

优质医保计划与福利  
更健康的生活方式  
完善的财务保障  
明智的解决方案



**USC** University of  
Southern California

**aetna**<sup>®</sup>

# Aetna 学生医保 计划设计与福利摘要 南加利福尼亚大学

保单年度：2018-2019

保单编号：474947

[www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com)

(877) 626-2299



以下是有关本学生医保计划的简要说明。本计划适用于南加利福尼亚大学 (University of Southern California, USC) 学生。本计划由 Aetna Life Insurance Company (Aetna) 核保。具体管制本保险的规定 (包括定义) 包含在向您出具的保险凭证中, 并可在线查看 [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com)。如果此福利摘要与保险凭证有任何分歧之处, 将以此凭证为准。

## USC 学生健康服务

秋季和春季学期开学期间, 如果您参加了校内保险计划 (ON Campus Insurance Plan), 必须先前往 USC 学生健康服务部 (USC Student Health Services) 接受非紧急护理。

USC 学生健康服务部为您提供初级医疗护理。如果学生健康服务部的医疗人员确定您需要获得其他医疗护理服务, 则您将会被转诊。USC 学生健康服务部会力争将您转诊到 USC 指定的 1 级医疗服务提供者; 但是, 您需要自行确认接受您转诊的医生是 USC 指定的 1 级医疗服务提供者。

参加卫星校园和校外在线学位计划 (Satellite Campus and Off Campus Online Degree Program) 的学生无需遵循转诊要求或不会受到违规处罚。

## 承保期限

承保将于以下所示的承保起始日期之凌晨 12:01 生效, 并于所示的承保结束日期之晚上 11:59 终止。

承保期限	承保起始日期	承保终止日期	参保/弃保截止日期
年度	2018 年 8 月 13 日	2019 年 8 月 18 日	2018 年 9 月 7 日
秋季	2018 年 8 月 13 日	2019 年 1 月 6 日	2018 年 9 月 7 日
春季/夏季	2019 年 1 月 7 日	2019 年 8 月 18 日	2019 年 1 月 25 日

## 费率

以下费率包括由 Aetna Life Insurance Company (Aetna) 核保的保费以及南加利福尼亚大学的管理费。

### 校内学生费率

	年度	秋季学期	春季/夏季学期
学生	2,041 美元	730 美元	1,311 美元

### 校外学生费率

	年度	秋季学期	春季/夏季学期
学生	3,869 美元	1,339 美元	2,530 美元

## 学生承保

USC 要求所有学生参加综合医疗保险。这样可为在校园内无法获得的护理服务支付费用，特别是在可能需要住院治疗的情况下。

## 资格

所有注册六 (6) 个或更多单位的学生将自动参加 USC 学生医疗保险计划，并收取相关费用。所有国际和健康科学校园的学生和博士候选人需要拥有医疗保险，并会自动参加本计划，即使其注册的单位少于六 (6) 个。注册单位少于 6 个的投保学生可以基于自愿参加本计划。

## 投保程序/流程

所有注册单位为六 (6) 个或更多的学生将自动参加本计划，除非南加利福尼亚大学在本计划设计与福利摘要前面部分所列的适用投保/弃保截止日期前收到了填写完整的弃保申请表且弃保申请已获批准。所有注册单位少于六 (6) 个的学生可以基于自愿参加本计划。如欲在线投保或获得投保申请，请登录

[www.aetnastudenthealth.com/usc](http://www.aetnastudenthealth.com/usc)，然后点击“投保/弃保申请”(Enroll/Request to Waive)，开始投保。

**例外情况：**如果投保人加入任何国家/地区的武装部队，则自加入之日起不再受本保险承保。在这种情况下，如果 Aetna 在此类人员退学后 90 天内收到书面申请，将会向其按比例退还保费。

## 弃保程序/流程

如果您已经拥有一个医疗保险计划（或者您参保父母的计划），则可通过提供**类似保险证明**（参考以下标准）放弃参加 USC 学生医疗保险计划。

## 如欲放弃参加 USC 学生医疗保险计划，您的保险计划必须符合以下要求：

- 在我们的 UPC 或 HSC 校园上课的学生：必须全面，没有重大排除项目，并且在洛杉矶地区拥有网络内医疗服务提供者（医院和医生）。
- 卫星校园和在线远程学生：必须全面，没有重大排除项目，并且在您所居住和上课的邮区内拥有网络内医疗服务提供者。
- 您在南加利福尼亚大学上学期间，为您提供连续的全年保险。
- 您的保险计划必须符合《平价医疗法案》(ACA) 标准。仅接受符合 ACA 标准的计划。
- 承保 100% 的预防保健服务。
- 您的计划不能有既有疾病排除规定；如果计划有既有疾病等待期，该等待期应已到期
- 您的计划不能有每次受伤或生病的最高赔付限额
- 您的计划必须承保因参加各类休闲活动或业余运动而受伤的医疗服务。
- 年度个人自付费用少于 7,350 美元或家庭自付费用少于 14,700 美元。

所有学生必须根据要求提供以下材料的复印件：

- 含学生姓名的承保证明（ID 卡、保单或保险公司信函）

\*必须提供英文版计划文件，其中包含兑换成美元的金额，以及保险公司美国联系电话等内容，并且所有的索赔事宜都必须在美国处理，而索赔款将直接支付给美国医疗服务提供者。

如果您符合弃保资格，必须在截止日期前在线提交弃保申请。如欲提交 USC 学生医疗保险计划弃保申请，请登录 [www.usc.edu/studenthealth](http://www.usc.edu/studenthealth)。在“学生医疗保险”(Student Health Insurance) 选项卡下，点击“弃保”(Waiving Coverage) 选项卡。点击页面顶部的链接，进入 Aetna 学生健康在线弃保系统，可按照提示完成在线弃保申请。在申请弃保前，请准备好最新的医保卡，因为您需要使用该卡上的信息提交弃保申请。

## Medicare 资格通知

如果您在投保本学生计划时拥有 Medicare，则不符合本学生保险的承保资格。

如果您于投保本学生医保计划后获取 Medicare，本计划对您的承保则不会终止。

在此文中，“拥有 Medicare”意味着您享有 A 部分的福利（收到免费的 A 部分）或投保 B 部分或优质（Premium）A 部分。

## 网络内医疗服务提供者网络

Aetna Student Health 提供 Aetna 庞大的网络内医疗服务提供者网络。您可以通过向网络内医疗服务提供者求诊来节省费用，因为 Aetna 已经与他们议定了特别费率，并且该计划的福利更好。

如果您需要本计划所承保，但不能从网络内医疗服务提供者处获得的护理，请拨打您 ID 卡背面的免付费电话号码联系保户服务部寻求协助。在此情况下，Aetna 可能会为您核发预先核准，以便您从网络外医疗服务提供者处获取护理。当 Aetna 核发预先核准时，其福利水平与网络内医疗服务提供者相同。

## 事前授权

某些符合条件的健康服务需要我们的事先核准。预先核准又称事前授权。

### 医疗服务和用品的事前授权

#### 网络内护理

您的网络内医生负责获取您得到护理之前所需的一切事前授权。如果您的网络内医生未拿到必需的事前授权，我们不会向您提供护理的医疗服务提供者付款。如果您的网络内医生未向我们申请事前授权，您将不必支付费用。如果您的网络内医师申请事前授权但被我们拒绝，您仍然可以获取护理，但本计划不会付款。更多详情请见保险凭证。

#### 网络外护理

从网络外护理医疗服务提供者那里获取服务时，由您负责从我们这里获取事前授权清单上任何服务和用品的事前授权。如果未经事前授权，可能会受有罚款。此信息参见您的福利一览表。此部分稍后提供要求事前授权的服务和用品清单

## 事前授权致电

事前授权应在如下指定的时间范围内获取。要获取事前授权，请拨打您的 ID 卡上的免付费号码致电保户服务部。致电须满足以下条件：

非急诊入院：	您、您的医生或医疗机构需要在您被安排入院日期之前至少 14 天致电并申请事前授权。
急诊入院：	您、您的医生或医疗机构必须在您入院后的 48 小时内或尽快致电。
紧急入院：	您、您的医生或医疗机构需要在您被安排入院之前致电。紧急入院是由医生针对疾病发作或变化、疾病或受伤诊断安排的入院。
门诊非急诊服务要求事前授权：	您或您的医生必须至少在提供门诊护理或者安排治疗或手术 14 天前致电。
生产：	您、您的医生或医疗机构必须在生产后的 48 小时内或尽快致电。常规生产后 48 小时以及剖腹产后 96 小时内致电不会产生罚金。

我们将按州法律要求，为您和您的医生提供一份事前授权决定的书面通知。如果您申请事前授权的服务获准，只要您仍是本计划投保保户，则批准的有效期为 30 天。

如果您需要事前授权的服务延期，则您、您的医生或医疗机构需要在授权到期日之前，按照您 ID 卡上的号码致电我们。

如果事前授权确定住院或门诊服务和用品并非承保福利，则通知中将说明原因并告知您可以上诉我们此决定的方式。您或您的医疗服务提供者可申请复核此事前授权决定。参见保险凭证 *如果您不同意- 索赔决定的上诉流程* 部分。

### 未拿到必需的事前授权会怎么样？

如果未能拿到必需的事前授权：

- 可能需要支付福利罚金。请参见福利一览表 *事前授权承保的福利罚金* 部分。
- 所产生的任何福利罚金均不计入您的 **保单年度自付额或自费额上限**。

### 什么类型的服务和用品要求事前授权？

以下类型的服务和用品要求事前授权：

住院服务和用品
肥胖（减肥）手术
于某安宁机构住院
于某医院住院
于某康复机构住院
于某治疗 <b>精神障碍</b> 和 <b>药物滥用</b> 住院治疗机构住院
于某专业护理机构住院

*\*欲获取要求事前授权的处方药与医疗注射药物的最新名单，请拨打“如何联系我们获取帮助”部分中您的ID 卡上的免付费电话号码，或是登录Aetna 网站 [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) 联系保户服务部。*

## 福利协调 (COB)

有些人享受多个医疗计划的承保。如果您属于这种情况，我们将与您享受的其它医疗计划一起协商决定每个计划给付的费用。此即福利协调 (COB)。

### 以下为福利协调的运作方式

- 如果本计划为主计划，我们将像不考虑其它计划，先行给付您的医疗费用
- 如果本计划为辅计划，我们将在主计划后进行给付，并根据主计划支付的金额减少给付金额
- 我们支付的金额，连同您其它保险的付款，累计绝不会超过允许提交费用的 **100%**

欲了解有关福利协调规定的更多详情（包括主辅计划的决定），可拨打您ID 卡上所示保户服务部电话号码。关于福利协调规定的完整说明，请参阅核发给大学的保单，并可在线查看，网址：[www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com)。

## 福利说明

本计划排除对某些服务（即保证凭证中的例外情况）的承保，并对支付的金额有所限制。本计划设计与福利摘要文件将向您说明本计划的重要特色，但其它特色可能对您十分重要且部分内容可能进一步限制本计划支付的金额。如欲查看包含在核发给您保险凭证中的完整计划说明，请前往 [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com)。如果此福利摘要与保险凭证有任何分歧之处，将以此凭证为准。

本计划将按照任何适用的加利福尼亚州保险法给付福利。

**金属级别黄金，于 83.94% 测试**

保单年度自付额	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
在本计划给付福利之前，您必须达到您的保单年度自付额。			
学生	每保单年度合计 450 美元		每保单年度 900 美元
<b>保单年度自付额豁免</b>			
豁免以下所有符合条件健康服务的保单年度自付额： <ul style="list-style-type: none"><li>• 预防性护理和保健、儿童预防性视力服务、医师门诊、免预约门诊就诊费用、顾问或专家费用、免疫接种费用、物理疗法、职能治疗、整脊治疗费用、心理健康门诊费用和紧急护理费用等的首选护理</li><li>• 预防性护理和保健、儿童预防性牙科和视力服务、物理疗法、职能治疗、整脊治疗费用、心理健康门诊费用和紧急护理费用和急诊室费用的网络内护理</li><li>• 儿童预防性视力服务、紧急护理费用和急诊室费用的网络外护理</li></ul>			
<b>每保单年度自费额上限</b>			
学生	每保单年度合计 6,000 美元		每保单年度 12,000 美元
<b>事前授权承保福利罚金</b>			
这仅适用于网络外保险范围：本保险凭证包含事前授权方案的完整说明。事前授权要求的相关详情，请参见 <i>医疗必要与事前授权要求</i> 部分。			
规定必须进行但却未能对您的符合条件健康服务进行事前授权将导致产生下述福利罚金： <ul style="list-style-type: none"><li>- 每种符合条件的健康服务类型将单独计入 500 美元的福利罚金。</li></ul>			
如果支付给 Aetna 的福利费用少于 500 美元，则罚金上限为福利费用。			
您因为未能获取事前授权而可能作为罚金支付的认可费用的额外百分比或金额并非承保福利，且不会计入保单年度自付额或自付最高限额（如果有的话）。			

以下福利一览表中所列的共同保险反映了计划共同保险百分比。这是计划支付共同保险金额。您负责支付任何剩余共同保险。

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>预防护理和保健</b>			
<b>常规体检</b>			
在医生诊室进行	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	共付额或保单年度自 付额不适用	共付额或保单年度自 付额不适用	
21 岁及以下年龄的投保人：每保单年度 年龄上限和看诊次数限制	遵守由美国儿科学会/光明未来/卫生资源和服务管理局为儿童和青少年推 荐的综合指南所规定的一切年龄和看诊次数限制。  详情请联系您的医生或保户服务部，登录 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡上的免费电话。		
22 岁及以上的投保人：每保单年度看诊 次数上限	1 次看诊		
<b>预防护理免疫接种</b>			
在医疗机构或医师诊所进行	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	共付额或保单年度自 付额不适用	共付额或保单年度自 付额不适用	
上限	遵守由疾病控制和预防中心国家免疫接种咨询委员会推荐的综合指南所规 定的一切年龄限制。  详情请联系您的医生或保户服务部，登录 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡上的免费电话。		
<b>健康女性预防看诊</b>			
<b>妇科常规检查（包括巴氏涂片及细胞学检查）</b>			
在医生、产科医生 (OB)、妇科医生 (GYN) 或妇产科医生诊室进行	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	共付额或保单年度自 付额不适用	共付额或保单年度自 付额不适用	



符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
上限	遵守由美国卫生资源和服务管理局推荐的综合指南所规定的一切年龄限制。		
<b>预防筛查和咨询服务</b>			
肥胖和/或健康饮食咨询诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限（此上限仅适用于年满 22 岁的受保人。）	26 次看诊，但对于与高脂血症（高胆固醇）及心血管和饮食类慢性疾病的已知风险因子相关的健康饮食咨询，本计划仅允许 10 次看诊。		
不当使用酒精和/或药物咨询诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	5 次看诊		
烟草制品使用咨询诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	8 次看诊		
抑郁症筛查咨询诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	1 次看诊		

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
性传播感染咨询诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	2 次看诊		
乳腺癌和卵巢癌遗传风险咨询诊室就诊  该保险计划提供乳腺癌筛查、诊断和治疗 保险。	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
压力管理	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
慢性疾病	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
<b>在医生诊室、专家诊室或医疗机构进行的常规癌症筛查。</b>			
常规癌症筛查	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
上限	遵守以下最新规定的任何有关年龄、家族史和频率的指导准则： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在美国预防服务工作小组（United States Preventive Services Task Force）目前建议中实际具备 A 或 B 评级之以实证为基础的项目；及</li> <li>• 由美国卫生资源和服务管理局推荐的综合指南。</li> </ul> 详情请联系您的医生或保户服务部，登录 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡上的免费电话。		

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
肺癌筛查次数上限	每 12 个月筛查 1 次*		
<b>*重要提示：</b> 肺癌筛查次数超过上述上限请参见 <i>门诊诊断检测</i> 部分的内容。			
<b>由医生、产科医生 (OB)、妇科医生 (GYN) 或妇产科医生提供的产前护理服务</b>			
仅预防保健服务  (包括参加加州产前筛查计划)	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
<b>重要提示：</b> 您应查看 <i>产妇护理及健康新生儿婴儿房护理</i> 部分的内容。了解有关本计划产妇护理承保水平的更多信息。			
<b>全面的哺乳期支持和咨询服务</b>			
哺乳期咨询服务- 医疗机构或诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
<b>重要提示：</b> 看诊次数超过哺乳期咨询服务上限的情况请参见 <i>医生及其他专业医疗人员</i> 部分的内容。			
吸乳器用品和配件	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
上限	电动吸乳器（非医用级别，费用由您的计划每三年承保一次）或  手动吸乳器（费用由您的计划每次怀孕承保一次）或  如果在此前的三年期限内购买了电动吸乳器，则另行购买的电动吸乳器不被承保，直至自上次购买起三年期已满。		
<b>计划生育服务- 女性避孕</b>			
女性避孕咨询服务 诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊议定收费的 100%  共付额或保单年度自 付额不适用	每次就诊认可收费的 50%

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>避孕药（处方药和用具）</b>			
由医师在诊室看诊期间提供、施用或移除的女性处方避孕药和用具	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
提供长达 12 个月药量的 FDA 批准的处方避孕药承保。	共付额或保单年度自付额不适用	共付额或保单年度自付额不适用	
<b>女性自愿绝育</b>			
住院医疗服务提供者服务	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	共付额或保单年度自付额不适用	共付额或保单年度自付额不适用	
门诊医疗服务提供者服务	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	共付额或保单年度自付额不适用	共付额或保单年度自付额不适用	
<b>医生及其他专业医疗人员</b>			
<b>医生和专科医生服务</b>			
开诊时间就诊（医生和专科医生的非手术及非预防护理）	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
	保单年度自付额不适用		
医生或专科医生提供的远程医疗咨询服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>过敏检测及治疗</b>			
在医生或专科医生诊室进行过敏检测	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
在医生或专科医生诊室进行过敏注射治疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
在医生或专科医生诊室注射过敏血清和提取物	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>医生和专科医生 - 住院手术服务</b>			
在医院或分娩中心住院期间由外科医生执行的住院手术（包括麻醉师和手术助手的费用）	议定收费的 90%	议定收费的 80%	认可收费的 100%
麻醉剂	议定收费的 90%	议定收费的 80%	认可收费的 100%
外科手术辅助	议定收费的 90%	议定收费的 80%	认可收费的 100%

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>医生和专科医生 - 门诊手术服务</b>			
在医院门诊部门或门诊手术机构进行的门诊手术  包含医生外科手术服务	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
<b>住院非外科手术医生服务</b>			
住院非外科手术医生服务	议定收费的 90%	议定收费的 80%	认可收费的 100%
<b>咨询服务（非手术和非预防）</b>			
开诊时间就诊 （非手术和非预防性护理）	每次就诊议定收费的 90%  保单年度自付额不适用	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
顾问或专科医生提供的远程医疗咨询服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
第二外科手术意见	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>医生诊室看诊替代方案</b>			
免预约门诊就诊（非急诊就诊）	每次就诊议定收费的 90%  保单年度自付额不适用	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
<b>住院及其他设备护理</b>			
住院病人服务 （食宿及其它服务和用品）  按照双人病房费率，除非要求加护病房  加护食宿  医生收费请参见医生和专科医生-住院手术服务福利	每次入院 150 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 90%	每次入院 150 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 80%	每次入院 150 美元共付额，之后计划支付认可收费余额的 50%
入院前检测	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>住院替代方案</b>			
<b>门诊手术（设施费）</b>			
在医院门诊部或手术中心执行外科手术的设施费  医生收费请参见医生和专科医生-门诊手术服务福利	议定收费的 90%	议定收费的 80%	认可收费的 50%

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>家庭医疗护理</b>			
门诊	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	100		
<b>临终关怀护理</b>			
住院机构 (食宿及其他服务和用品)	每次入院议定收费的 90%	每次入院议定收费的 80%	每次入院认可收费的 80%
门诊	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 80%
每保单年度看诊次数上限	无上限		
每 30 天的临时看护天数上限	30		
<b>专业护理机构</b>			
住院机构 (食宿和其它住院护理服务及用品)  按照双人病房费率, 除非要求加护病房  加护食宿	每次入院 150 美元共 付额, 之后计划支付 议定收费余额的 90%	每次入院 150 美元共 付额, 之后计划支付 议定收费余额的 80%	每次入院 150 美元共付 额, 之后计划支付认可收 费余额的 50%
每保单年度住院天数上限	无上限		
<b>急诊服务和紧急护理</b>			
<b>急诊服务</b>			
医院急诊室  *不包括在某医院急诊室就诊期间进行的 复合成像服务、化验工作和放射性服务, 以及在医院急诊室就诊之后进行的任何手 术。  *参见本福利一览表中适用于这些承保福 利的费用分摊。	不适用	每次看诊 200 美元共 付额, 之后计划支付 议定收费余额的 90%  保单年度自付额不适 用	支付费用与网络内保险范 围相同  保单年度自付额不适用
医院急诊室内的非急诊护理	不提供承保	不提供承保	不提供承保

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>重要提示:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>网络外医疗服务提供者与我们没有合约，因此其可能不会接受您的分摊费用（共付额/共同保险）作为全额付款。您可能会收到账单，金额为该医疗服务提供者所开立金额与本计划所支付金额之间的差额。如果该医疗服务提供者向您开立账单的金额超过您的分摊费用，您不必负责支付该金额。您应按ID背面所列的地址寄出账单，我们将与医疗服务提供者针对该金额解决任何付款争议。请确保账单上有您的ID卡号。</li> <li>每次到急诊室的就诊均适用单独的医院急诊室共付额/共同保险。如果您在前往急诊室看诊后立即住院，将免除您的急诊室共付额/共同保险，并适用您的住院共付额/共同保险。</li> <li>计入医院急诊室共付额/共同保险的承保福利不能计入本计划规定的任何其它共付额/共同保险。同样，计入其它承保福利的共付额/共同保险也不能计入医院急诊室共付额/共同保险。</li> <li>于医院急诊室中提供且未包含在医院急诊室看诊福利中的某些服务可能需要分别支付共付额/共同保险。这些共付额/共同保险金额可能与医院急诊室共付额/共同保险有所区别。它们是基于为您提供的具体服务。</li> <li>于医院急诊室中提供且未包含在医院急诊室看诊福利中的服务可能会出现共付额/共同保险金额与医院急诊室共付额/共同保险金额不同的情况。</li> </ul>			
<b>紧急护理</b>			
某紧急护理医疗服务提供者提供的紧急医疗护理	每次就诊议定收费的90%	每次就诊议定收费的80%	每次就诊认可收费的80%
不包括在紧急医疗护理过程中进行的复合成像、化验和放射性服务	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用
<b>紧急医疗服务提供者的非紧急医疗</b> 非紧急护理如下所示：	不提供承保	不提供承保	不提供承保
<ul style="list-style-type: none"> <li>常规或预防保健（包括免疫接种）</li> <li>随诊护理</li> <li>物理疗法</li> <li>选择性治疗</li> <li>任何与紧急病情治疗无关的诊断化验和放射性服务</li> </ul>			
<b>儿童牙科保健（限至受保人士满19岁当月结束）</b>			
A型服务	不适用	每次就诊议定收费的100%	每次就诊认可收费的70%
		共付额或自付额不适用	共付额或自付额不适用
B型服务	不适用	每次就诊议定收费的70%	每次就诊认可收费的50%
		共付额或自付额不适用	共付额或自付额不适用
C型服务	不适用	每次就诊议定收费的50%	每次就诊认可收费的50%
		共付额或自付额不适用	共付额或自付额不适用

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
牙齿矫正服务	不适用	每次就诊议定收费的50%  共付额或自付额不适用	每次就诊认可收费的50%  共付额或自付额不适用
牙科急诊治疗	不适用	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保	
<b>特殊情况</b>			
<b>分娩中心（设施费）</b>			
住院（食宿及其它服务和用品）	按照与医院护理相同的费用分摊支付		
<b>糖尿病服务和用品（包括器材和培训）</b>			
糖尿病服务和用品（包括器材和培训）	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
<b>阻生智齿</b>			
阻生智齿	议定收费的90%	议定收费的90%	认可收费的90%
<b>健康天然齿意外受伤</b>			
健康天然齿意外受伤	议定收费的90%	议定收费的90%	认可收费的90%
<b>癌症治疗与牙齿损伤的成人牙科护理</b>			
癌症治疗与牙齿损伤的成人牙科护理	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
<b>牙科护理的麻醉剂与医院收费</b>			
牙科护理的麻醉剂与医院收费	议定收费的90%	议定收费的80%	认可收费的50%
<b>血液和体液暴露</b>			
血液和体液暴露	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>颞下颌关节功能紊乱治疗</b>			
颞下颌关节功能障碍	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>皮肤病治疗</b>			
皮肤病治疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>产科护理</b>			
产科护理（包括医院或分娩中心的生产及产后护理服务）	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
医院或分娩中心的健康新生儿婴儿房护理	议定收费的90%  保单年度自付额不适用	议定收费的80%  保单年度自付额不适用	认可收费的50%  保单年度自付额不适用
<b>注：</b> 将免除新生儿首次常规机构住院期间的婴儿房收费的每次住院共付额和/或保单年度自付额。非常规医疗机构住院不适用婴儿房收费豁免。			



符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>妊娠并发症</b>			
住院 (食宿及其他服务和用品)	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
按照双人病房费率，除非要求加护病房 加护食宿			
<b>计划生育服务-其他</b>			
男性自愿绝育 住院医生或专科医生手术服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
男性自愿绝育门诊医生或专科医生手术 服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
自愿绝育逆转手术 门诊医生或专科医生 手术服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
自愿绝育逆转手术 住院医生或专科医生 手术服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
自愿终止妊娠 住院医生或专科医生手术 服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
自愿终止妊娠 住院医生或专科医生手术 服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>性别重置(变性)治疗</b>			
外科手术、激素替代疗法和咨询疗法	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>重要提示：</b> 只需登录您的 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> ，即可获取有关此承保福利的详细信息，包括 Aetna 第 0615 号临床政策公告中的资格要求。您也可拨打您 ID 卡背面的免费电话致电 <i>保户服务部</i> 。			
<b>自闭症谱系障碍</b>			
自闭症谱系障碍治疗 (包括医生和专科医生诊室就诊、诊断和 检测)	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
自闭症谱系障碍诊断相关的物理、职能及 言语治疗	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
应用行为分析*	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
<b>*重要提示：</b> 应用行为分析要求 Aetna 提供的事前授权。您的网络内医疗服务提供者负责获取事前授权。如果您使用的是某网络外 医疗服务提供者，则由您自行负责获取事前授权。			

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>心理健康治疗</b>			
<b>心理健康治疗 - 住院</b>			
住院医院心理障碍治疗 （食宿及其他医院服务和用品）  住院治疗设施心理障碍治疗（食宿及其他 住院治疗机构服务和用品）  按照双人病房费率，除非要求加护病房  心理障碍加护食宿	每次入院议定收费的 <b>90%</b>	每次入院议定收费的 <b>80%</b>	每次入院认可收费的 <b>50%</b>
<b>心理健康治疗 - 门诊</b>			
医生或行为健康医疗服务提供者的心理障 碍治疗门诊  （包括远程医疗认知行为治疗咨询）	每次就诊议定收费的 <b>90%</b>  保单年度自付额不适 用	每次就诊议定收费的 <b>90%</b>  保单年度自付额不适 用	每次就诊认可收费的 <b>50%</b>
其它门诊心理障碍治疗（包括家中的专业 行为健康服务）  部分住院治疗（每天满4小时但不足24 小时的临床治疗）  加护门诊计划（每天满2小时、每周满6 小时的临床治疗）	每次就诊议定收费的 <b>90%</b>  保单年度自付额不适 用	每次就诊议定收费的 <b>80%</b>  保单年度自付额不适 用	每次就诊认可收费的 <b>50%</b>
<b>药物滥用相关障碍治疗 - 住院</b>			
住院医院药物滥用戒瘾 （食宿及其他医院服务和用品）  住院医院药物滥用康复 （食宿及其他医院服务和用品）	每次入院议定收费的 <b>90%</b>	每次入院议定收费的 <b>80%</b>	每次入院认可收费的 <b>50%</b>
住院医院药物滥用戒瘾（续）  住院治疗设施药物滥用 （食宿及其他住院治疗机构服务和用品） 按照双人病房费率，除非要求加护病房 药物滥用加护食宿	每次入院议定收费的 <b>90%</b>	每次入院议定收费的 <b>80%</b>	每次入院认可收费的 <b>50%</b>
<b>药物滥用相关障碍治疗 - 门诊：戒瘾和康复</b>			
到某医生或行为健康医疗服务提供者处进 行的药物滥用门诊就诊  （包括远程医疗认知行为治疗咨询）	每次就诊议定收费的 <b>90%</b>	每次就诊议定收费的 <b>90%</b>	每次就诊认可收费的 <b>50%</b>

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
其它门诊药物滥用服务（包括家中的专业行为健康服务）  部分住院治疗（每天满4小时但不足24小时的临床治疗）  加护门诊计划（每天满2小时、每周满6小时的临床治疗）	每次就诊议定收费的90%	每次就诊议定收费的80%	每次就诊认可收费的50%
<b>肥胖（减肥）手术</b>			
住院和门诊机构及医生服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>肥胖手术（交通和住宿费用）</b>			
每次往返行程的交通费用给付上限—承保3次往返（一次术前看诊、一次手术看诊，以及一次复查）	\$130		
每次往返行程，每位陪同人员的交通费用给付上限—承保2次往返（一次手术看诊以及一次复查）	\$130		
术前看诊和复查，每位患者和陪同人员的住宿费用给付上限	每天100美元，最多2天		
<b>重建外科手术及用品</b>			
重建外科手术及用品（包括重建乳房外科手术）		按照福利类型和接受服务的地点承保。	按照福利类型和接受服务的地点承保。
符合条件的医疗服务	网络内承保（IOE机构）	网络内承保（非IOE机构）	网络外承保
<b>移植服务</b>			
住院与门诊移植机构服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
住院和门诊移植医生与专科医生服务	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
移植服务（交通和住宿费用）	覆盖		
任何一次移植手术（包括连续移植）的交通和住宿费用的终身给付上限	\$10,000		
每位IOE患者的住宿费用给付上限	每晚50美元		
每位陪同人员的住宿费用给付上限	每晚50美元		
<b>不孕不育治疗</b>			
不孕不育基本治疗服务住院与门诊护理 - 不孕不育基本治疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>特定疗法和化验</b>			
<b>门诊诊断检测</b>			
在某医院或其它医疗机构门诊部门进行的诊断复合成像服务	每次就诊议定收费的90%	每次就诊议定收费的80%	每次就诊认可收费的50%

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
在某医院或其他医疗机构的医生诊室、门诊部进行的诊断性化验和放射性服务	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
<b>化疗</b>			
化疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>门诊输液治疗</b>			
在受保人的家中、医师诊所、医院门诊部或其他场所进行的门诊输液治疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>门诊放疗</b>			
门诊放疗	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>门诊呼吸疗法</b>			
呼吸疗法	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>输血或血液肾脏透析</b>			
输血或血液肾脏透析	根据福利类型和所接收服务的地点提供承保		
<b>心脏和肺部康复服务</b>			
心脏康复	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
肺部康复	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>康复和复健服务</b>			
门诊身体、职业、言语和认知疗法 短期康复服务和复健治疗相结合	每次就诊 15 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 100%  保单年度自付额不适用	每次就诊 15 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 100%  保单年度自付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
<b>针灸</b>			
针灸	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
每保单年度看诊次数上限	无上限		
<b>脊椎按摩服务</b>			
脊椎按摩服务	每次就诊 15 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 100%  保单年度自付额不适用	每次就诊 15 美元共付额，之后计划支付议定收费余额的 100%  保单年度自付额不适用	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	无上限		
每种疾病 24 小时内的看诊次数上限*	1 次看诊		
<b>针对学习障碍的诊断检测</b>			
针对学习障碍的诊断检测	按照福利类型和接受服务的地点承保。		

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>专科处方药</b> (在门诊购买或由您的医疗服务提供者在门诊注射)			
在门诊购买或由您的医疗服务提供者在门诊注射的专科处方药物	根据福利类型或接受服务的地点提供承保		
<b>其他服务和用品</b>			
陆路、空中或水路急救 (包括非急诊救护)	每次接送议定收费的 90%	每次接送议定收费的 90%	支付费用与网络内保险范围相同
临床试验疗法	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
临床试验(常规患者费用)	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
耐用医疗器材	每物品议定收费的 90%	每个项目议定收费的 80%	每物品认可收费的 50%
肠内与肠外营养补充品	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
骨质疏松症(非预防性护理)	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>假肢和矫形装置</b>			
其他所有假肢和矫形装置	每物品议定收费的 90%	每个项目议定收费的 80%	每物品认可收费的 50%
人工耳蜗	每物品议定收费的 90%	每个项目议定收费的 80%	每物品认可收费的 50%
<b>助听器和检查</b>			
助听器检查	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
<b>足病(足部护理)治疗</b>			
医生和专科医生非常规足部护理治疗 (包括常规足部护理)	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>视力保健</b>			
<b>儿童视力保健(承保至受保人士满 19 岁当月结束)</b>			
<b>儿童常规视力检查(包括屈光检查)</b>			
由合法且符合资格的眼科医生或验光师执行	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用
每保单年度看诊次数上限	1 次看诊		

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>儿童低视能综合评估</b>			
由合法且符合资格的眼科医生或验光师执行	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
	保单年度自付额不适用		
福利上限	每 5 年一次低视能综合评估 任意 5 年期间 4 次后续就诊		
<b>儿童视力保健服务和用品</b>			
眼镜镜框、处方镜片或处方隐形眼镜	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用
每保单年度的眼镜镜框数量上限 每保单年度的处方镜片数量上限	一套眼镜镜框 一对处方镜片		
每保单年度的处方隐形眼镜数量上限（包括非常规处方隐形眼镜及白内障手术后开立处方的无晶状体镜片）	日抛型：1 年供应 长戴型：1 年供应 非日抛镜片：1 年供应		
验配隐形眼镜的诊室就诊	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊议定收费的 100%	每次就诊认可收费的 50%
	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用	保单年度自付额不适用
光学装置	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<p><b>*重要提示：</b> 请参阅保险凭证中的视力护理部分，了解这些视力护理用品的说明。</p> <p>对于保单年度中处方镜片的保险范围，此福利将涵盖眼镜镜框的处方镜片或处方隐形眼镜，但两者不可同时使用。</p> <p>验配处方隐形眼镜的诊室就诊不属于承保范围。</p>			
<b>成人视力护理限年满 19 岁的受保人</b>			
成人常规视力检查（包括屈光检查） 由合法且符合资格的眼科医生或验光师执行 限年满 19 岁的受保人	每次就诊议定收费的 90%	每次就诊议定收费的 80%	每次就诊认可收费的 50%
每保单年度看诊次数上限	1 次看诊		
<b>无虹膜</b>			
无虹膜	按照福利类型和接受服务的地点承保。		
<b>门诊处方药</b>			
<b>保单年度针对降低乳腺癌风险的自付额和共付额/共同保险豁免</b>			
保单年度自付额和每处方共付额/共同保险不适用于在零售网络内药房获取的降低乳腺癌风险处方药。这意味着这类乳腺癌预防处方药将获得 100% 给付。			

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>保单年度针对戒烟处方药和非处方药的自付额和共付额/共同保险豁免</b>			
保单年度自付额和每处方共付额/共同保险不适用于在零售网络内药房获取的戒烟处方药和非处方药的每保单年度前两个 90 天治疗方案。这意味着这类处方药和非处方药将获得 100% 给付。			
您的保单年度自付额和任何处方共付额/共同保险将在每政策年度的这两种方案用完后适用。			
<b>保单年度针对避孕药的自付额和共付额/共同保险豁免</b>			
保单年度自付额和每处方共付额/共同保险不适用于在网络内药房获取的女性避孕方法。			
这意味着这类避孕方法将获得 100% 给付：			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 适用于 FDA 认定的每种避孕方法的某些非处方药 (OTC) 和学名避孕药处方药和装置。施用承保装置所需的相关服务和用品也将按 100% 给付。</li> <li>• 如果针对某种避孕方法的学名处方药或装置不可用，您可以获取按 100% 给付的某种品牌处方药或装置。</li> </ul>			
除非您获得医疗例外，否则保单年度自付额、处方药保单年度自付额和每处方共付额/共同保险继续适用于在网络内药房获得的可提供同一治疗药物类别的学名药等同物、生物仿制药或学名替代药的处方药。保险凭证中可找到如何获得医疗例外的说明。			
对于 FDA 批准的处方避孕药，如果医疗服务提供者、药剂师或获得发放药品或用品许可或其他授权的机构向投保人一次性发放或提供，则承保最长 12 个月的药量。			
<b>首选处方学名药</b>			
<b>每处方共付额/共同保险</b>			
针对每次于零售药房配给的最多 30 天药量。	每次药量共付额大于 15 美元或议定收费的 10%，但不超过 50 美元  保单年度自付额不适用	每次药量共付额大于 15 美元或议定收费的 10%，但不超过 50 美元  保单年度自付额不适用	每次药量共付额大于 15 美元或认可收费的 10%，但不超过 50 美元  保单年度自付额不适用
<b>首选品牌处方药</b>			
<b>每处方共付额/共同保险</b>			
针对每次于零售药房配给的最多 30 天药量。	每次药量共付额大于 30 美元或议定收费的 10%，但不超过 150 美元  保单年度自付额不适用	每次药量共付额大于 30 美元或议定收费的 10%，但不超过 150 美元  保单年度自付额不适用	每次药量共付额大于 30 美元或认可收费的 10%，但不超过 150 美元  保单年度自付额不适用

符合条件的医疗服务	首选护理承保	网络内承保	网络外承保
<b>口服抗癌处方药</b>			
<b>每处方共付额/共同保险</b>			
针对每次于零售药房配给的最多 30 天药量。	议定收费的 100%  保单年度自付额不适用	议定收费的 100%  保单年度自付额不适用	认可收费的 100%  保单年度自付额不适用
<b>预防保健药物和补品</b>			
零售药房配给的预防保健药物和补品  针对每次 30 天的药量	议定收费的 100%  保单年度自付额不适用	议定收费的 100%  保单年度自付额不适用	根据以上福利一览表中的药物类型支付
上限	承保将遵守美国预防服务工作小组建议中的任何性别、年龄、病况、家族史以及频度指南。有关指南和当前承保预防保健药物和补品列表的详情，请登录您的 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡背面的免付费电话号码与保户服务部联系。		
<b>降低乳腺癌风险处方药</b>			
药房配给的乳腺癌预防处方药  针对每次 30 天的药量	每次配药或续配议定收费的 100%  共付额或保单年度自付额不适用	每次配药或续配议定收费的 100%  共付额或保单年度自付额不适用	根据以上福利一览表中的药物类型支付
福利上限:	承保将遵守美国预防服务工作小组建议中的任何性别、年龄、病况、家族史以及频度指南。有关指南和当前承保预防保健药物和补品列表的详情，请登录您的 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡背面的免付费电话号码与保户服务部联系。		
<b>戒烟处方药及非处方药</b>			
药房配给的戒烟处方药及非处方药  针对每次 30 天的药量	每次配药或续配议定收费的 100%  共付额或保单年度自付额不适用	每次配药或续配议定收费的 100%  共付额或保单年度自付额不适用	根据以上福利一览表中的药物类型支付
福利上限:	承保范围仅限两段 90 天的治疗方案。 承保将遵守美国预防服务工作小组建议中的任何性别、年龄、病况、家族史以及频度指南。有关指南和当前戒烟处方药及非处方药列表的详情，请登录您的 Aetna Navigator® 安全网站 <a href="http://www.aetnastudenthealth.com">www.aetnastudenthealth.com</a> 或拨打您 ID 卡背面的免付费电话号码与保户服务部联系。		



受保人士、受保人士的指定人或受保人士的处方开立者可以要求加急医疗例外处理流程，以便在紧急情况下获得不提供承保的药物。当受保人士患有有可能严重危害受保人士生命、健康或恢复最大机能之能力的病况，或受保人士当前正在接受使用非处方药物的治疗疗程时，则属于“紧急情况”。

如欲要求对紧急情况进行加急审查，可联系 Aetna 的 *预先证明部门* 进行提交，电话 **1-855-240-0535**，或将要求传真至 **1-877-269-9916** 或写信至下方地址进行请求提交：

CVS Health

收件人：Aetna PA

1300 E Campbell Road

Richardson, TX 75081

## 您的计划不承保的服务-符合条件的例外和排除项目

我们已在您的计划部分告知您适用于您计划中符合条件健康服务保险范围的许多医疗服务和用品。我们在该部分为您介绍存在例外情况的医疗服务，还有一些根本不承保的服务，称为“排除项目”。

本部分，我们会为您介绍您计划中的一些例外情况和排除项目。

请注意，您在福利一览表中可找到承保限制信息。

### 一般例外情况与排除项目

#### 替代医疗护理

- 提供商提供的用于替代医疗保健服务的服务和用品。其中包括但不限于芳香疗法、理疗药物、草药疗法、顺势疗法、能量医学、基督教信仰治疗医学、阿育吠陀医学、瑜伽、催眠疗法和中医。

#### 武装部队

- 在为任何国家的武装部队服役期间因为受伤或患病而从医疗服务提供者处获得的服务和用品。当您进入任何国家的武装部队时，我们将退还任何不必要的按日计算保费给投保人。

#### 人造器官

- 任何可以执行身体器官功能的设备

#### 胸部

- 提供商提供的用于缩胸术或男子女性型乳房的服务和用品

#### 临床试验疗法（实验性或研究性）

- 您的计划不包含临床试验疗法（实验或研究），您的计划中符合条件的健康服务-临床试验疗法（实验或研究）部分中规定的情况除外

请参考如果您不同意-索赔决定的上诉流程部分，了解如何向加利福尼亚州保险部申请对实验性或研究性治疗进行独立医疗评估

#### 临床试验疗法（常规患者费用）

- 仅由于临床试验（即协议引起的费用）而需要的与数据收集和记录留存相关的服务和用品
- 通常由试验赞助商提供的无需向您收取费用的服务和用品
- 实验干预本身（除了依据 Aetna 的索赔政策进行的某些实验中的医学上必要的 B 类研究设备和针对某些临床试验中绝症的有希望的实验和调查干预）

#### 角膜或软骨移植

- 角膜（带羊膜的角膜移植）
- 软骨（自体软骨细胞移植或骨软骨同种异体移植或自体移植）移植

#### 整容服务和整形手术

- 任何可以改变、改善或增强身形或外观的治疗、手术（整容或整形）服务或用品。无论出于心理还是情感原因而提供。在医学治疗过程中发生的损伤不视为是意外损伤，即使是意外情况。

此排除项目不适用于以下情况：

- 在意外损伤发生后尽快进行的医学上可行的手术或“符合您计划承保资格的医疗服务-重建外科手术及用品”部分所述的手术。
- “符合您计划承保资格的医疗服务-性别重置（变性）”部分规定可提供的承保。

#### 咨询

- 宗教、职业、牧师或财务咨询

#### 看护

- 日常生活（如步行、上下床、洗澡、穿衣、进食、如厕和服药）方面的帮助，不包括根据临终关怀护理、专业护理或住院福利提供的服务。

#### 皮肤病治疗

- 痤疮治疗
- 整容治疗和手术

#### 成人牙科护理

- 成人牙科服务包括与以下情况相关的服务：
  - 牙齿的护理、填充、移除或替换以及治疗牙齿**损伤**或疾病
  - 与牙龈有关的牙科服务
  - 根尖切除术（齿根切除）
  - 齿列矫正
  - 根管治疗
  - 软组织嵌入
  - 牙槽切除术
  - 牙周病增强和口腔前庭成形术治疗
  - 假牙
  - 种植牙修复
  - 牙种植体

此例外情况不包括移除骨性受阻牙齿、骨折、肿瘤切除和牙源性囊肿。

此排除项目不适用于符合您计划承保资格的医疗服务-癌症治疗与牙损伤的成人牙科护理福利部分所述的承保福利。

#### 耐用医疗设备(DME)

- 浴缸
- 便携式漩涡泵
- 桑拿浴
- 按摩装置
- 床上桌
- 电梯
- 沟通辅助设备
- 视力辅助设备
- 电话报警系统
- 个人卫生及便利物品（如：空调、加湿器、热水浴缸或锻炼器材），即使这些物品由医生开立处方

## 早期强化行为干预

- 某些早期强化行为干预（Denver、LEAP、TEACCH、Rutgers、地板时间和类似项目）以及其他强化教育干预

## 教育服务

- 用于教育、培训或再培训服务或测试的任何服务或用品。其中包括：
  - 特殊教育
  - 矫正教育
  - 荒野治疗方案
  - 职业培训
  - 职业强化计划
- 由政府学区提供的服务

## 选择性治疗或选择性手术

- 选择性治疗或选择性外科手术，学生保单明确规定承保且于学生保单有效期间提供的情况除外

## 肠内营养品与营养补充品

- 任何食物类（其中包括婴儿配方奶粉、维生素以及处方维生素）、病患专用食品和其它营养食品（即使是唯一营养来源），但符合您计划承保资格的医疗服务-肠内营养品与营养补充品部分规定承保的食物除外

## 检查

任何不具有医疗必要性的健康或牙科检查：

- 第三方要求的检查。例如：获得或保留工作所需的检查，或劳工协议或其他合同要求进行的检查
- 法律要求的检查
- 购买保险或获得或保留许可
- 旅行
- 参加学校、露营或体育赛事，或参加体育或其他娱乐活动

## 属于实验或研究性质

- 实验或研究药物、装置、治疗或程序，除非临床试验疗法（实验性或研究性）或临床试验（常规患者费用）另有规定。请参阅您的计划符合条件的健康服务-其他服务部分。
- 请参考如果您不同意-索赔决定的上诉流程部分，了解如何向加利福尼亚州保险部申请对实验性或研究性治疗进行独立医疗评估

## 急诊服务和紧急护理

- 医院急诊室内的非急诊服务
- 急诊室内（非医院独立诊室）的非急诊护理

## 机构收费

下述机构提供的护理、服务或用品：

- 休养所
- 疗养院
- 用作人员的主要住所或主要提供监护或休息护理的类似机构
- 疗养胜地
- 水疗或疗养所
- 学校、学院或营地的医务室

## 重罪

- 在由于犯下重罪而受伤的情况下，所接受的服务和用品

## 足部护理

服务和用品：

- 胼胝、拇囊炎、脚趾甲、扁平足、槌状趾、足弓下陷治疗
- 由于日常活动（如步行、跑步、工作或穿鞋）而造成的软脚、足痛等疼痛的治疗
- 各种用品（包括矫形鞋）、足部矫正、足弓垫、鞋垫、踝固定器、防护用品、保护装置、面霜、药膏以及其它装备、设备和用品
- 日常足部护理服务，如修剪指甲、鸡眼和胼胝（足部没有任何疾病或损伤）

此排除项目不适用于“符合您计划承保资格的医疗服务—假肢和矫形装置福利”部分所述的承保糖尿病鞋和嵌件。

## 性别重置（变性）治疗

整容服务和用品，如：

- 鼻整形术
- 整形美容术
- 丰唇
- 面骨复位
- 眼睑整容术
- 隆乳术
- 腰部吸脂
- 甲状软骨缩小成形术（喉软骨成形术）
- 脱毛（包括面部和颈部的电解除毛）
- 女性化手术中的变声手术（喉成形术或缩短声带）以及紧致换肤
- 协助男性化手术的人造颧骨、隆鼻和缩唇同样属于整容

## 基因治疗

- 任何改变人体基因、基因组成、或人体基因表达的治疗、设备、药品、服务或用品（对先天性出生缺陷的修复除外）

## 生长/身高治疗

- 增加或降低身高或改变成长速度的治疗、设备、药品、服务或用品
- 促进生长的手术治疗、设备和生长激素

## 助听器和检查

以下服务或用品：

- 替换：
  - 丢失、被偷走或损坏的助听器
  - 安装时间未满 24 个月的助听器
- 替换部件或修复助听器
- 电池或电线
- 不符合耳聋矫正处方规范的助听器
- 没有耳鼻喉科专家或耳科专家证书的医师所进行的听觉或听力检查
- 在医院或其它机构住院期间提供的听力检查，但作为住院整体的一部分为新生儿提供的听力检查除外
- 用于以下目的的任何测试、用品和装置：
  - 改善听力。其中包括助听器电池、扬声器和辅助装置
  - 提升其它形式的交流以补偿听力损失或模拟语音的装置

## 家庭医疗护理

- 护理和家庭健康辅助服务或于住家之外提供的治疗支持服务（如与学校、假期、工作或娱乐活动相结合的服务）
- 交通运输
- 在家庭成员或看护人不在场的情况下向未成年人或受抚养人提供的服务或用品
- 家庭主妇或管家服务
- 送餐或家庭快送服务
- 维持疗法

上述维持疗法排除项目不适用于维持或防止功能退化或衰退的康复医疗服务

## 临终关怀护理

- 丧事筹备
  - 牧师咨询
  - 财务或法律咨询，其中包括遗产计划和起草遗嘱
  - 家庭主妇或看管人服务不仅仅与看护相关，其中还包括：
    - 为您或其他家庭成员提供看管小孩或陪伴服务
    - 交通运输
    - 房屋维修

## 附带手术项目

医师针对附带手术项目的收费即在具有医疗必要性的手术进行的同时所进行的无医疗必要性的手术项目。

## 颞下颌关节障碍

- 颞下颌关节障碍手术治疗
- 颞下颌关节障碍非手术治疗
- 通过直接放置在牙齿上的假体进行的颞下颌关节障碍治疗、外科手术和非外科医疗与牙科服务，以及与颞下颌关节障碍（包括相关肌筋膜疼痛）相关的诊断或治疗服务

该排除项目不适用于符合您计划承保资格的医疗服务—颞下颌关节功能紊乱(TMJ)和颞下颌关节功能紊乱(CMJ)治疗部分所述的TMJ和CMJ治疗的承保福利。

## 产妇及相关新生儿护理

与在事先计划好的家中分娩或在任何其他未获许可进行分娩的地方进行的分娩相关的所有服务和用品，除非是在紧急情况下分娩且母亲无法到达获准进行分娩的地方

## 医疗用品-门诊一次性用品

- 任何门诊一次性用品或装置。示例如下：
  - 护套
  - 袋
  - 弹性覆盖物
  - 护腿长袜
  - 绷带
  - 便盆
  - 注射器
  - 血液或尿液检测用品
  - 其它家用试剂盒

- 夹板
- 颈托
- 敷布
- 其它不可被其他病人重复使用的装置
  - 该排除项目不适用于任何一次性用品，即符合您计划承保资格的医疗服务-耐用医疗设备、家庭医疗护理、临终关怀护理、糖尿病服务和用品（包括器材和培训）及门诊处方药福利部分中的承保福利。

## 机动车意外

医疗服务提供者对机动车意外造成的伤害所提供的服务和用品，但仅限于其他汽车医疗保险已经给付的情况下。

## 非医疗必需的服务和用品

用于诊断、护理或治疗疾病或伤害或恢复生理功能的非医疗必需服务和用品。这包括主要目的不是治疗疾病、伤害，恢复生理机能或不具有生理或有机基础的行为健康服务。即使由您的医生、牙科服务提供商或视力保护提供者开立处方、建议或核准，该规定依然适用。此例外不适用于预防保健和健康福利。

## 非美国公民

不是美国公民的受保人在其母国接受的服务和用品，但仅限于受保人的母国有社会化的医保计划，不包括符合您计划承保资格的医疗服务-急诊服务和紧急护理部分中的承保服务和用品。

## 肥胖（减肥）手术

用于增减体重、控制体重或治疗肥胖症（包括病态肥胖症）的体重控制治疗或药物，但“符合您计划承保资格的医疗服务-预防保健和健康”部分规定承保的除外，包括肥胖筛查和体重控制干预措施预防服务。与是否存在其它医疗病况无关。示例如下：

- 药物、兴奋剂、制剂、食品或膳食补充剂、膳食方案与补品、食品补充剂、食欲抑制剂和其它药物
- 催眠或其它形式的治疗
- 锻炼计划、锻炼器材、健康或健身俱乐部会员、休闲疗法或其它形式的活动或强化活动

## 器官摘除

医疗服务提供者以销售器官为目的的器官摘除提供的服务和用品

## 其他主要付款人

Medicare 或其他方作为主要付款人支付的部分费用

## 门诊处方药或非处方药及药物

投保人免费为您提供的门诊处方药或非处方药及药物

## 个人护理、舒适或便利的项目

主要为了您或第三方的便利和个人舒适而提供的服务或用品

## 预防护理和保健

- 用于诊断或治疗疑似或确定疾病或受伤的服务
- 住院进行医疗护理期间提供的非预防性护理检查
- 并非由医生或在医生的指导下提供的服务
- 精神病、心理、人格或情绪测试或检查
- FDA 仅“审查”但未“批准”的避孕法
- 男性避孕法或用具，不包括符合您计划承保资格的医疗服务-计划生育服务-其他部分的承保项目
  - 自愿绝育程序的逆转，其中包括相关后续护理

## 私人看护（仅限门诊）

### 假肢装置

- 矫形鞋、按摩鞋、足部矫形器或其他支撑足部的装置，除非是符合您计划承保资格的医疗服务—假肢和矫形装置部分中的承保项目，或者矫形鞋是承保腿支架不可或缺的一部分
- 疝气带、束身衣和其它支持性物品
- 因丢失或误用而修复和更换

### 学校健康服务

- 通常由投保人免费提供的服务和用品：
- 学校健康服务
- 医务室
- 医院
- 药房或

由以下健康专家提供的服务和用品

- 受雇健康专家
- 下属健康专家
- 与之达成协议或安排的健康专家，或
- 由投保人另行指定的健康专家。

### 家庭成员提供的服务

由配偶、家庭伴侣、民事结合伴侣、父母、子女、继子女、兄弟、姐妹、姻亲或任何家庭成员提供的服务

### 来自美国境外的服务、用品和药品

来自美国境外的非紧急服务、门诊处方药或用品根据此保险范围证明，即使在美国承保范围之内也不会对其承保。

### 性功能障碍和增强

- 用于治疗性功能障碍、增强性能力或增强性欲的治疗、服务或用品，其中包括：
- 用于更正或增强勃起功能、提高敏感性或改变性器官形状或外观的手术、处方药、埋植剂、装置或制剂
- 性治疗、性咨询、婚姻咨询或其它咨询或建议服务

该排除项目不适用于门诊处方药—其他服务部分承保的性功能障碍治疗/增强的处方药。

### 鼻窦手术

医疗服务提供者针对非医疗必需的鼻窦手术提供的服务或用品，急性化脓性鼻窦炎除外

### 效力和性能

- 主要用于以下目的的非医疗必需的服务、设备和用品，如药物或制剂：
  - 增强效力
  - 改善身体状况
  - 提高耐力
  - 加大体能

### 颞下颌关节功能紊乱治疗 (TMJ) 和颞下颌关节紊乱症治疗 (CMJ)

牙种植体



## 治疗和测试

- 毛发分析
- 催眠治疗
- 推拿疗法，用于仪器治疗时除外
- 感觉或听觉综合训练

## 移植服务

- 割取和存储器官，不打算针对现有疾病直接进行移植
- 割取和/或存储骨髓或造血干细胞，自割取之日起的12个月之内不打算针对现有疾病进行移植

## 联邦、州或政府实体中的治疗

- 除适用法律要求的保险范围外，由联邦、州或其它政府实体所有或运营的医院或其它医疗机构中的护理

## 不孕不育治疗

与不孕不育治疗相关的所有费用，不包括符合您计划承保资格的医疗服务-不孕不育治疗-不孕不育基本治疗部分所述的费用其中包括：

- 可注射的不孕不育药物治疗，其中包括但不限于促生育素、hCG和GnRH兴奋剂。
- 与以下各项相关的所有费用：
  - 您或代孕妇的代孕行为，除非另有规定-向代孕妇投保人提供的承保福利。代孕妇是一名怀有自己血缘关系的孩子的的女性，但最终会将其移交给他人抚养，其中包括生父
  - 低温贮藏（冰冻）卵子、胚胎或精子
  - 贮藏卵子、胚胎或精子
  - 复苏低温贮藏（冰冻）的卵子、胚胎或精子
  - 捐赠者卵子发育期间对捐赠者的护理，其中包括但不限于对捐赠者的任何支出、捐赠者检查费用、实验室测试费用以及与捐赠者取卵或移植所需的捐赠者护理相关的费用
  - 将妊娠载体用于女性作为妊娠载体。妊娠载体是一名怀孕女性，但胚胎与该女性在基因上无关
  - 从本计划不承保的人员那里获取精子接受ART服务
- 家用排卵试纸或早孕试纸
- 捐赠者胚胎、捐赠者卵母细胞、或捐赠者精子
- 自愿绝育程序的逆转，其中包括后续护理
- 使用促生育素促排卵、子宫内授精以及任何相关服务、产品或程序
- 体外受精(IVF)、合子输卵管内移植(ZIFT)、配子输卵管内移植(GIFT)、冷冻胚胎转移以及任何相关服务、产品或程序（如单精子卵浆胞内注射(ICSI)或卵显微外科手术治疗）
- 不针对网络外护理提供ART服务

## 视力保健

### 儿童视力保健服务和用品

- 出于美容目的之眼镜镜框、非处方镜片及非处方隐形眼镜

### 成人视力护理

- 与验配处方隐形眼镜相关的眼科医生、验光师或配镜师诊所看诊
- 出于美容目的之眼镜镜框、非处方镜片及非处方隐形眼镜

### 成人视力保健服务和用品

您的计划不包含成人视力保健服务和用品，“根据您的计划符合条件的健康服务-其它服务”部分中规定的情况除外。

- 特殊用品，如非处方太阳眼镜

- 特殊视力程序，如矫正或视力治疗
- 在医院或其它健康护理机构住院期间提供的眼睛检查
- 针对隐形眼镜或相关验配的眼睛检查
- 眼镜或额外副眼镜或备用眼镜或镜片或镜框
- 替换遗失或损坏的镜片或镜框
- 视力测试
- 用于矫正视力的眼睛外科手术，包括径向角膜切开术、LASIK 激光手术和类似程序
- 治疗屈光不正的服务

### 荒野治疗方案

- 荒野治疗方案（无论该方案属于许可的居住式治疗机构还是许可机构）
- 教育服务、学校教育或任何相关或类似计划，包括校内治疗计划

## 适用于门诊处方药的例外情况和排除项目

### 复方处方

- 含有未经美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的散装化学品的复方处方，包括复合生物同质性激素

### 化妆药物

- 美容用途的药品或制剂

设备、产品和装置，除非在医疗上需要用其施用承保的门诊处方药。

膳食补充剂，包括病患专用食品这不适用于肠内与肠外营养品或由医生开处方的 USPSTF A 和 B 推荐表要求的 FDA 批准的非处方药（如阿司匹林、维生素 D、叶酸和铁补充剂）

### 药物或药物治疗

- 依联邦或州法律无需处方医嘱的药物（即非处方药 (OTC)），除非由美国预防服务工作组推荐。该排除项目不适用于医疗服务提供者开出的 FDA 批准的非处方女性避孕用品
- 包括生物仿制药在内的承保处方药的等效或替代品（除非获得医疗例外批准）
- 某非处方药 (OTC) 产品的治疗等效或治疗替代品（除非获得医疗例外）即使某种药物或药品变为非处方药，这些药中的处方药仍在承保范围内。不会排除这一类的全部处方药
- 未获得 FDA 批准
- 费用由联邦、州或政府机构承保的药品（例如：Medicaid 或退伍军人管理局）
- 用作增减体重目的，包括但不限于药物、兴奋剂、制剂、食品或膳食补充剂、膳食方案与补充品、食品或食品补充剂、食欲抑制剂和其它药物

### 重复用药疗法（如两种抗组胺剂药物）

### 旅行或工作相关免疫接种

旅行或工作相关免疫接种，美国预防服务工作组 (USPSTF) 推荐除外

## 不孕不育

主要用于治疗不孕不育的可注射处方药

### 处方药:

- 于本计划的生效日期之前或承保终止日期之后抓药。
- 使用或滥用方式确定会加重对某种依赖性药物的成瘾，其使用或预期用途为非法、不道德、不理智、有虐待性、无医学必要性或者不正当，以及得到药物后由ID卡上人士以外的其他人使用的情况。

### 补充抓药

- 自出具最新书面处方单起一年以上的发放药物补充抓药。

### 替换丢失或被窃的处方药

#### 我们保留排除以下情况承保的权利:

当首选药物指南中有与所用产品相同或类似的药物（即具有相同活性成分或相同治疗效果的药物）、用品或装置。

当我们的首选药物指南中有按照不同剂量或剂型提供的相同药物（即具有相同活性成分或相同治疗效果的药物）时，使用任何剂量或剂型的其它药物。

南加利福尼亚大学学生医疗保险计划由 Aetna Life Insurance Company 核保。Aetna Student Health<sup>SM</sup> 是 Aetna Life Insurance Company 及其相应关联公司 (Aetna) 所提供产品和服务的品牌名称。

## 受制裁的国家

如果本保单提供的承保违反或将会违反任何经济或贸易制裁，则承保将被立即视为无效。例如，如果给付健康护理或其它理赔或服务违反金融制裁规定，Aetna 公司则不会进行给付。这包括与受美国制裁的人士或国家相关的制裁，除非获得了外国资产控制办公室 (OFAC) 的书面授权。欲了解更多信息，请浏览

<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>。

Aetna 遵守适用的联邦民权法律并且不会因种族、肤色、出生国、性别、年龄或残障歧视、排除或区别对待任何人。

Aetna 向残障人士和需要语言协助的人士提供免费帮助/服务。

如果您需要合格的口译员、其他格式的书面信息、翻译或其他服务，请致电 ID 卡上的号码。

如果您认为我们未能提供这些服务或对于上述受保护群体有歧视行为，您也可以向民权协调员提起申诉，联系方式为：

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO 客户：PO Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY 专线：711,

传真：859-425-3379 (CA HMO 客户：860-262-7705)，[CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)。

您还可以通过民权办公室投诉门户 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或以下联系方式向美国健康与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出民权投诉：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 电话：1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD 专线)。

*Aetna 是指由一家或多家 Aetna 集团子公司，包括 Aetna Life Insurance Company、Coventry Health Care 计划及其附属公司 (Aetna) 所提供产品和服务的品牌名称。*

TTY 专线: 711

如欲使用免费语言服务, 请致电 (877) 626-2299。

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al (877) 626-2299. (西班牙语)

如欲使用免費語言服務, 請致電(877) 626-2299。 (繁体中文)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le (877) 626-2299. (法语)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa (877) 626-2299. (塔加拉族语)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie (877) 626-2299an. (德语)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم (877) 626-2299 . (阿拉伯语)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele (877) 626-2299. (法语克里奥语-海地语)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero (877) 626-2299. (意大利语)

言語サービスを無料をご利用いただくには、(877) 626-2299までお電話ください。(日语)

무료 언어 서비스를 이용하려면 (877) 626-2299번으로 전화해 주십시오. (韩语)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره (877) 626-2299 تماس بگیرید.)波斯语

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić (877) 626-2299. (波兰语) Para

acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para (877) 626-2299. (葡萄牙语)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону (877) 626-2299.  
(俄语)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số (877) 626-2299. (越南语)