將您的 PHI 寄送至我們已有的地址會使您有危險，我們會按您的要求行事。
- 您可要求我們告知您過往六年內我們每次向其他人士披露您的 PHI 的情況。這不包括我們由於健康護理、付費、日常健康護理業務或我們未列在此處的某些其他原因而共享的情況。
- 您可隨時要求獲得一份本聲明的紙質副本，即使您已透過電子郵件取得此聲明。
- 如您支付某項服務的所有費用，您可要求您的醫生不向我們披露有關該服務的資訊。

## 我們需要做什麼？

- 法律規定，除了我們在本聲明中所述以外，我們必須為您的 PHI 保密。
- 我們必須告知您法律規定我們應就隱私如何處理。
- 我們必須按照本聲明所述執行。
- 若您因合理原因（例如您身處危險中）提出請求，我們必須將您的 PHI 寄至其他地址或以一般郵件以外的方式寄予您。
- 若您要求我們不得披露您的 PHI 後，而我們仍須這麼做，我們必須告知您。
- 若州法律規定我們必須執行更多此處所述之外的事項，我們會遵守法律規定。
- 若我們認為您的 PHI 已遭到入侵，我們須告知您。

## 與您聯絡

我們（包括我們的聯盟夥伴和/或廠商）可使用自動電話撥號系統和/或人工語音向您致電或傳訊息。不過我們只能根據《電話消費者保護法案》(TCPA) 這樣做。此類電話旨在告知您相關治療方案，或其他健康相關福利和服務。如果您不希望我們透過電話聯絡您，只需告知去電者，然後我們將不再採用此方式聯絡您。您也可以致電 844-203-3796，將您的電話號碼加入我們的請勿致電清單。

## 您有疑問時怎麼辦？

如果您對我們的隱私規則存在疑問或者希望行使您的權利，請致電 800-300-8181 (TTY 711) 聯絡會員服務部。

## 您需要投訴時怎麼辦？

我們可隨時隨地為您提供協助。若您覺得您的 PHI 未獲得安全保障，您可致電會員服務部或聯絡衛生與公眾服務部。您的投訴將不會對您產生任何不良後果。

## 致函或致電衛生與公眾服務部：

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza, Ste.3312  
New York, NY 10278  
電話：800-368-1019  
TDD：800-537-7697  
傳真：212-264-3039

我們保留更改本健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 聲明，以及我們為您 PHI 保密的方式的權利。如果出現這種情況，我們會在新聞通訊中告訴您有關更改的資訊。我們亦會將這些資訊發佈在網站 [empireblue.com/ny](http://empireblue.com/ny) 上。

## 種族、民族和語言

我們從州 Medicaid 機構、Essential Plan 及健康保險計劃取得您的種族、民族和語言資訊。我們將按本聲明所述保護此資訊。

我們僅將該資訊用於以下目的：

- 確保您獲得所需的護理
- 制定改善健康結果的計劃
- 發展及寄送健康教育資訊
- 讓醫生知道您的語言需求
- 提供翻譯服務

我們不會使用這些資訊來：

- 發行健康保險
- 決定服務的費用金額
- 決定福利
- 向未經核准人士的披露

## 您的個人資訊

如在本通知中所述，我們可能請求、使用和共享個人資訊 (PI)。您的 PI 並非公開資訊且可識別您的身份。獲取 PI 通常是出於保險原因。

- 我們可使用您的 PI 做出以下關於您的決定：
  - 健康
  - 習慣
  - 愛好
- 我們可能會從以下其他人士或團體處獲得有關您的 PI：
  - 醫生
  - 醫院
  - 其他保險公司

- 我們可能會在某些情況下未經您同意與我們公司外的其他人或群體分享您的 PI。
- 若我們在採取任何措施前須給您拒絕的機會，我們會告知您。
- 如您不想我們使用或披露您的 PI，我們會告知您應如何聲明我們。
- 您有權閱覽並變更您的 PI。
- 我們確保您的 PI 會獲得安全保障。

**empireblue.com/ny**

服務由 HealthPlus HP, LLC 提供，該公司是 Blue Cross Blue Shield Association 的持牌人，屬於獨立 Blue Cross and Blue Shield 計劃組織。

於 2017 年 11 月 20 日修訂



## 不歧視聲明

**Empire BlueCross BlueShield HealthPlus** 遵循聯邦民權法。**Empire** 不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而對個人有排斥或差別待遇。

### **Empire** 提供以下服務：

- 為殘障人士提供免費協助和服務，讓您更能與我們溝通，例如：
  - 合格手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊（大號字體、音訊、可使用的電子格式和其他格式）
- 針對母語非英語的人士的免費語言服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 以其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，您可撥打 800-300-8181 聯絡 **Empire**。如需 TTY/TDD 服務，請致電 711。

如果您認為 **Empire** 因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而不給您提供這些服務或給您差別待遇，您可以透過以下方式向 **Empire** 提交申訴：

郵寄： 9 Pine St., 14th Floor, New York, NY 10005  
電話： 800-300-8181 (TTY 711)  
傳真： 866-495-8716  
親自： 9 Pine St., 14th Floor, New York, NY 10005

您也可以透過以下方式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

網站： 民權辦公室投訴入口網站：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

郵寄： U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave.SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

可於以下網站獲取投訴表格：

<http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

電話： 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-300-8181 (TTY 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-300-8181 (TTY 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-300-8181 (TTY 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-300-8181 (TTY 711) (رقم هاتف الصم والبكم).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 800-300-8181 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-300-8181 (телетайп: TTY 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-300-8181 (TTY 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-300-8181 (TTY 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-300-8181 (TTY 711).	French Creole
אויפגערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 800-300-8181 (TTY 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-300-8181 (TTY 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-300-8181 (TTY 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১- 800-300-8181 (TTY 711)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 800-300-8181 (TTY 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 800-300-8181 (TTY 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 800-300-8181 (TTY 711)۔	Urdu

## 第 XXV 節 - EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS 福利明細

\*有關詳細資訊，請參閱合約中的福利說明。

對於除與急診護理有關的服務之外任何服務，非參與提供者服務不予承保，您需全額支付非參與提供者提供的服務的費用，除非是在與急診護理有關的情況。

費用分攤	Essential Plan 3
<b>自付額</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人</li> </ul> <b>自付費用限額</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人</li> </ul> 自付額、共保額和共付額在計劃年度裡會累計構成您的自付費用上限。	\$0  \$200  對於承保處方藥，自付費用上限為每個日曆季度 \$50。
<b>診室就診</b>	
初級保健醫生診室就診（或家訪）	\$0 [在診所內]  [透過遠程醫療]
專科醫生診室就診（或家訪）	\$0 [在診所內]  [透過遠程醫療]
<b>預防性護理</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>成人年度體檢*</li> <li>成人免疫接種*</li> </ul>	全額承保  全額承保

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 婦科一般服務/女性健康檢查*</li> <li>• 用於檢測乳癌的乳房 X 光檢查、篩查和診斷性影像攝影*</li> <li>• 女性絕育手術*</li> <li>• 輸精管結紮</li>   <li>• 骨密度測試*</li> <li>• 前列腺癌篩查</li> <li>• USPSTF 和 HRSA 要求的所有其他預防性服務</li> </ul> <p>*根據 USPSTF 和 HRSA 支持的綜合指南不提供預防性服務</p>	<p>全額承保</p> <p>全額承保</p> <p>全額承保</p> <p>請參閱<b>手術服務</b>章節 對適當的服務使用費用分攤 ( 手術服務、麻醉服務、門診手術中心機構費、門診醫院手術機構費 )</p> <p>全額承保</p> <p>全額承保</p> <p>全額承保</p> <p>對適當的服務使用費用分攤 ( 初級保健醫生診室就診、專科醫生診室就診、放射診斷學服務、實驗室程序和診斷檢測 )</p>
<p><b>急診護理</b></p>	
<p>住院前急診醫療服務 ( 救護車運輸服務 )</p>	<p>\$0</p>
<p>非緊急救護車服務</p>	<p>\$0</p> <p>請參閱合約，瞭解如何使用此服務</p>

急診科	\$0
如果住院則免去共付額	
緊急醫療中心	\$0 [在診所內] [透過遠程醫療]  <b>網絡外緊急醫療需要預先授權</b>
<b>專業服務和門診護理</b>	
高級影像攝影服務	
<ul style="list-style-type: none"> <li>在獨立放射學機構或診所的環境進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>在專科醫生辦公室進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>做為門診醫院服務進行</li> </ul>	\$0
	<b>需要預先授權</b>
過敏測試和治療	
<ul style="list-style-type: none"> <li>在 PCP 辦公室進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>在專科醫生辦公室進行</li> </ul>	\$0
門診手術中心機構費用	\$0
麻醉服務 ( 所有設定 )	全額承保
心臟和肺康復服務	
<ul style="list-style-type: none"> <li>在專科醫生辦公室進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>做為門診醫院服務進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>做為住院治療服務進行</li> </ul>	納入住院治療服務費用分攤的一部分

<p>化療和免疫療法</p> <p>施用藥物</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> <li>• 在家進行</li> </ul> <p>化療和免疫療法藥物</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>脊椎推拿服務</p>	<p>\$0</p> <p><b>前五次門診後需要預先授權</b></p>
<p>臨床試驗</p>	<p>對適當的服務使用費用分攤</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
<p>診斷檢測</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>透析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在獨立的中心或專科醫生辦公室的環境進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在家進行</li> <li>• [非參與提供者執行的透析每個日曆年限制在 10 次以內。請參閱福利說明以便瞭解更多資訊。]</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
康復服務 ( 物理治療、職能治療或言語治療 )	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
居家健康護理	\$0
每計劃年度 40 次門診	<b>需要預先授權</b>
不孕症服務	對適當的服務使用費用分攤 ( 診室就診、放射診斷學服務、手術、實驗室和診斷程序 )
輸液治療	
施用藥物	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	\$0
居家輸液治療	\$0
輸液治療藥物	\$0
( 居家輸液計入家庭健康訪視限制 )	<b>需要預先授權</b>
住院診療	<p>每次入院 \$0</p> <p><b>住院診療需要預先授權</b></p>



<p>中止妊娠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 具醫療必要性的流產 ( 無限制 )</li> <li>• 人工流產 ( 每個計劃年度一 [1] 次 )</li> </ul>	<p>全額承保</p> <p>\$0</p>
<p>化驗檢測程序</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 在獨立的檢驗機構或專科醫生辦公室進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>需要預先授權</p>
<p>孕產婦及新生兒護理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 產前護理</li> <li>• 住院醫院服務和生育中心 ( 如果母親提前出院，則承保一 [1] 次家庭護理訪視，沒有費用分攤 )</li> <li>• 分娩時醫生和助產士服務</li> <li>• 母乳哺育支持、諮詢與用品，包括吸奶器 ( 在母乳哺育的持續時間內承保 )</li> <li>• 產後照護</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p><u>包括在分娩時醫生和助產士服務的費用分攤中</u></p> <p>住院醫療服務吸奶器需要預先授權</p>

醫院門診手術機構費用	\$0
住院前檢測	\$0
在醫生辦公室或門診設施給予的處方藥  施用藥物 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 在門診設施進行</li> </ul> 處方藥物費用分攤	\$0 \$0 \$0 \$0 <b>需要預先授權</b>
放射診斷科服務  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 在獨立放射學機構進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	\$0 \$0 \$0 \$0 <b>需要預先授權</b>
治療性放射服務  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 在獨立放射學機構進行</li> <li>• 做為門診醫院服務進行</li> </ul>	\$0 \$0 \$0 <b>需要預先授權</b>
康復服務 ( 物理治療、職能治療或或言語治療 )	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在 PCP 辦公室進行</li> <li>• 在專科醫生辦公室進行</li> <li>• 在門診機構進行</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
零售健康診所護理	\$0
對癌症、手術等的診斷提供的第二種意見	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
<p>手術服務 ( 包括口腔手術、乳房重建手術、其他重建和矯正手術、移植和終止妊娠 )</p> <p><b>所有的移植必須在指定的卓越中心機構進行</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院手術服務</li> <li>• 醫院門診手術</li> <li>• 在門診手術中心進行的手術</li> <li>• 在診療室進行的手術</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
遠程醫療計劃	\$0
<b>額外的服務、設備和裝置</b>	
泛自閉症障礙的 ABA 治療	<p>\$0</p> <p>[在診所內]</p> <p>[透過遠程醫療]</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
泛自閉症障礙的輔助溝通裝置	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
糖尿病設備、用品和自我管理教育	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 糖尿病設備、用品和胰島素 ( 30 天 ; 最多 90 天的藥量 )</li> <li>• 糖尿病教育</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
耐用醫療設備與支架	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
外部助聽器  ( 單次購買每三年一個 )	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
耳蝸植入物  ( 每次每隻耳朵承保一次 )	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
<p>臨終關懷護理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院</li> <li>• 門診</li> </ul> <p>每計劃年度 210 次門診</p> <p>五次家庭喪親輔導訪視</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
醫療用品	\$0
<p>義肢裝置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 外部 ( 每個肢體終身一個義肢裝置 , 以及對修理和更換的保險承保 )</li> <li>• 內部的</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>包括在住院費用分攤的一部分</p> <p><b>需要預先授權</b></p>

<b>住院服務和設施</b>	
連續的住院治療（包括乳房切除術住院治療、心臟和肺康復以及臨終照護）。	\$0  需要預先授權。然而，緊急入院不需要預先授權。
自體血服務	[[門診環境]所需的[預先授權；轉診]]
住院觀察  如果從門診外科手術環境直接轉移到住院觀察，則免共付額	\$0
專業護理設施（包括心臟和肺康復）  每計劃年度 200 天  每次入院時，如果直接從住院治療環境轉移到專業護理設施，則免共付額	\$0  需要預先授權
住院康復服務（物理、言語和職能治療）	\$0  需要預先授權
住院康復服務（物理、言語和職能治療） 每個計劃年度混合治療 60	\$0  需要預先授權
<b>精神健康和藥物使用失調服務</b>	
精神健康住院治療服務，包括住宿治療（在醫院內連續住院）	\$0  需要預先授權。然而，緊急入院不需要預先授權。

<p>門診精神健康護理 ( 包括部分住院治療和重症門診計劃服務 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診室就診</li> <li>• 所有其他門診服務</li> </ul>	<p>\$0 [在診所內] [透過遠程醫療]</p> <p>\$0 [在診所內] [透過遠程醫療]</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
<p>在醫院內連續居住的物質使用住院治療服務 ( 包括住院治療 )</p>	<p>\$0</p> <p><b>需要預先授權。然而，緊急入院或參與本計劃的 OASAS 認證機構不需要預先授權。</b></p>
<p>物質使用門診治療服務 ( 包括部分住院治療服務、重症門診計劃服務和藥物輔助治療 )</p>	<p>\$0 [在診所內] [透過遠程醫療]</p> <p><b>需要預先授權</b></p>
<p><b>處方藥</b></p> <p>*在根據 HRSA 支持之綜合指南提供時，或如果項目或服務具有 USPSTF 「A」或「B」等級並在參與藥房獲取時，某些處方藥物不需費用分攤。</p>	
<p><b>零售藥房</b></p>	
<p>30 天藥量</p> <p>第 1 級</p> <p>第 2 級</p> <p>第 3 級</p>	<p>\$1</p> <p>\$3</p> <p>\$3</p>

用於治療物質使用障礙的承保處方藥物無需預先授權，包括用於治療類鴉片藥物戒斷和/或穩定，以及類鴉片藥物過量解毒的處方藥物。	
<b>郵購藥房</b>	
最多 30 天的供應	
第 1 級	\$1
第 2 級	\$3
第 3 級	\$3
最多 90 天的供應	
第 1 級	\$2.50
第 2 級	\$7.50
第 3 級	\$7.50
	非參與提供者服務不予承保，您需支付總費用
腸道配方	
第 1 級	\$1
第 2 級	\$3
第 3 級	\$3
非處方藥物	\$.50
保健福利	
健身房償付	每六個月最多 \$200
牙科和視力護理	

<p><b>牙科護理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 預防性牙科護理</li> <li>• 一般性牙科護理服務</li> <li>• 重大牙科保健服務 ( 口腔手術、牙髓病、牙周病和義齒修復 )</li> </ul> <p>每六個月一次牙科檢查和清潔。</p> <p>以 36 個月的間隔進行環口 X 光或全景 X 光檢查，以 6 至 12 個月的間隔進行咬翼片 X 光</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p><b>齒科矯正術和主要牙科手術需要預先授權</b></p>
<p><b>視力護理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 檢查</li> <li>• 鏡片及鏡架</li> <li>• 隱形眼鏡</li> </ul> <p>每 [12 個月期間；計劃年度；日曆年]承保一 (1) 次檢查，除非另外具醫療必要性</p> <p>每 [12 個月期間；計劃年度；日曆年]驗配一 (1) 副處方鏡片和鏡架，除非另外具醫療必要性</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

所有網絡內的預先授權請求都是您參與提供者的責任。您不會因參與提供者沒有取得所需的預先授權而受到懲罰。但是，如果服務不在合約範圍內，您將負責服務的全部費用。

依照州法律和 2008 年《聯邦精神健康平等與成癮公平法案》(MHPAEA)，適用於精神健康或物質使用障礙福利的財務要求 ( 自付額、共付額、共同保險和自付費用支出 ) 和治療限制不得比該計劃承保的幾乎所有醫療和手術福利所適用的主要財務要求和治療限制更具限制性。此外，如果健



康計劃提供網絡外服務承保，那麼該計劃還必須提供符合 MHPAEA 的用於治療精神健康狀況和物質使用障礙的網絡外服務承保。

2. 根據《保險法》第 3217-h(a)、4306-g(a) 條以及《公共衛生法》第 4406-g(1) 條，使用遠程醫療提供之服務的費用分攤應至少與不透過遠程醫療提供的同等服務的費用分攤一樣優惠。
3. 計劃可以靈活地決定何時需要對安全控制產品進行轉介。
4. 醫院內急診服務的費用分攤必須與網絡內和網絡外服務相同。
5. ABA 治療和輔助通信裝置的費用分攤必須為 PCP 共付額。
6. 糖尿病設備、用品和自我管理教育的費用分攤必須為 PCP 共付額。
7. 具醫療必要性的人工流產可能不需要繳納共付額或共同保險，而只需繳納高自付額健康計劃中的自付額。}
8. 自 2021 年 6 月 1 日起，參保者無需承擔承保牙科和視力服務的費用分攤義務。

800-300-8181 (TTY 711)  
[empireblue.com/nyessentialplan](http://empireblue.com/nyessentialplan)



---

An Anthem Company

由 HealthPlus HP, LLC 公司提供的服務, 該公司是 Blue Cross Blue Shield Association 的許可提供商, 而 Blue Cross Blue Shield Association 則是 Blue Cross and Blue Shield 獨立計劃的一個協會。