2016-2017 學生傷害與疾病保險計畫

專為貴校學生設計

California Institute of Technology

UnitedHealthcare®

14-BR-CA (PY16)

04-755-1

目錄

隱私權政策 1

資格 1

生效與終止日期 1

保險終止後的福利延伸 1

住院前通知 3

首選醫療服務提供者資訊 3

醫療費用福利表 4

UnitedHealthcare 藥局福利 8

醫療費用福利 – 傷害與疾病 11

強制規定福利 19

福利協調規定 28

意外身故與傷殘福利 28

持續特權 29

定義 29

排除與限制項目 33

UnitedHealthcare Global：全球急診服務 36

線上獲取帳戶資訊 37

UnitedHealth Allies 38

傷害和疾病福利理賠程序 38

小兒牙科服務福利 38

小兒視力保健服務福利 46

上訴權利通知 53

隱私權政策

我們瞭解您的隱私對您至關重要，我們亦致力保護您非公開個人資訊的保密性。除非法律允許或法律規定，否則我們不會向任何人透露目前顧客和之前顧客的任何非公開個人資訊。我們相信我們採用了適當的實體、電子和程序保障措施，確保您非公開個人資訊的安全。您可以撥打我們的免付費電話 1-888-251-5640 索取一份隱私權實施條例，或在我們的網站查詢，網址：www.uhcsr.com/caltech。

資格

所有 California Institute of Technology 學位班學生註冊時都會自動投保本保險計畫，除非提供等同承保的證明。

學生至少必須在購買承保日期後頭 31 天保持良好的到課率。自修、函授及網路課程不符合學生良好到課率的資格規定。本公司保有調查資格或學生身分及到課紀錄的權利，以確認學生是否符合保單資格的要求。如果本公司發現有不符合資格規定的情況，我們唯一的責任只有退還保費。

符合資格的學生若投保，也能為其受撫養人投保。符合資格的受撫養人指學生的合法配偶或同居伴侶，以及未滿 26 歲的受撫養子女。同居伴侶的具體資格要求，請參閱本手冊的定義部分。

受撫養人與被保學生的資格會同時到期。

被保人有權在新生兒出生 31 天之後持續這類承保。如欲持續承保，被保人必須在子女出生後 31 天內：1) 向本公司提出申請；以及 2) 繳納持續承保所需的額外保費 (如有)。如果被保人不行使上述權利，該子女的所有承保會在其出生後第 31 天結束時終止。

生效與終止日期

學校所歸檔的主保單於 2016 年 7 月 1 日上午 12:01 開始生效。承保於繳交保費當期的第一天，或本公司 (或公司授權代表) 收到投保登記表和全額保費當日開始生效，以兩者中日期較晚者為準。主保單於 2017 年 8 月 31 日下午 11:59 終止。承保於當日或已付保費期間結束時終止，以兩者中日期較早者為準。受撫養人的承保在被保學生的承保生效之前不會生效，也不會延期至被保學生的承保之後。

唯有從軍時才會允許保費退款。

本保單為非續約型一年期保單。

保險終止後的福利延伸

本保單的承保於終止日期當天停止。不過，如果被保人在終止日期起 30 天內因終止日期前即已給付福利的受保傷害或疾病而產生醫療費用，在病況持續期間仍會按以下規定繼續給付此傷害或疾病的受保醫療費用：

1. 在終止日當天並未住院，不超過終止日期後 30 天；或
2. 在終止日當天已住院，不超過終止日期後 30 天。

在被保人於終止日期之前和之後因相關病況而給付的總金額絕不超過最高福利。

在用盡此「福利延伸」規定的福利後，所有福利都會終止，無論任何情況均不再給付。

如果被保人也是核發給保單持有者之接替保單的被保人，則本「福利延伸」規定不適用。

住院前通知

每次住院前均應事先通知 UnitedHealthcare。

1. 非緊急醫療情況住院事前通知：病患、醫師或醫院最遲應該在預定住院的五個工作日前致電 1-877-295-0720。
2. 緊急醫療情況住院通知：病患、病患代表、醫師或醫院應在住院後的兩個工作日內致電 1-877-295-0720，告知任何因醫療緊急情況所導致的住院。

UnitedHealthcare 接聽住院前通知電話的時間是中部標準時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。在此時段外，可致電客戶服務部並留言，電話 1-877-295-0720。

重要資訊：未遵循通知程序不會影響保單本應給付的福利；不過，事前通知亦不保證一定會給付福利。

請仔細閱讀以下資訊，以瞭解您應當向誰或哪個醫療服務提供者團體尋求健康照護。

首選醫療服務提供者資訊

「首選醫療服務提供者」指已簽約同意以議定價格提供特定醫療照護的醫師、醫院和其他健康照護服務提供者。學校當地的首選醫療服務提供者是：

UnitedHealthcare Choice Plus。

特定醫療服務提供者是否提供服務會隨時變更，恕不另行通知。被保人需要某個首選醫療服務提供者的服務時，一定要先致電 1-888-251-5640 與本公司聯絡，和 (或) 在預約服務時詢問該醫療服務提供者，確認該醫療服務提供者在當時仍與計畫簽約。

「首選補貼」指首選醫療服務提供者接受的受保醫療費用全額付款金額。

「網絡外」醫療服務提供者並未同意任何事先議定的費用表。若接受網絡外醫療服務提供者的醫療服務，被保人可能需承擔大筆的自付額。超過保險給付金額的費用須由被保人概括承擔。

不論使用何種醫療服務提供者，每位被保人均須支付扣除額。在達到扣除額標準後方能取得福利給付。本公司將根據福利表中的福利限制給付。

住院費用

首選醫療服務提供者 – 在首選醫療服務提供者的符合資格住院費用，將根據福利表載明的共同保險金百分比給付，以福利表所載明的上限為限。首選醫院包括 UnitedHealthcare Choice Plus United Behavioral Health (UBH) 機構。如需首選醫院的資訊，請致電 1-888-251-5640。

網絡外醫療服務提供者 – 如果住院照護並非由首選醫療服務提供者提供，符合資格的住院費用會依照福利表的福利限制給付。

門診醫院費用

首選醫療服務提供者可能會給予門診醫院費用的折扣。福利給付依照福利表規定。被保人必須支付超過福利表福利上限的費用，並以首選補貼為限。

專業及其他費用

UnitedHealthcare Choice Plus 提供的受保醫療費用福利，會根據福利表所載明的共同保險金百分比給付，或以福利表所載明的上限為限。所有其他醫療服務提供者都會依照福利表的福利限制獲得給付。

醫療緊急情況

PPO 承保的醫療緊急情況包括持續陣痛。持續陣痛指會發生下列兩種情況之一的陣痛：

1. 在分娩前沒有充分的時間將孕婦安全轉送至另一家醫院。
2. 轉院可能造成被保人或未出生嬰兒健康和安全上的威脅。

醫療費用福利表

金屬級別 - **PLATINUM**，保險價值 **89.315%**
傷害與疾病福利

	無總金額上限 (每位被保人，每個保單年度)
首選醫療服務提供者扣除額	**$150** (每位被保人，每個保單年度)
網絡外扣除額	**$500** (每位被保人，每個保單年度)
首選醫療服務提供者共同保險金	**80%**，以下註明者除外
網絡外共同保險金	**60%**，以下註明者除外
首選醫療服務提供者自付額上限	**$1,500** (每位被保人，每個保單年度)
首選醫療服務提供者自付額上限	**$3,000** (家庭中所有被保人，每個保單年度)
網絡外自付額上限	**$5,000** (每位被保人，每個保單年度)
網絡外自付額上限	**$10,000** (家庭中所有被保人，每個保單年度)

本計畫的首選醫療服務提供者為 UnitedHealthcare Choice Plus。

如果您接受的是首選醫療服務提供者的照護，所有受保醫療費用都會以首選醫療服務提供者的福利級別給付。如果受保醫療費用是因醫療緊急情況而產生的急診服務費用，將以首選醫療服務提供者的福利級別給付福利。所有其他情況下，若使用網絡外醫療服務提供者，福利將會減少或降低。

被保人因受保傷害或疾病而遭受損失時，本保單可提供因此產生的受保醫療費用福利。

自付額上限：達到自付額上限後，保單年度剩餘期間便會 100% 給付受保醫療費用，但須遵守任何可能適用的福利上限或限制規定。首選醫療服務提供者和網絡外福利適用不同的自付額上限。任何適用的共同保險金、共付額、扣除額或網絡外每次服務 / 每次看診扣除額都會計入自付額上限。不屬於受保醫療費用的服務以及因未遵守保單規定或要求導致縮減福利的

金額則不計入自付額上限。

在美國境外接受的服務將以首選醫療服務提供者的福利級別給付。

學生健康中心福利：在學生健康中心提供的服務將以首選醫療服務提供者的福利級別補償。以下免疫接種若在預防保健服務準則範圍以外施用，在學生健康中心提供時即以 100% 補償：麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 (MMR)、破傷風和白喉 / 破傷風、白喉和百日咳混合疫苗 (TD/DTAP)、A 型肝炎、B 型肝炎、Gardasil、腦膜炎和結核菌素皮膚試驗。

福利以保單年度為計算基礎，除非另有具體說明。如適用福利限制，福利給付將以下表所列各項服務的最高福利為限。除非另有特別說明，所有福利上限均為首選醫療服務提供者和網絡外的總和。請參閱醫療費用福利 – 傷害與疾病一節，查詢可提供福利之受保醫療費用的相關說明。受保醫療費用包括：

住院	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
食宿費用	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
加強照護	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
醫院雜費	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
例行新生兒照護	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
外科手術 若在同一手術過程中，經由同一切口或於緊接該手術的後續程序進行兩次或兩次以上的程序，給付上限金額不會超過第二次程序費用的 50% 以及所有後續程序的 50%。	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
助理外科醫師費用	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
麻醉師服務	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
私人看護的服務	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
醫師看診	首選補貼的 80% 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%
住院前檢測 應於住院前 7 個工作日內支付。	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%

門診	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
外科手術 若在同一手術過程中，經由同一切口或於緊接該手術的後續程序進行兩次或兩次以上的程序，給付上限金額不會超過第二次程序費用的 50% 以及所有後續程序的 50%。	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
日間外科手術雜費 日間外科手術雜費的一般慣例收費以門診外科機構收費索引為基準。	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%

門診	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
助理外科醫師費用	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
麻醉師服務	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
醫師看診 精神疾病和酒精、藥物或毒品濫用的最初 25 次看診免共付額 $15。	首選補貼的 80% 每次看診共付額 $15 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%
物理治療 每次傷害或疾病看診 12 次後會進行醫療必要性審查。	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
醫療緊急情況費用若住院， 可豁免共付額 / 每次看診扣除額。	首選補貼的 80% 每次看診共付額 $150	一般慣例收費的 80% 每次看診扣除額 $150 被保人的費用不應超過首選醫療服務提供者醫療緊急情況費用可給付的金額。
診斷 X 光服務	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
放射線治療	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
化驗程序	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
檢測和程序	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
注射	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
化療	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
處方藥	UnitedHealthcare 藥局 (UHCP) 每次處方共同保險金 80% 每次處方以 31 天藥量為限 透過 UHCP 郵購處方藥時， 層級 1 每次處方共付額 $12， 層級 2 每次處方共付額 $20， 以 90 天藥量為限。	一般慣例收費的 80% 每次處方以 31 天藥量為限

其他	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
救護服務	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 80%
耐用醫療器材 亦請參閱保單強制規定福利一節中的喉切除術後言語義體裝置福利	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
會診醫師費用	首選補貼的 80% 每次看診共付額 $15 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%
牙齒治療 福利給付僅限天然齒受傷。	一般慣例收費的 80%	一般慣例收費的 80%

其他	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
精神疾病治療 亦請參閱保單強制規定福利一節中的嚴重精神疾病和嚴重情緒障礙福利	住院：首選補貼的 80% 門診：首選補貼的 100% / 每次看診共付額 $15 最初 25 次看診免共付額 $15 住院和門診醫師看診免保單扣 除額。	住院：一般慣例收費的 60% 門診：一般慣例收費的 60%
酒精、藥物或毒品使用失調治療	住院：首選補貼的 80% 門診：首選補貼的 100% / 每次看診共付額 $15 最初 25 次看診免共付額 $15 住院和門診醫師看診免保單扣 除額。	住院：一般慣例收費的 60% 門診：一般慣例收費的 60%
產科	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
妊娠併發症	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
選擇性的墮胎	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
預防保健服務 從首選醫療服務提供者取得服務時不收取扣除額、共付額或共同保險金。 請上網 https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/，查詢專為特定年齡和風險族群提供的服務完整清單。	首選補貼的 100%	一般慣例收費的 60%
乳房切除術後乳房重建外科手術	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
糖尿病服務 請參閱保單強制規定福利一節中的糖尿病福利	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
居家健康照護 每個保單年度以 100 次為限	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
安寧照護	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
住院復健機構	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
專業護理機構	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
緊急照護中心	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%

其他	首選醫療服務提供者	網絡外醫療服務提供者
醫院門診機構或診所	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
經核准的臨床試驗 亦請參閱保單強制規定福利一節中的癌症臨床試驗福利	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
移植服務	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
醫療食品 請參閱保單強制規定福利一節中的苯酮尿症福利	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
造口和泌尿用品	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
視力矯正	首選補貼的 80%	一般慣例收費的 60%
針灸	首選補貼的 80% 每次看診共付額 $15 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%
旅行免疫接種	首選補貼的 100% 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%
牙科麻醉	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
未預約診所看診， 包括所有輔助費用。	首選補貼的 80% 每次看診共付額 $15	一般慣例收費的 60%
學習障礙診斷檢測	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
變性外科手術 每個保單年度以 $50,000 為限。 整容外科手術、程序和藥品不屬於承保範圍，即使與變性有關也不例外。	比照其他疾病給付	比照其他疾病給付
嚴重精神疾病治療 亦請參閱嚴重精神疾病和嚴重情緒障礙福利。	住院：首選補貼的 80% 門診：首選補貼的 100% 住院和門診醫師看診免保單扣除額。	住院：一般慣例收費的 60% 門診：一般慣例收費的 60%
例行 / 預防保健 預防保健服務不承保的服務可給付福利。	首選補貼的 100% 保單扣除額不適用。	一般慣例收費的 60%

UnitedHealthcare 藥局福利

在 UnitedHealthcare 藥局領取我們處方藥品清單 (PDL) 上的門診處方藥可提供福利。福利給付須遵守藥量限制與共付額和 (或) 共同保險金規定，這些規定會視門診藥品列於哪個 PDL 層級而異。某些處方藥會規定您的醫師必須通知我們，確認使用該藥品屬於您福利的承保範圍。

您有責任支付適用的共付額和 (或) 共同保險金。您的共付額和 (或) 共同保險金按處方藥產品在 PDL 的指定層級來決定。層級狀態可能會定期變更，不會提前通知您。請瀏覽網站 www.uhcsr.com/caltech 或致電 1-855-828-7716 以查詢最新的層級狀態。

處方藥每次處方或補充處方共同保險金 80%，以 31 天藥量為限。

郵購處方藥時，層級 1 每次處方共付額 $12，層級 2 每次處方共付額 $20，以 90 天藥量為限。

專科處方藥 – 如果您需要專科處方藥，我們可能會指引您到我們安排由其提供相關專科處方藥的指定藥局。
如果您選擇不要在指定藥局取得您的專科處方藥，您即須支付處方藥的全部費用。

指定藥局 – 如果您需要特定處方藥，包括但不限於專科處方藥，我們可能會指引您到我們安排由其提供相關處方藥的指定藥局。如果您選擇不在指定藥局取得這些處方藥，您即須支付處方藥的全部費用。

請在領取處方藥時向網絡藥局出示您的會員卡。

如果您不出示會員卡，您須支付處方藥費用，然後為在網絡藥局領取的處方藥提交補償申請表並附上付款收據，才能取得補償。若要取得補償申請表，或查詢郵購處方藥或網絡藥局的相關資訊，請上網 www.uhcsr.com/caltech 並登入您的線上帳戶，或致電 1-855-828-7716。

在網絡外的藥局領取處方藥時，被保人必須支付處方藥自付額，然後再提供收據以申請補償，郵寄地址：UnitedHealthcare StudentResources, P.O. Box 809025, Dallas, TX 75380-9025。請參閱福利表，查詢在網絡外藥局可給付的福利。

<u>其他排除項目：</u>

除了保單排除和限制項目外，下列排除規定適用網絡藥局福利：

1. 配發量超過藥量限制 (天數或數量限制) 的處方藥產品之承保。
2. 配發量少於最低藥量限制 (天數或數量限制) 的處方藥產品之承保。
3. 實驗性或研究性的服務或未經實證的服務和藥品；用於實驗性的適應症的藥品和 (或) 本公司判定為實驗性、研究性或未經實證的劑量療法。
   本排除項目不適用經美國食品藥品管理局核准並基於以下情況而開立處方之藥品：
   a. 於特定臨床試驗期間治療癌症，如保單所規定。
   b. 為治療慢性且嚴重讓人衰弱或危及生命病況所需時，用於與美國食品藥品管理局原核准目的不同的用途。此藥品必須確立是用於經下列任一文件而開立該藥品處方所適用的特定治療：
      i. 美國醫院處方一覽表服務之藥品資訊。
      ii. 以下藥典之一，但需經聯邦 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確立可納入抗癌化療療法中：
         - Elsevier Gold Standard 的臨床藥理大全。
         - 全國完整癌症網絡藥品與生物製劑簡明藥典。
         - Thomson Microdex DrugDex 藥典。
      iii. 由主要同儕評鑑醫學期刊的兩篇論文所推薦。
   若某藥品經美國食品藥品管理局或主要同儕評鑑醫學期刊判定，禁止用於該藥品原開立處方所適用之特定治療時，本項例外即不對該藥品提供承保。
4. 本公司判定不符合受保醫療費用定義的處方藥產品，包括新處方藥產品或新劑型。
5. 特定新處方藥產品和 (或) 新劑型，直到這些產品和劑型已由本公司 PDL 管理委員會審查並指定至某個層級當天。

6. 未含有至少一種經美國食品藥品管理局核准成分且需有處方箋或連續處方箋的複方藥品。有類似市售處方藥產品的複方藥品。含有至少一種需有處方箋或連續處方箋之成分的複方藥品會指定至層級 2。
7. 聯邦法律或州法律規定不需處方箋或連續處方箋即可配發的非處方藥品，除非本公司已指定該非處方藥品符合承保資格 (視同處方藥產品) 並且是依醫師處方箋或連續處方箋取得該非處方藥品。可以非處方形式取得，或其組成成分能以非處方形式或等效藥形式取得的處方藥產品。本公司已判定其治療效果等同非處方藥品的某些處方藥產品。本公司在曆年期間最多可做成六次這類判定，並且可隨時決定恢復本規定先前排除的處方藥產品福利。醫師因預防保健服務而開立處方的非處方藥品和裝置按預防保健服務福利規定提供。
8. 任何主要做為營養來源、營養補品或疾病飲食管理的產品，即使用於治療疾病或傷害亦然，除非是州強制規定要求。
9. 包含其他受保處方藥產品所提供且具有治療相等性的有效成分之處方藥產品。
10. 包含其他受保處方藥產品調整版本且具有治療相等性的有效成分之處方藥產品。

定義：

指定藥局指已經與本公司或與簽約代表本公司的組織締結協議以提供特定處方藥產品 (包括但不限於專科處方藥產品) 的藥局。即使藥局是網絡藥局也不表示就一定是指定藥局。

新處方藥產品指在從處方藥產品或新劑型獲得美國食品藥品管理局 (FDA) 核准當天開始直到以下較早發生日期為止，這段期間的處方藥產品或先前核准之處方藥產品的新劑型：

- 經本公司 PDL 管理委員會指定至某個層級當天。
- 下個曆年的 12 月 31 日。

處方藥或處方藥產品是指經美國食品藥品管理局核准，且聯邦法律或州法律規定僅能憑處方箋或連續處方箋配發的藥品、產品或裝置。處方藥產品包括因為其特性的緣故適合自行施用或由非專業照護者施用的藥品。就本保單規定的福利而言，此定義包括胰島素。

處方藥品清單是指將美國食品藥品管理局核准的藥品、產品或裝置歸類分層的清單。本公司須定期審查與修正此清單 (通常每季進行，但每曆年不超過六次)。被保人可透過網站 www.uhcsr.com/caltech 或致電 1-855-828-7716 聯絡客戶服務部，確認某特定處方藥產品的指定層級。

專科處方藥產品指通常比較貴、要自行注射的生技藥品，用來治療患有特定疾病的病患。被保人可上網 www.uhcsr.com/caltech 或致電 1-855-828-7716 聯絡客戶服務部，取得專科處方藥產品的完整清單。

被保人要求排除規定例外處理的權利

處方藥產品被排除承保時，被保人或被保人的代表可要求例外處理，以取得排除的處方藥產品。如欲提出要求，請以書面聯絡本公司或致電 1-888-251-5640。本公司會在 72 小時內通知被保人本公司判定結果。

緊急要求

如果被保人的要求需要立即行動，而延遲行動可能導致被保人的健康或恢復最大機能的風險明顯增加，請儘快致電聯絡本公司。本公司會在 24 小時內提供書面或電子郵件判定通知。

外部審查

如果被保人不滿本公司對排除規定例外處理要求的判定結果，被保人可能有權要求外部審查。被保人或被保人的代表可要求外部審查，只要將書面要求寄到本公司判定通知函所列的地址，或致電 1-888-251-5640。*獨立審查組織* (*IRO*) 會在 72 小時內通知被保人相關判定結果。

特急外部審查

如果被保人不滿本公司對排除規定例外處理要求的判定結果，但情況緊急，被保人或被保人的代表可要求特急外部審查，只要致電 1-888-251-5640 或將書面要求寄到判定通知函所列的地址。IRO 會在 24 小時內通知被保人相關判定結果。

醫療費用福利 – 傷害與疾病

本節說明福利表中可提供福利的受保醫療費用。

福利給付適用受保醫療費用 (請參閱「定義」) 扣除被保人因傷害或疾病導致損失時產生的扣除額，但須遵守以下規定：a) 福利表載明的特定服務最高金額；以及 b) 福利表或本文件任何福利規定載明的任何共同保險金、共付額或每次服務扣除額金額。請仔細閱讀「定義」部分和「排除與限制項目」部分。

福利表中指定為「無福利給付」的服務或「排除與限制項目」所述的任何項目均不給付福利。如果指定給付福利，受保醫療費用包括：

住院

1. 食宿費用。
   住院時每日雙人病房費率以及醫院提供和收費的一般護理照護，包括醫療所需的特殊護理。

2. 加強照護。
   福利表規定的加強照護服務。

3. 醫院雜費。
   住院時或做為住院的先決條件時。在計算按本福利應給付的天數時，入住日期要計算在內，但不包括出院日期。
   福利給付項目包括的服務和用品，例如：
   - 手術室費用。
   - 化驗。
   - X 光檢驗。
   - 麻醉。
   - 藥品 (帶回家的藥品除外) 或藥物。
   - 治療服務。
   - 用品。

4. 例行新生兒照護。
   - 適用於住院期間以及分娩後的立即例行育嬰照護。
     住院福利至少給付：
     - 自然產後 48 小時。
     - 剖腹產後 96 小時。
   - 如果母親同意，主診醫師可讓新生兒在以上最低時限前提早出院。如果提早出院，若主診醫師開立處方，將在出院後 48 小時內提供出院後追蹤看診福利。
   - 出生後 31 天內提供的新生兒照護，如新生兒定義中所述。

5. 外科手術 (住院)。
   住院外科手術的醫師費用。

6. 助理外科醫師費用。
   與住院外科手術相關的助理外科醫師費用。

7. 麻醉師服務。
   與住院外科手術相關而施行的專業服務。

8. 私人看護的服務。
   符合以下所有條件的註冊護士服務：
   - 僅私人看護護理。
   - 在住院時接受。
   - 由持照醫師囑咐。
   - 有醫療必要性。

   醫院、專業護理機構或住院復健機構提供的一般護理照護按食宿費用福利的規定提供承保。

9. 醫師看診 (住院)。
   住院時的非外科醫師服務。

10. 住院前檢測。
    福利以例行檢測為限，例如：
    - 血液常規檢查。
    - 尿液分析。
    - 胸部 X 光。

    如果按保單規定可給付福利，以下所列重大診斷程序將按「醫院雜費」福利給付：
    - 電腦斷層 (CT) 掃描。
    - 核磁共振 (NMR)。
    - 血液化學物質檢查。

11. 外科手術 (門診)。
    門診外科手術的醫師費用。

12. 日間外科手術雜費 (門診)。
    與門診日間外科手術相關的機構費用以及服務和用品費用，不包括非排定外科手術，也不包括在醫院急診室、創傷中心、醫師診間或診所執行的外科手術。

13. 助理外科醫師費用 (門診)。
    與門診外科手術相關的助理外科醫師費用。

14. 麻醉師服務 (門診)。
    與門診外科手術相關而提供的專業服務。

15. 醫師看診 (門診)。
    在醫師診所提供的疾病或傷害診斷和治療服務。與物理治療相關時福利不適用。

    預防保健醫師看診按預防保健服務規定提供。

16. 物理治療 (門診)。
    包括但不限於以下復健服務 (包括創建服務)：
    - 物理治療。
    - 職能治療。
    - 心臟復健治療。
    - 推拿治療。
    - 言語治療。除按創建服務提供外，只有因受傷、創傷、中風、外科手術、癌症或聲帶結節導致失調而進行言語、語言、發音、溝通和聲音處理治療時，才會給付言語治療的費用。

17. 醫療緊急情況費用 (門診)。
    僅限與定義的醫療緊急情況相關。福利給付適用使用急診室和用品的機構費用，以及：
    - 主診醫師收費。
    - X 光。
    - 化驗程序。
    - 檢測及程序。
    - 注射。

18. 診斷 X 光服務 (門診)。
    診斷 X 光僅限醫師最新程序用語 (CPT) 代碼 70000 – 79999 (含) 中指明的程序。預防保健 X 光服務按預防保健服務規定提供。

19. 放射治療 (門診)。
    請參閱福利表。

20. 化驗程序 (門診)。
化驗程序僅限醫師最新程序用語 (CPT) 代碼 80000 – 89999 (含) 中指明的程序。預防保健化驗程序按預防保健服務規定提供。

21. 檢測和程序 (門診)。
檢測和程序指由醫師執行的診斷服務和醫療程序，但不包括：
- 醫師看診。
- 物理治療。
- X 光。
- 化驗程序。

下列治療將按檢測和程序 (門診) 福利規定給付：
- 吸入治療。
- 打點滴治療。
- 肺功能治療。
- 呼吸治療。

預防保健檢測和程序按預防保健服務規定提供。

22. 注射 (門診)。
若於醫師診所施打，且列於醫師開立之帳單中。預防保健免疫接種按預防保健服務規定提供。

23. 化療 (門診)。
請參閱福利表。

24. 處方藥 (門診)。
請參閱福利表。

其他

25. 救護服務。
請參閱福利表。

26. 耐用醫療器材。
耐用醫療器材必須符合以下所有條件：
- 由醫師提供或開立處方。申請理賠時必須附有書面處方。
- 慣例上主要用於醫療用途。
- 可承受重複使用。
- 對沒有傷害或疾病的人來說通常沒有用。
- 並非耗材或拋棄式，除非因有效使用受保耐用醫療器材而有需要。

在本福利中，以下項目視為耐用醫療器材：

- 穩定受傷身體部位的支具，以及治療脊椎彎曲的支具。
- 代替肢體或身體部位的外部義體裝置，但不包括完全植入體內的任何裝置。

如果不只一個器材或裝置能符合被保人的機能需求，僅可提供符合被保人需求之最低規格器材或裝置的福利。牙套不是耐用醫療器材且不屬於承保範圍。耐用醫療器材福利以初次購買或每個保單年度購買一次替換器材為限。超過購買價格的租賃費用將不給付福利。

亦請參閱喉切除術後言語義體裝置福利。

27. 會診醫師費用。

住院或門診時提供的服務。

28. 牙齒治療。

由醫師執行的牙齒治療服務，以下列條件為限：

- 天然齒受傷。

吃東西造成斷牙不屬於承保範圍。例行牙齒保健和牙齦治療不屬於承保範圍。

下列各項也比照其他疾病給付福利：

- 為讓被保人可接受頭頸癌放射治療而進行的顎骨牙科服務。福利包括牙齒評估、X 光、塗氟治療和拔牙，但服務須由醫師提供或經醫師轉介由牙醫提供。
- 一般不需要全身麻醉，但因被保人有以下情況而必需的牙科程序相關機構和全身麻醉費用：
  1) 未滿 7 歲。
  2) 有發展殘疾或健康受到威脅。
  3) 有潛在醫療病況，需要在醫院或門診外科中心提供牙齒程序。
- 拔牙、準備拔牙所需的牙科程序，以及屬於唇顎裂受保重建外科手術必要部分的齒顎矯正服務。

小兒牙科福利在小兒牙科服務一節中有相關規定。

29. 精神疾病治療。

以下項目給付福利：

- 住院時接受的服務，包括部分住院 / 在醫院接受的日間治療。
- 門診時接受的服務，包括加強門診治療。

亦請參閱嚴重精神疾病和嚴重情緒障礙福利。

30. 酒精、藥物或毒品使用失調治療。

以下項目給付福利：

- 住院時接受的服務，包括部分住院 / 在醫院接受的日間治療。

- 門診時接受的服務，包括加強門診治療。

31. 產科。
比照其他疾病。

住院福利至少給付：
- 自然產後 48 小時。
- 剖腹產後 96 小時。

如果母親同意，主診醫師可讓母親在以上最低時限前提早出院。如果提早出院，若主診醫師開立處方，將在出院後 48 小時內提供出院後追蹤看診福利。

32. 妊娠併發症。
比照其他疾病。

33. 預防保健服務。
經臨床證據證明為安全且能有效及早發現疾病或預防疾病的醫療服務，而且已經證實對健康成效有利，並以適用法律規定的下列項目為限：
- 在*美國預防醫學服務工作小組*最新建議中有效評級為「A」或「B」的實證用品或服務。
- *疾病控制與預防中心免疫接種諮詢委員會*有效建議的免疫接種。
- 與嬰兒、兒童和青少年相關時，根據*健康資源和服務管理局*支持的綜合準則所規定的循證預防保健和篩檢。
- 與婦女相關時，根據*健康資源和服務管理局*支持的綜合準則所規定的相關額外預防保健和篩檢。

預防保健服務的例子包括但不限於以下項目：
- 合理的定期健康評估檢驗 (例行體檢、兒童保健看診)。
- 預防視力篩檢和聽力檢驗。
- 戒菸、壓力管理和慢性病況 (如糖尿病和氣喘) 健康教育諮詢和方案。
- 醫師開立處方時，FDA 核准的處方和非處方戒菸藥品的 90 天治療方案。
- 婦女保健檢驗，包括例行產前照護看診。
- FDA 核准的所有女性避孕藥品或裝置。
- 性傳染疾病檢測。
- 合理的定期細胞檢驗。
- 女性絕育。

必要的預防保健服務會隨準則和建議變更而定期更新。按健康改革法律規定承保的最新預防保健服務的完整清單可上網查詢，網址：https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/。

34. 乳房切除術後乳房重建外科手術。
比照任何其他疾病並與受保乳房切除術相關。

福利包括：
- 在執行乳房切除術的乳房進行重建的所有階段。

- 為了外觀對稱而在另一邊乳房進行的外科手術和重建。
- 義乳和乳房切除術的生理併發症，包括淋巴水腫。

35. 糖尿病服務。

比照任何其他與糖尿病治療相關的疾病。請參閱糖尿病福利。

36. 居家健康照護。

由持照居家健康機構提供的以下服務：

- 由醫師囑咐。
- 由註冊護士在被保人家中提供或監督。
- 根據居家健康計畫提供。

只有按非全日、間歇時間表提供且專業照護為必需時才會給付福利。一次訪視等於最多四小時的專業護理服務。

37. 安寧照護。

由醫師為患末期疾病且預期生命為十二個月或更短時間的被保人建議。所有安寧照護必須由持照安寧照護機構提供。

安寧照護包括：

- 為疾病末期的被保人提供的物理、心理、社會和心靈照護。
- 在被保人接受安寧照護的同時為其近親家人提供的短期哀痛諮詢。
- 失禁用品，包括拋棄式失禁護墊和成人失禁服裝。

38. 住院復健機構。

全天候都在持照住院復健機構住院的住院病人接受的服務。

39. 專業護理機構。

在專業護理機構住院的住院病人接受的服務。

40. 緊急照護中心。

福利以下列項目為限：

- 緊急照護中心收取的機構或診所費用。
- 主診醫師收費。
- X 光。
- 化驗程序。
- 檢測及程序。
- 注射。

41. 醫院門診機構或診所。

福利以下列項目為限：

- 醫院收取的機構或診所費用。

所有其他在看診過程中提供的服務均按福利表規定給付。

42. 經核准的臨床試驗。

參與經核准的臨床試驗治療癌症或其他危及生命的病況期間產生的例行病患照護費用。被保人必須符合臨床資格可參與經核准的臨床試驗，其資格依據是試驗計畫書及以下規定之一：1) 轉介醫師是參與試驗的健康照護服務提供者並已做出被保人適合參與試驗的結論；或 2) 被保人提供確立被保人適合參與試驗的醫療和科學證據資訊。

「例行病患照護費用」指即使沒有臨床試驗通常也會提供且保單並未規定排除的受保醫療費用。例行病患照護費用不包括：

- 實驗性或研究性的用品、裝置或服務本身。
- 任何純粹為了滿足資料收集和分析需求而提供，但並非直接用於病患臨床管理的用品和服務。
- 明確與特定診斷已普遍接受並確立的照護標準不一致的服務。

「危及生命的病況」指任何很有可能造成死亡的疾病或病況，除非中斷疾病或病況的進程。

「經核准的臨床試驗」指與預防、偵測或治療癌症或其他危及生命的疾病或病況相關而進行的階段 I、階段 II、階段 III 或階段 IV 臨床試驗，並符合以下任何一項描述：

- 符合規定條件的聯邦資助試驗。
- 按食品藥品管理局審查研究性的新藥申請規定而進行的試驗或研究。

藥品試驗是免進行這類研究性的新藥申請的試驗或研究。

亦請參閱癌症臨床試驗福利。

43. 移植服務。

由醫師囑咐的器官或組織移植比照其他疾病給付。移植符合受保醫療費用的定義時即可提供福利。

與器官摘取直接相關的捐贈者費用屬於受保醫療費用，可透過本保單規定的被保人的器官受贈者承保給付福利。捐贈者的福利給付將次於任何其他保險計畫、服務計畫、自費團保計畫或任何未規定本保單必須為主要給付者的政府計畫。

視為選擇性的外科手術或選擇性的治療 (如定義) 之移植不給付福利。

旅行費用不屬於承保範圍。與從被保人身上摘取器官或組織以移植到另一個人身上相關的健康服務不屬於承保範圍。

44. 針灸服務。

醫療所需的針灸服務可給付福利。

45. 醫療食品。

用於局部性腸炎 (克隆氏症)

主要療法的元素飲食管灌配方可給付福利。醫療食品必須由醫師開立處方。申請理賠時必須附書面處方。

亦請參閱苯酮尿症福利。

46. 造口和泌尿用品。

福利以下列用品為限：

- 造口用品，包括：黏著劑和黏著劑去除劑、造口帶、疝氣帶、導管、皮膚洗滌 / 清潔劑、床邊引流袋和瓶、導尿腿袋、紗布墊、灌注面板、灌注套、灌注袋、灌注錐 /導管、潤滑劑、導尿管接頭、氣體過濾器、造口除臭劑、引流管接連裝置、手套、造口蓋、結腸造口塞、造口插入物、導尿袋和造口袋、隔離用品、囊袋密封器、造口環、造口面板、皮膚隔離膜、皮膚密封劑以及膠帶 (防水和非防水)。
- 泌尿用品，包括：導尿管與皮膚黏性附著裝置、導尿管插入托盤 (含與不含導尿管和尿袋)、男性和女性外用集尿裝置、男性外用導尿管 (含一體成型集尿腔)、灌注管路套、內置導尿管、弗利氏導尿管、間歇性導尿管、清潔劑、皮膚密封劑、床邊和腿部引流袋、床邊尿袋引流瓶、導尿管腿帶、灌注托盤、灌注注射器、潤滑凝膠、無菌獨立包、管路和接頭、導尿管夾或導尿管塞、陰莖夾、尿道夾或壓縮裝置、膠帶 (防水和非防水)，以及導尿管固定裝置。

造口和泌尿用品如為舒適、便利或奢侈器材或功能或用於以上未列出的其他項目時不給付福利。

47. 視力矯正。

福利給付僅限以下項目：

- 治療虹膜缺損醫療所需時，每個保單年度每隻眼睛最多兩副隱形眼鏡 (包括驗配)。
- 治療 9 歲及以下被保人無晶體眼醫療所需時，每個保單年度每隻眼睛最多六副隱形眼鏡 (包括驗配)。

強制規定福利

遠距醫療服務福利

比照醫師與被保人以面對面看診方式提供的服務給付適當提供之遠距保健服務的福利。

「非同步儲存和轉遞」是指將病患的醫療資訊從源地點傳輸至位於遠地點的健康照護服務提供者，不需要病患在場。

「同步互動」是指病患和位於遠地點的健康照護服務提供者之間的即時互動。

「遠距保健」是指透過資訊和通訊技術提供健康照護服務和公共衛生的方式，當病患在源地點而健康照護服務提供者在遠地點時，可協助診斷、諮詢、治療、教育、照護管理和病患自我管理健康照護。遠距保健可協助病患自我管理及照護者支持病患，也包括同步互動和非同步儲存和轉遞。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

乳房 X 光攝影福利

由執業護士、經認證的助產士或醫師根據以下準則轉介的隱性乳癌低劑量乳房 X 光攝影篩檢，將給付福利：

1. 三十五歲至三十九歲 (含) 婦女的基線乳房 X 光攝影。
2. 四十歲至四十九歲婦女兩年一次的乳房 X 光攝影，或依據婦女的醫師之建議，進行更頻繁的乳房 X 光攝影。
3. 年滿五十歲婦女每年一次乳房 X 光攝影。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的乳房 X 光攝影將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的乳房 X 光攝影，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的乳房 X 光攝影，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

上顎或下顎骨外科手術福利

直接影響上顎或下顎骨或相關骨關節的受保病況外科程序，會比照其他傷害或疾病給付福利，前提是服務必須認定具有醫療必要性，而且不包括牙科程序，但福利表中規定者不在此限。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

重建外科手術福利

矯正或修復先天缺陷、發展異常、創傷、感染、腫瘤或疾病所引起之身體結構異常的重建外科手術，會比照其他傷害或疾病給付福利，但重建外科手術必須具有以下任一目的：(1) 改善機能；或 (2) 在可能情況下，創造正常外觀。

本福利不包括整容外科手術或改變或重塑正常身體結構以改善被保人外貌的外科手術，但乳房切除術後重建乳房的外科手術不在此限。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

喉切除術後言語義體裝置福利

為恢復喉切除術後說話方式的義體裝置，會比照其他義體裝置給付福利。

本部分中「義體裝置」指提供最初和隨後的義體裝置，包括按照被保人的醫師和外科醫師的囑咐安裝配件。「義體裝置」不包括電子發音機器。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

嚴重精神疾病與嚴重情緒障礙福利

所有年齡被保人的嚴重精神疾病以及被保兒童的嚴重情緒障礙，其診斷和醫療所需之治療會比照其他疾病給付福利，具體說明如下：

1. 門診服務。
2. 住院服務。
3. 部分住院服務。
4. 處方藥。

「嚴重精神疾病」包括：

1. 精神分裂症。
2. 情感性精神分裂症。
3. 躁狂抑鬱症 (躁鬱症)。
4. 嚴重憂鬱症。
5. 恐慌症。
6. 強迫症。
7. 廣泛性發展失調或自閉症。
8. 心因性厭食症。
9. 心因性暴食症。

「兒童嚴重情緒障礙」指 18 歲以下兒童，患有一種或多種根據最新版本的精神失調診斷和統計手冊定義的精神失調。這些精神失調並非主要酒精、藥物或毒品使用失調或發展失調，會造成兒童和一般發展模式相異、不符合其年紀的異常行為。此目標族群必須符合以下一個或多個標準：

1. 由於精神失調，兒童會有以下所列至少兩方面的實質損害：自我照護、在學校正常活動、家庭關係或在團體中生活的能力；以及發生下列任何一種情況：(i) 有被帶離家中的風險或已經被帶離家中。(ii) 精神失調和損害已持續 6 個月以上，或者若不接受治療可能會持續一年以上。
2. 兒童表現出下列任何一種情況：精神病特徵、自殺傾向，或因精神失調而出現暴力傾向。
3. 兒童符合政府法典第 1 編第 7 部第 26.5 章所訂的特殊教育資格規定。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

廣泛性發展失調或自閉症之行為健康治療福利

廣泛性發展失調或自閉症的診斷和醫療所需的行為健康治療會比照其他疾病給付福利。

「行為健康治療」指能在實際情況下最大程度發展或恢復有廣泛性發展失調或自閉症之個人的機能，且符合以下所有標準的專業服務和治療方案 (包括應用行為分析和實證行為介入方案)：

1. 由持照醫師或心理醫師開立處方的治療。
2. 根據合格自閉症醫療服務提供者開立處方的治療計畫提供，並由以下人員之一執行的治療：
   a. 合格自閉症醫療服務提供者。
   b. 由合格自閉症醫療服務提供者監督和雇用的合格自閉症服務專業人員。
   c. 由合格自閉症醫療服務提供者監督和雇用的合格自閉症服務準專業人員。
3. 治療計畫必須有由合格自閉症醫療服務提供者為了治療中的特定被保人而擬定與核准並且在一段特定期間內可評量的目標。治療計畫應至少每六個月由合格自閉症醫療服務提供者審查一次，並在適當情況下隨時修正。在計畫中，合格自閉症醫療服務提供者應：
   a. 描述要治療之被保人的行為健康障礙。
   b. 規劃包含達成計畫目標和目的所需服務類型、時數和父母參與，以及被保人進展評估和通報頻率的介入計畫。
   c. 提供使用實證作法 (證實對治療廣泛性發展失調或自閉症具臨床療效) 的介入計畫。
   d. 已達成治療目標和目的或不再適合時，停止加強行為介入服務。
4. 治療計畫並不是要提供或補償喘息、日間照護或教育服務，也不是做為父母參與治療方案的補償。經索取時應向本公司提供治療計畫。

若是醫療所需的行為健康治療，不會基於以下理由拒絕或不合理延遲福利：

1. 主張需要進行認知、發展或智商 (IQ) 檢測。
2. 以行為健康治療屬於實驗、研究或教育性質為理由。
3. 以行為健康治療現在、將來或過去不是由持照個人、實體或團體提供或監督為理由，但相關醫療服務提供者或監督者已通過經國家認證委員會鑒定合格的全國機構 (例如行為分析師認證委員會) 認證。
4. 以行為健康治療過去、現在、應該或未來是由發展服務部簽約區域中心提供為理由。
5. 以已經達到或超過年度看診次數限制為理由。
6. 任何其他理由。

「合格自閉症醫療服務提供者」指以下兩者之一：

1. 經國家認證委員會鑒定合格的全國機構 (例如行為分析師認證委員會) 認證，負責規劃、監督或提供廣泛性發展失調或自閉症治療的個人、實體或團體，但必須是在取得國家認證的個人、實體或團體的經驗和能力範圍內提供服務。
2. 按照商業和職業法典第 2 部規定取得執照，負責規劃、監督或提供廣泛性發展失調或自閉症治療的醫師和外科醫師、物理治療師、職能治療師、心理醫師、婚姻和家庭治療師、教育心理醫師、臨床社工、專業臨床諮商師、言語語言病理醫師或聽力治療師，但持照人必須在其經驗和能力範圍內提供服務。

「合格自閉症服務專業人員」是指符合以下所有標準的個人：

1. 提供行為健康治療。
2. 由合格自閉症醫療服務提供者聘僱雇用並受其監督。

3. 按合格自閉症醫療服務提供者擬定與核准的治療計畫提供治療。
4. 經 California 區域中心核准為供應商的行為服務提供者，能以助理行為分析師、行為分析師、行為管理助理、行為管理顧問或行為管理方案方式提供服務，如加州法規法典第 17 編第 54342 節定義。
5. 按福利和機構法典第 4.5 部或政府法典第 14 編規定接受過提供廣泛性發展失調或自閉症服務的訓練或具備這類經驗。

「合格自閉症服務準專業人員」是指未取得執照和認證且符合以下所有標準的個人：

1. 由合格自閉症醫療服務提供者聘僱雇用並受其監督。
2. 按合格自閉症醫療服務提供者擬定與核准的治療計畫提供治療和執行服務。
3. 符合按福利和機構法典第 4686.3 節規定而採用的法規所規定的標準。
4. 經合格自閉症醫療服務提供者認證，具備充分的教育、訓練和經驗。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

糖尿病福利

以下用於管理和治療胰島素依賴型、非胰島素依賴型及妊娠期糖尿病的器材和用品，即便不需處方也可取得，只要是醫療所需就會比照其他疾病給付福利：

1. 血糖監測器和血糖試紙。
2. 輔助視障人士的血糖監測器。
3. 胰島素幫浦和所有相關的必要用品。
4. 酮尿試紙。
5. 採血針和採血穿刺裝置。
6. 注射胰島素使用的筆型注射器。
7. 預防或治療糖尿病相關併發症的足部裝置。
8. 胰島素注射器。
9. 協助視障人士使用適當胰島素劑量的視覺輔具，眼鏡除外。

福利還包括提供必要的糖尿病門診自我管理訓練、教育和醫學營養療法，讓被保人能正確使用上述器材、用品和藥品。同樣適用保單對於其他醫師看診的限制。

以下醫療所需處方藥會比照任何其他處方藥給付福利：

1. 胰島素。
2. 治療糖尿病的處方藥。
3. 胰高血糖素。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

苯酮尿症福利

苯酮尿症 (PKU) 的檢測和治療會按照一般慣例收費來給付福利。

福利包括屬於由醫師開立處方，並由健康照護專業人員與新陳代謝疾病專科醫師會診後進行管理之膳食項目的配方和特殊食品，但此膳食必須是為避免苯酮尿症引起嚴重身心障礙或促進身體正常發展與機能而為醫療所需。

只有當必要的配方和特殊食品的費用超過正常膳食的費用時，才會需要福利給付。

「配方」指由醫師或執業護士開立處方，或經授權可開立醫療所需的飲食以治療苯酮尿症處方的健康照護服務提供者轉介，由註冊營養師囑咐在家中使用的管灌食品。

「特殊食品」指符合以下兩個條件的食品：

1. 由醫師或執業護士開立處方，用於治療苯酮尿症，且符合在苯酮尿症治療與照護方面擁有豐富技能與經驗的合格健康專業人員的建議與最佳慣例。不包括天然蛋白質含量低的食品，但可包括經特定配方處理每份劑量中蛋白質含量少於一克的食品。
2. 用來代替一般人食用的正常食品，例如食品商店中的食品。

不適用本保單的扣除額、共付額和共同保險金規定，但適用所有其他保單限制和規定。

骨質疏鬆福利

骨質疏鬆的診斷、治療和適當管理會按照一般慣例收費來給付福利。福利包括食品藥品管理局核准的所有技術，包括視為醫療上適當的骨質密度檢查技術。

不適用本保單的扣除額、共付額和共同保險金規定，但適用所有其他保單限制和規定。

癌症臨床試驗福利

經診斷罹患癌症並接受參加階段 I、階段 II、階段 III 或階段 IV 癌症臨床試驗的被保人，其臨床試驗相關的所有例行病患照護費用會比照其他疾病給付福利。

「例行病患照護費用」指與提供健康照護服務相關的費用，包括藥品、用品、裝置和服務，如這些藥品、用品、裝置和服務不在核准的臨床試驗方案範圍之內，本計畫或合約依然根據承保範圍提供給付。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

乳癌篩檢與治療福利

符合一般公認醫療行為準則和科學證據的乳癌篩檢、診斷及治療，在被保人的簽約醫師轉介時會比照任何其他疾病的標準給付福利。住院天數將由被保人的醫師和外科醫師在諮詢被保人後決定。

乳癌治療的承保範圍包括為了讓接受乳房切除手術的病患恢復並達到乳房對稱性而裝置的義體裝置或施行的重建外科手術。

「乳房切除術」是指按持照醫師和外科醫師判定，因醫療所需理由而切除全部或部分乳房。切除部分乳房包括但不限於乳房腫瘤切除，含外科手術切除組織邊緣乾淨的腫瘤。

「義體裝置」是指按被保人的醫師和外科醫師囑咐而提供的最初和後續裝置。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的乳癌篩檢將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的乳癌篩檢，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的乳癌篩檢，必須遵守本保單所有網絡外醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

義體裝置和重建外科手術福利給付必須遵守所有扣除額、共付額、共同保險金規定、限制項目或本保單任何其他條款的規定。

AIDS 疫苗福利

聯邦食品藥品管理局核准銷售 (研究性的新藥除外) 及美國公共衛生服務部建議的後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 疫苗，會按照一般慣例收費來給付福利。
不適用本保單的扣除額、共付額和共同保險金規定，但適用所有其他保單限制和規定。

人類免疫缺陷病毒 (HIV) 檢測福利

人類免疫缺陷病毒 (HIV) 檢測將給付福利，無論檢測是否與初步 HIV 診斷有關。檢測方法必須是聯邦食品藥品管理局核准及美國公共衛生服務部建議的方法。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的 HIV 檢測將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的 HIV 檢測，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的 HIV 檢測，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

前列腺癌篩檢福利

前列腺癌篩檢和診斷將給付福利，包括但不限於醫療所需且符合良好專業慣例的前列腺特異性抗原檢測 (PSA) 和直腸指診。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的前列腺癌篩檢將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的前列腺癌篩檢，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的前列腺癌篩檢，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

癌症篩檢測試福利

所有一般為醫學接受的癌症篩檢檢測都將給付福利。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的癌症篩檢將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的癌症篩檢，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的癌症篩檢，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

子宮頸癌篩檢福利

由執業護士、經認證的助產士或醫師轉介時，年度子宮頸癌篩檢檢測將給付福利。

年度篩檢檢測會包括：

1. 傳統子宮頸抹片檢查。
2. 經聯邦食品藥品管理局核准的人類乳突病毒篩檢檢測。
3. 經被保人健康照護服務提供者轉介時，可選擇聯邦食品藥品管理局核准的任何子宮頸癌篩檢檢測。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的子宮頸癌篩檢將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的子宮頸癌篩檢，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的子宮頸癌篩檢，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

門診病人避孕藥品和方法福利

符合以下條件而開立處方的避孕藥品和方法會比照其他疾病給付福利：

1. 經聯邦食品藥品管理局核准。
2. 由被保人的醫師開立處方。
3. 醫療上適合被保人。

屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的門診避孕藥品和方法將提供承保而無分攤費用，如福利表所列的預防保健服務福利指明。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向首選醫療服務提供者取得的門診避孕藥品和方法，必須遵守本保單所有首選醫療服務提供者扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

不屬於預防保健服務福利承保範圍且向網絡外醫療服務提供者取得的門診避孕藥品和方法，必須遵守本保單所有網絡外扣除額、共付額、共同保險金、限制項目或任何其他條款的規定。

口服抗癌藥品福利

為了治療癌症而開立處方，用於消滅癌細胞或減緩癌細胞生長速度的口服抗癌藥品將給付福利。

被保人必須為個別處方箋支付的共付額和共同保險金總金額將不超過 $200，每次處方以 31 天藥量為限。

福利給付必須遵守本保單所有扣除額、限制項目或任何其他條款的規定。

福利協調規定

我們會與其他符合資格的醫療、外科手術或醫院計畫或承保進行福利協調，讓所有方案的合計給付不超過受保服務和用品所產生准許費用的 100%。

意外身故與傷殘福利

失去生命、肢體或視力

若在傷害發生日期起 180 天內，該傷害導致喪失生命或以下任一特定身體部位，除按「醫療費用福利」規定給付外，被保人或受益人可向本公司要求給付以下適用金額。

失去

生命	$10,000
兩個或更多個身體部位	$10,000
一個身體部位	$ 5,000
拇指或食指	$ 2,500

身體部位是指手、手臂、足、腿或眼睛。就手或手臂以及足或腿而言，失去是指從手腕或腳踝處或以上切斷；就眼睛而言，則指完全且不可復原的視力喪失。一次傷害僅給付失去生命或失去一個特定身體部位 (最高金額者)。

持續特權

連續投保學校的一般學生保單至少達一學期，以及不再符合該保單資格規定的所有被保人，均符合資格可根據續保期間學校的有效保單持續其承保不超過 6 個月期間。如果被保人在下一個保單年度開始時仍然具備獲取持續承保的資格，被保人必須購買學校選擇的新保單之承保。新保單的承保費率與福利以學校在該保單年度的選擇為準。

您必須直接向 UnitedHealthcare StudentResources 提出申請並支付保費，且本公司必須在您學生承保到期日期後 14 天內收到申請與保費。有關續保特權的詳情，請聯絡 UnitedHealthcare StudentResources。

定義

領養子女指被保人在本保單承保期間領養的子女。此子女自領養安置起的頭 31 天期間屬於承保範圍。被保人最遲必須在領養安置或領養日起 30 天內以書面通知本公司此領養子女。

若是新生兒領養子女，當被保人在該子女出生前已經簽署書面領養協議時，承保就會從出生當時開始，不考慮該協議是否可強制執行。不過，如果領養子女最後未安置於被保人的住所，就不會繼續提供承保。

被保人有權在新生兒出生 31 天之後持續這類承保。如欲持續承保，被保人必須在子女領養安置日期後 31 天內：1) 向本公司提出申請；以及 2) 繳納持續承保所需的額外保費 (如有)。如果被保人不行使上述權利，該子女的所有承保會在其安置日期後第 31 天結束時終止。

共同保險金指本公司給付的受保醫療費用的百分比。

妊娠併發症指符合下列的病況：1) 因懷孕所致；2) 懷孕終止前或終止後需要醫療處置；3) 其診斷有別於懷孕；以及 4) 構成明確可分類的妊娠併發症。單純與困難懷孕的管理有關的病況不會視為妊娠併發症。

先天病況指因出生時存在的缺陷而產生的醫療病況或生理異常。

共付額指被保人必須為特定受保醫療費用支付的指定金額。

受保醫療費用指下列合理收費：1) 不超過一般慣例收費；2) 不超過首選補貼 (若保單包括首選醫療服務提供者福利且收費是來自首選醫療服務提供者)；3) 不超過福利表中載明的每次服務應給付最高福利金額；4) 保單不排除的服務和用品收費；5) 具有醫療必要性的服務和用品收費；6) 福利表列出的服務收費；以及 7) 超過扣除額的金額 (若有)。

唯有下列情況，才會視為「已產生」受保醫療費用：1) 提供受保服務；以及 2) 向被保人收取這類服務的費用。

監護照護指符合以下任一說明的服務：

1. 非健康相關服務，例如活動協助。
2. 主要目的是滿足病患個人需要或維持機能水平 (即使特定服務視為專業服務)
   而提供的健康相關服務，而非改善該項機能以使病患更能獨立生活的健康相關服務。
3. 不需要受過訓練的醫療人員持續管理即可安全有效提供的服務。

扣除額指如果是福利表載明或任何本保單批註為扣除額的金額，應該是指在給付任何福利之前，先從本應給付的受保醫療費用金額中減掉的金額。扣除額適用，如福利表中所述。

受撫養人 指列名被保人的合法配偶或同居伴侶，以及其受撫養子女。子女於滿 26 歲當月結束時就不再是受撫養人。

如果子女在達到年齡上限時仍持續符合下列兩個條件，其承保不會終止：

1. 因智力障礙或身體殘障而沒有能力工作謀生。
2. 主要仰賴被保人維生。

這類失能與撫養證明必須提供給本公司：1) 由列名被保人提出；以及，2) 在該子女達到年齡上限的 31 天內提出。
當該子女達到年齡上限後，此後兩年必須每年提供這類證明給本公司。

如果受撫養子女根據本保單規定申請理賠但因達到受撫養子女年齡上限而遭到拒絕，被保人必須負責證明該子女目前和未來將繼續符合上述 (1) 與 (2) 子部分定義的殘障者。

同居伴侶指已向 California 州務卿提報同居伴侶聲明，並符合下列所有規定的個人：

1. 未婚，或無其他同居伴侶關係。
2. 與被保人並無在本州禁止結婚的血緣關係。
3. 年滿 18 歲；或若未滿 18 歲，已依照 California 法律取得：
   a. 未達法定年齡者的父母書面同意，以及准許建立同居伴侶關係的法院命令；或
   b. 如果未達法定年齡者沒有父母或法定監護人，或父母或法定監護人沒有能力同意同居伴侶關係，則取得建立同居伴侶關係的法院命令。
4. 有同意同居伴侶關係的心智能力。

選擇性的外科手術或選擇性的治療指不符合疾病或傷害的健康照護需求的健康照護服務或用品。選擇性的外科手術或選擇性的治療包括下列任何服務、治療或用品：1) 研究或實驗性質者；或 2) 不是在美國被認可且一般公認的醫療慣例。

急診服務指以下與醫療緊急情況相關的服務：

1. 在醫院急診部能力範圍內進行的醫療篩檢檢驗，包括為評估這類緊急醫療病況而向急診部提供的例行輔助服務；以及
2. 為讓病患穩定而在醫院可用職員和設施能力範圍內進一步提供的相關醫療檢驗和治療。

創建服務指協助個人保持、學習或改善日常生活技能和功能的健康照護服務和裝置。例如，兒童沒有在預期年齡走路或講話而接受的治療。這類服務可包括在各類住院或門診場所或在這兩種場所為殘疾人士提供的物理和職能治療、言語語言病理和其他服務。創建服務的承保必須比照復健服務的條款與條件。

醫院指符合下列條件的持照一般醫院或通過適當資格鑒定的一般醫院：1) 全天候提供服務；2) 其營運主要目的是持續為生病與受傷的住院病人提供治療與外科手術服務；3) 全天候有一或多名取得合法資格的醫師員工的監督；4) 持續在場所內提供 24 小時註冊護士的護理服務；5) 提供在場所內進行診斷與重大外科手術的組織化機構；以及 6) 本質不是診所、看護中心、休養機構或療養院。

住院指因為可給付福利的傷害或疾病而以住院病人身分住在醫院。

傷害指符合下列所有條件的身體傷害：

1. 因與另一身體或物體的意外接觸而造成。
2. 與任何病理、機能或結構失調無關。
3. 損失的來源。
4. 由醫師治療。
5. 在被保人仍受本保單承保的期間發生。

在同一事故中造成的所有傷害，包括相關病況和這些傷害反覆出現的病症，都視為一次傷害。傷害並不包括全部或部分因疾病或其他身體虛弱而引發的損失。因在本保單生效日期之前發生的傷害而產生的受保醫療費用，將依據保單的疾病標準處理。

住院指因為本保單可給付福利的傷害或疾病正式入住醫院、專業護理機構或住院復健機構後持續住院。

住院復健機構指長期急性住院復健中心，也就是按法律授權提供住院復健健康服務的醫院 (或指定為住院復健機構的醫院特殊病房)。

被保人指：1) 列名被保人；以及，2) 列名被保人的受撫養人，前提是：1) 受撫養人已正確地投保本方案；以及 2) 已經正確地繳納受撫養人的保費。「被保人」也指被保個人。

加強照護指：1) 特別指定的醫院機構，可提供最高層級的醫療照護；以及 2) 照護對象僅限嚴重生病或受傷的病患。這類機構必須與外科手術恢復室及慣例上給住院病患使用的房間、病床與病房獨立分開。它們必須：1) 長期配備照護嚴重生病或受傷病患的特殊急救設備；以及 2) 有指定的全職護理人員專門在加護病房進行隨時且持續的觀察。加強照護不指任何下列降階治療病房：

1. 中重症照護。
2. 亞急性加強照護。
3. 中繼照護病房。
4. 私人監控房。
5. 觀察病房。

6. 未達加強照護標準的其他機構。

醫療緊急情況指突然發生嚴重且無法預見的疾病或傷害。在無法立即獲得醫療救治的情況下，平常人可能認為此病況會導致下列任何情況：

1. 死亡。
2. 被保人的健康受到威脅。
3. 身體機能嚴重受損。
4. 任何身體器官或部位出現嚴重機能障礙。
5. 若是孕婦，將嚴重威脅胎兒的健康。

只有符合上述狀況的疾病或傷害所產生的「醫療緊急情況」費用才能獲得給付。輕微傷害或是輕微疾病所產生的上述費用不能得到給付。

醫療必要性 / 醫療所需指由醫院或醫師提供或開立處方的服務或用品，且須符合下列所有條件：

1. 是疾病或傷害之病症與診斷或治療的基礎。
2. 用以診斷或直接照護與治療疾病或傷害。
3. 與良好的醫療慣例標準一致。
4. 主要目的並非為了被保人本身或被保人醫師的方便性。
5. 在安全的情況下，可提供給被保人的最適當用品或服務水準。

具有住院醫療必要性指符合以下兩種情況：

1. 被保人需要病床接受急性照護。
2. 被保人在門診無法得到安全和充分的照護。

本保單只給付具有醫療必要性的服務、程序和用品；若費用並無醫療必要性，就不會給付福利，這包括住院的所有時間。

精神疾病指在最新版美國精神醫學會診斷和統計手冊精神健康或精神病診斷類別中列為精神、情緒或行為失調的疾病。精神疾病不包括在嚴重精神疾病和嚴重情緒障礙福利中定義的病況。在美國精神醫學會診斷和統計手冊中列為失調並不代表該失調的治療屬於受保醫療費用。如果保單其他地方並未排除或定義，所有精神健康或精神病診斷均視為一種疾病。

列名被保人指符合資格的本保單持有者的註冊學生，前提包括：1) 學生已正確地投保本方案；以及 2) 已經正確地繳納承保的保費。

天然齒指天然的牙齒，是個人存在牙齒的主要部分，不考慮是否有充填或牙套。

新生兒指被保人在本保單承保期間生出的任何子女。新生兒自出生起頭 31 天期間屬於本保單的承保範圍。

新生兒享有傷害或疾病承保，包括經醫療診斷的先天缺陷、出生異常、早產與育嬰照護；福利與具被保人身分的新生兒父母相同。

被保人有權在新生兒出生 31 天之後持續這類承保。如欲持續承保，被保人必須在子女出生後 31 天內：1) 向本公司提出申請；以及 2) 繳納持續承保所需的額外保費 (如有)。如果被保人不行使上述權利，該子女的所有承保會在其出生後第 31 天結束時終止。

自付額上限指必須由被保人先支付的受保醫療費用金額，之後才會在保單年度剩餘期間 100% 給付受保醫療費用。請參閱福利表，查詢自付額上限適用情況的詳情。

醫師指非個人的近親家人、取得合法資格並在其執照範圍內提供照護的醫術持照執業人員。

「近親家人」指根據血親或姻親法規定為被保人三等親內的任何相關個人。

物理治療指由醫師進行的短期門診復健治療 (包括創建服務)。

保單年度指從保單生效日期開始到保單終止日期截止的這段期間。

處方藥指：1) 標注處方藥；2) 至少有一種成分為標注處方藥的複方藥品；3) 根據任何適用州法或聯邦法僅能按醫師書面處方配發的其他藥品；以及 4) 注射用胰島素。

註冊護士指非被保人近親家人的專業護士 (R.N.)。

疾病是指被保人所患有並且在被保人受本保單承保期間造成損失的疾病。所有相關病況以及相同或類似病況反覆發生的病症都視為一次疾病。在本保單生效日之前發生的傷害而引起的受保醫療費用，將依據保單的疾病規定處理。

專業護理機構指持照且按法律規定營運的醫院或護理機構。

酒精、藥物或毒品使用失調指在最新版美國精神醫學會診斷和統計手冊中列為酒精濫用和酒精、藥物或毒品使用失調的疾病。在美國精神醫學會診斷和統計手冊中列為失調並不代表該失調的治療屬於受保醫療費用。如果保單其他地方並未排除或定義，所有酒精濫用和酒精、藥物或毒品使用失調均視為一種疾病。

緊急照護中心指為避免被保人因不可預見的疾病、傷害、急性或嚴重病症發作導致健康嚴重惡化而提供必要治療的機構。

一般慣例收費指實際收費或合理收費，以兩者中費用較低者為準，這是指：1) 與類似服務和用品收費相較合乎一般慣例的收費；以及 2) 對在服務提供地方患有類似醫療病況的人所收取的費用。本公司使用 FAIR Health, Inc. 提供的資料來判定一般慣例收費。若所產生費用超出一般慣例收費，本保單將不給付任何費用。

排除與限制項目

以下項目不給付福利：a) 由以下任何情況造成、引起或導致的損失或開支；或 b) 因應以下任何情況所需或相關的治療、服務或用品：

1. 成癮，例如：
   - 咖啡因成癮。
   - 非化學藥品成癮，例如賭博、性、花錢、購物、工作和宗教。
2. 行為問題。學習障礙。環境療法。親子問題。

   本排除規定不適用保單對精神疾病以及酒精、藥物或毒品使用失調特別規定的福利。
3. 生物回饋。
4. 整容程序，但以下重建程序不在此限：
   - 矯正或治療本保單規定可給付福利的傷害或疾病。程序的主要結果並未變更或改善身體外觀。
   - 治療或矯正新生兒或領養嬰兒的先天病況。
5. 監護照護。
   - 在以下地點提供的照護：休養機構、健康渡假村、養老機構、中途之家、大專醫務室或主要用於居住或監護照護的地方。
   - 在提供居住或監護照護的治療機構或酒精、藥物或毒品濫用機構的延長照護。
6. 牙齒治療，但以下項目不在此限：
   - 天然齒意外傷害。
   - 如保單牙齒治療規定所述。

   本排除規定不適用小兒牙科服務特別規定的福利。
7. 選擇性的外科手術或選擇性的治療。
8. 以下項目的足部照護：
   - 扁平足。
   - 足部輔助裝置。
   - 足部骨頭錯位。
   - 足弓下陷。
   - 腳氣病。
   - 慢性足部扭傷。
   - 例行足部照護，包括照護、剪除和摘除雞眼、厚繭、腳趾甲、拇趾囊腫 (囊切或骨外科手術除外)。

   本排除規定不適用糖尿病被保人的預防足部照護。
9. 健康水療館或類似機構。加強方案。
10. 助聽器。其他聽力缺陷和聽力損失治療。「聽力缺陷」指並非疾病演變所引起但確實妨礙到或會妨礙正常聽力的任何耳朵生理缺陷。

    本排除規定不適用：
    - 因感染或傷害所致的聽力缺陷或聽力損失。
    - 以下被保人的骨導式助聽器：a) 顱面異常，其耳道異常或沒有耳道以致無法使用配戴式助聽器；或 b) 聽力損失嚴重到使用配戴式助聽器無法充分補救。
11. 催眠。
12. 以下傷害或疾病：
    - 根據任何勞工賠償、職業疾病法律或法案或類似立法規定給付福利。
13. 研究性質的服務。
14. 脂肪割除。
15. 婚姻或家庭諮詢。

16. 自願參加暴亂或民間動亂。犯下重罪或重罪未遂。鬥毆，但自我防衛不在此限。
17. 處方藥服務 – 下列項目不給付福利：
    - 治療裝置或用具，包括：皮下注射針頭、注射器、支撐衣物和其他非醫療物質，不論其使用目的為何，但保單特別規定者不在此限。
    - 免疫接種劑，但保單特別規定者不在此限。生物血清。
    - 標有「警告 - 聯邦法規定僅限於研究使用 (Caution - limited by federal law to investigational use)」的藥品，或實驗性質的藥品。
    - 因美容目的而使用的產品。
    - 用來治療或治癒禿頭的藥品。用來健身的合成類固醇。
    - 抑制食慾的藥品 - 用來控制體重的藥品。
    - 生育藥劑，如 Parlodel、Pergonal、Clomid、Profasi、Metrodin 或 Serophene。
    - 生長激素，但用來長期治療因內源性生長激素分泌不足而無法生長的 19 歲以下被保人時不在此限。
    - 超過指定量或在開立處方日期一 (1) 年後補充的藥品。
18. 生殖 / 不孕症治療服務，包括但不限於下列項目，但保單特別規定者不在此限：
    - 生殖力諮詢。
    - 基因諮詢和基因檢測；但胎兒基因失調的產前診斷不在此限。
    - 超低溫保存生殖材料。儲存生殖材料。
    - 生育力檢測。
    - 不孕症治療 (男性或女性)，包括用於或意在促進受孕的任何服務或用品。
    - 婚前檢驗。
    - 陽萎 (器質性或其他原因)。
    - 女性絕育程序，但保單特別規定者不在此限。
    - 絕育復原程序。
19. 與研究相關的調查研究或檢驗，或病患或其代表必須簽署確認病患所要參加的研究或臨床研究的知情同意書之任何治療，但保單特別規定者不在此限。
20. 例行眼睛檢驗。眼睛屈光度。眼鏡。隱形眼鏡。眼鏡或隱形眼鏡的驗光或驗配。視力矯正外科手術。視力缺陷和問題的治療。

    本排除規定不適用以下項目：
    - 因受保傷害或疾病演進所致。
    - 小兒視力服務特別規定的福利。
    - 保單特別規定的福利。
    - 眼睛檢驗，包括用於高血壓、糖尿病、青光眼或黃斑部退化等病況的預防篩檢。
21. 例行新生兒照護、嬰兒保健育嬰室和相關醫師收費，但保單特別規定者不在此限。
22. 保單持有者的健康服務機構通常會免費提供的服務。學生健康費用承保或提供的服務。
23. 鼻中隔彎曲，包括黏膜下切除術和 (或) 其他相關外科手術矯正。鼻和鼻竇外科手術，但治療受保傷害或治療慢性鼻竇炎醫療所需時不在此限。
24. 言語治療，但保單特別規定者不在此限。自然療法服務。
25. 獨立跨科戒菸方案。這些方案通常包括專門協助戒菸的健康照護服務提供者，並可能包括心理醫師、社工或其他持照或經認證的專業人員。
26. 此排除規定不適用保單醫療費用福利部分概述的預防保健服務。
27. 用品，但保單特別規定者不在此限。

28. 外科手術縮乳、隆乳、乳房植體或義乳裝置，或男性女乳症，但保單特別規定者不在此限。
29. 在政府醫院接受治療，除非被保人有法律義務必須支付相關治療費用。
30. 在任何國家的武裝部隊服役期間發生戰爭或任何戰爭行動，無論是否正式宣戰
    (不屬於承保範圍的這段期間可以申請按日核退保費)。
31. 體重管理。減重。營養方案。肥胖治療 (但病態性肥胖外科手術除外)。切除過多皮膚或脂肪的外科手術。
    本排除規定不適用保單特別規定的福利。

UnitedHealthcare Global：全球急診服務

如果您是本保險計畫承保的會員，您和您的被保配偶或同居伴侶及未成年子女就符合接受 UnitedHealthcare Global 急診服務的資格。接受這類服務的規定如下：

國際學生、被保配偶或同居伴侶以及被保未成年子女：您符合在全球接受 UnitedHealthcare Global 服務的資格，但在您母國時除外。

本國學生、被保配偶或同居伴侶及被保未成年子女：當您離校園地址或離永久居家地址至少 100 哩，或是參加留學課程時，就符合接受 UnitedHealthcare Global 服務的資格。

緊急醫療運送服務的目的不在取代或替代當地急診服務，例如透過 911 緊急協助電話要求救護。所有服務均須由 UnitedHealthcare Global 安排和提供，任何非由 UnitedHealthcare Global 安排的服務將不考慮給付。
如果病況屬於緊急情況，您應立即去看最近的醫師或醫院就診，不要有所延遲，之後再聯絡 24 小時緊急應變中心。UnitedHealthcare Global 接著就會採取適當的行動協助您並監控您的照護，直到狀況解決為止。

主要服務包括：

- 將保險資訊移轉給醫療服務提供者
- 監控治療
- 移轉病歷
- 藥品、疫苗
- 全球醫療和牙科轉介
- 派遣醫師 / 專科醫師
- 緊急醫療運送
- 協助支付入院費用，最多 $5,000.00
- 前往探望住院的計畫參加者的交通運輸
- 病情穩定後的交通運輸
- 協調替換矯正鏡片和醫療裝置
- 緊急旅行安排
- 安排旅館以便休養
- 持續為家庭和居家醫師提供最新資訊
- 送回受撫養子女
- 補發遺失或失竊的旅行文件
- 遺體送返
- 全球各地之目的地情報檔案

- 法律轉介
- 轉帳
- 訊息傳送
- 翻譯服務
- 安全和政治撤離服務
- 天災撤離服務

請上網 www.uhcsr.com/UHCGlobal 查詢 UnitedHealthcare Global 手冊，其中內容包括服務說明以及方案的排除和限制項目。

欲取得服務請致電：
(800) 527-0218 (美國境內免付費)
(410) 453-6330 (美國境外，對方付費電話)

也可寄電子郵件至 assistance@UHCGlobal.com 以獲取服務。

致電 UnitedHealthcare Global Operations Center 作業中心時，請準備好提供：

- 來電者姓名、電話、傳真號碼 (如果可以提供) 以及與病患的關係；
- 您的醫療會員卡所列的病患姓名、年齡、性別及 UnitedHealthcare Global 識別號碼；
- 病患病況的描述；
- 醫院名稱、地點和電話號碼 (若適用)；
- 主診醫師的姓名和電話號碼；以及
- 可立即聯絡醫師的資訊。

UnitedHealthcare Global 並非旅行或醫療保險，而是緊急醫療協助服務的服務提供者。產生的全部醫療費用都要提交給您的健保計畫，並遵守您健康承保的保單限制。所有協助服務須由 UnitedHealthcare Global 安排和提供。
不接受非 UnitedHealthcare Global 提供的服務的補償理賠申請。請參閱 www.uhcsr.com/MyAccount 網站上*我的帳戶 (My Account)* 中的 UnitedHealthcare Global 資訊，以查詢其他資訊，包括限制與排除項目。

線上獲取帳戶資訊

UnitedHealthcare **Student**Resources 被保人可登入 www.uhcsr.com/myaccount 網站的*我的帳戶 (My Account)*，
在線上取得其理賠狀態、福利說明、會員卡、網絡醫療服務提供者、通訊和承保資訊。還沒有線上帳戶的被保學生只需點選「立即建立**我的帳戶**」(create My Account Now) 連結，然後跟著螢幕上的指示，使用您的 7 位數保險會員卡號碼，
或歸檔的電子郵件地址，幾分鐘內就能建立線上帳戶。

UnitedHealthcare **Student**Resources 為保護環境致力推行垃圾減量，我們已採用幾項專門設計用來保護珍貴資源，
同時也保障學生個人健康資訊安全的創新方案。

*我的帳戶*現在包括訊息中心 (Message Center) – 這是一項自助式的服務工具，可快速、輕鬆檢視我們所傳送的電子郵件通知。*訊息*中心的通知以安全方式直接傳送到被保學生的電子郵件地址。如果被保學生習慣收到紙本通知，

可前往*我的電子郵件偏好 (My Email Preferences)* 並在此做變更，即可取消選擇電子郵件傳送。

UnitedHealth Allies

被保學生也能使用 UnitedHealth Allies® 折扣方案。只需按照上述方式登入 *我的帳戶並選擇 **UnitedHealth Allies** 計畫 (**UnitedHealth Allies Plan**)*，即可進一步瞭解可使用的折扣。檢視或列印醫療會員卡時，UnitedHealth Allies 卡也會包括在內。UnitedHealth Allies 方案不是保險，由 UnitedHealth Group 旗下公司 UnitedHealth Allies 提供。

傷害和疾病福利理賠程序

學生如受傷或生病，應該：

1. 通報學生健康服務處或醫務室以便治療或轉介，如果不在學校時則通報學生的醫師或醫院。
2. 將所有醫療和醫院帳單連同病患姓名和被保學生的姓名、地址、SR 會員卡號碼 (被保人的保險公司會員卡號碼) 以及為學生提供保險的大學名稱，郵寄至以下地址。申請理賠時不需要本公司理賠表。
3. 在服務日期後 90 天內申請理賠要求給付。如果被保人沒有在服務日期起一年內提供相關資訊，我們可酌情拒絕給付該服務福利。如果被保人無法定行為能力，此期限即不適用。

將以上資訊郵寄給本公司：

UnitedHealthcare StudentResources
P.O. Box 809025
Dallas, TX 75380-9025

小兒牙科服務福利

會向未滿 19 歲被保人提供受保牙科服務的福利。福利於以下較早日期時終止：1) 被保人滿 19 歲當月最後一天；或 2) 被保人的本保單承保終止日期。

第 1 節：取得小兒牙科服務

網絡和非網絡福利

被保人選擇從網絡牙科服務提供者取得受保牙科服務時即適用網絡福利。被保人必須支付網絡牙科服務提供者的金額通常少於他們從非網絡醫療服務提供者取得服務時必須支付的金額。網絡福利的判定以各受保牙科服務的特約費用為依據。無論任何情況，被保人都不須為受保牙科服務向網絡牙科服務提供者支付超過特約費用的金額。

被保人必須直接向網絡牙科服務提供者取得或透過網絡牙科服務提供者取得所有受保牙科服務，相關受保牙科服務才能以網絡福利給付。

被保人每次尋求服務前都必須確認醫療服務提供者的簽約狀態。醫療服務提供者的簽約狀態不時會有變更。致電本公司和 (或) 醫療服務提供者即可確認簽約狀態。如有必要，本公司可協助為被保人轉介至網絡牙科服務提供者。

本公司將提供網絡牙科服務提供者名錄給被保人。被保人也能撥客戶服務部電話 1-877-816-3596 確認哪些醫療服務提

供者與網絡簽約。客戶服務部電話號碼也列於被保人的會員卡上。

從非網絡牙科服務提供者取得受保牙科服務時即適用非網絡福利。被保人通常必須向醫療服務提供者支付比網絡福利更多的費用。非網絡福利的判定以類似地點的網絡牙科服務提供者對各受保牙科服務的一般慣例收費為依據。非網絡牙科服務提供者對受保牙科服務的實際收費可能會超過一般慣例費用。因此，被保人可能必須為受保牙科服務支付超過一般慣例費用的金額給非網絡牙科服務提供者。此外，從非網絡牙科服務提供者取得受保牙科服務時，被保人必須向本公司申請理賠才能獲得符合資格牙科費用的補償。

受保牙科服務

如果牙科服務是必需服務並由網絡牙科服務提供者提供或按其指示提供，受保牙科服務便符合資格可取得福利。

福利給付僅適用必需牙科服務。即使牙科服務提供者已執行程序或治療或開立程序或治療的處方，或即使相關程序或治療是牙齒疾病唯一可使用的治療方式，也不表示該程序或治療一定就是受保牙科服務。

治療前預估

如果預期牙科服務的收費會超過 $500 或如果牙齒檢驗發現需要固定式牙橋，被保人可取得治療前預估。如欲取得治療前預估，被保人或牙科服務提供者應在檢驗起 20 個曆日內透過理賠表通知本公司。如經本公司要求，牙科服務提供者必須提供牙齒 X 光、研究模型或其他評估治療計畫所需的資訊供福利判定之用。

本公司將會判定預定治療是否為受保牙科服務並預估給付金額。可給付福利的預估將會寄給牙科服務提供者並須遵守保單所有條款、條件和規定。

治療前預估福利不代表同意給付費用。這個程序是讓被保人事先約略瞭解費用的哪個部分會納入給付考量。

事先授權

所有齒顎矯正服務均須事先授權。被保人接受牙科服務前應先詢問牙科服務提供者有關取得事先授權一事。如果被保人未取得事先授權，本公司有權以未遵守這項規定為由拒絕理賠。

第 2 節：小兒牙科服務福利

本節所述的牙科服務可提供福利，但相關服務必須符合以下條件：

A. 必需。
B. 由牙科服務提供者提供或按其指示提供。
C. 臨床情況如果能以費用較低、牙科上適合的替代程序獲得有效治療，則會根據費用較低的程序指派福利。
D. 未排除於第 3 節：小兒牙科服務排除項目。

牙科服務扣除額

小兒牙科服務福利不適用保單福利表所述的保單扣除額。而是，小兒牙科服務福利必須另外遵守牙科服務扣除額規定。每位被保人每個保單年度的牙科服務扣除額是 $500 (任何網絡和非網絡福利合計)。

自付額上限

被保人按本福利規定的小兒牙科服務共同保險金而支付的任何金額都會計入保單福利表所述的自付額上限。

福利

如適用福利限制，所述的限制是指任何網絡福利和非網絡福利合計，除非另外具體說明。福利限制以保單年度為計算基礎，除非另有具體說明。

福利說明和限制	網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。	非網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。
診斷服務 - (不需支付牙科服務扣除額。)		
口腔內咬翼片 X 光攝影 (咬翼 X 光) 限每 12 個月 2 組 4 片 X 光片。 緊急情況或偶發情況允許單獨的咬翼片或根尖周片。	100%	50%
環口 X 光攝影 (全顎 X 光) 限每 24 個月 1 片。	100%	50%
完整系列 X 光攝影 (整組 X 光片) 限每 24 個月 1 組 X 光片。	100%	50%
口腔評估 (保健檢查) 只有當看診過程中除 X 光外無其他服務時才會以單獨福利承保。	100%	50%
活性檢測	100%	50%
預防服務 - (不需支付牙科服務扣除額。)		
預防性潔牙 (洗牙) 限每 12 個月 2 次。	100%	50%
塗氟治療 治療應與預防性潔牙同時進行。	100%	50%

福利說明和限制	網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。	非網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。
封填劑 (保護塗層) 限恆齒第一和第二臼齒。	100%	50%
空間維持器	100%	50%
小修復服務、牙髓治療、牙周治療和口腔外科手術		
汞齊修復 (銀粉充填) 一個牙面多次修復將視為單一充填。	50%	50%
複合樹脂修復 (齒色充填) 適用前齒和後齒。	50%	50%
牙髓治療 根管治療 直接覆髓 冠髓切除術和活髓切除術 根尖成形術，以氫氧化鈣充填 牙根截除術 根尖切除術 根管重新處理 (特定個案)	50%	50%
牙周外科手術 (牙齦外科手術)	50%	50%
結石刮除和牙根整平 (深部洗牙) 限每 12 個月五個象限。	50%	50%
牙周維護 (牙齦維護) 進行主動和輔助牙周治療後與預防性洗牙同時進行時，限每 12 個月期間 4 次，不含初步清創。	50%	50%
簡單拔牙	50%	50%
口腔外科手術，包括外科拔牙	50%	50%
輔助服務		

福利說明和限制	網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。	非網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。
一般服務 (包括牙科緊急情況治療) 只有當看診過程中除 X 光外無其他服務時才會以單獨福利承保。 臨床所需的全身麻醉屬於承保範圍。 咬合板限每 12 個月 1 個。	50%	50%
重大修復服務 替換之前申請給付的全口假牙、固定式或活動式局部假牙、牙冠、嵌體或冠蓋體，從首次或補充安置後限每 36 個月 1 次。		
嵌體 / 冠蓋體 / 牙冠 (局部至全冠) 限每 36 個月每顆牙 1 次 (牙冠再也不能使用時則更快)。 只有當銀粉充填不能修復牙齒時才屬於承保範圍。	50%	50%
固定式贗復體 (牙橋) 限每 36 個月每顆牙 1 次。	50%	50%
活動式贗復體 (全口假牙) 限每 36 個月 1 個。精密或半精密覆著體無額外補貼。	50%	50%
活動式贗復體 (局部假牙) 限每連續 36 個月 1 個，若因天然齒脫落使現有的部分不可使用且無法令人滿意而有必要時則更快。精密或半精密覆著體無額外補貼。	50%	50%
假牙重襯和換底 每 12 個月每牙弓限 1 次。	50%	50%
修理或調整全口假牙、局部假牙、牙橋或牙冠	50%	50%
植體		
植體置入 限每 60 個月 1 次。	50%	50%
植體支撐式贗復體 限每 60 個月 1 次。	50%	50%

福利說明和限制	網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。	非網絡福利 福利以符合資格牙科費用的百分比顯示。
植體維護程序 包括移除贋復體、清洗贋復體和支柱牙以及重新安裝贋復體。限每 60 個月 1 次。	50%	50%
修理植體支撐式贋復體，按報告 限每 60 個月 1 次。	50%	50%
支柱牙支撐式牙冠 (鈦) 或固定式局部假牙 (FPD) 固位牙冠 – 鈦 限每 60 個月 1 次。	50%	50%
修理植體支柱牙，按支撐 限每 60 個月 1 次。	50%	50%
X 光攝影 / 外科植體指數，按報告 限每 60 個月 1 次。	50%	50%
醫療所需齒顎矯正		
因促進口腔健康、恢復口腔結構以保持健康和功能以及治療緊急病況所需時，本公司會核准綜合齒顎矯正治療福利。所有醫療上造成障礙的咬合異常也提供福利，不論原因 (包括傷害)。 所有齒顎矯正治療均須事先授權。		
齒顎矯正福利 由牙科服務提供者提供用來診斷或矯正牙齒或咬合不正的服務或用品。只有判定服務或用品為醫療所需時才給付福利。	50%	50%

重要資訊：如果被保人選擇接受的牙科服務並非本保單的受保牙科服務，網絡牙科服務提供者可向被保人收取其相關服務的一般慣例費用。提供被保人不是受保福利的牙科服務之前，牙科服務提供者應提供被保人治療計畫，列出各項預定提供的牙科服務和各項牙科服務的預估費用。如果被保人需要更多有關牙科承保選項的資訊，可撥客戶服務部電話 1-877-816-3596。如欲充分瞭解本承保，建議被保人仔細閱讀本保單。

第 3 節：小兒牙科排除項目

除第 2 節：受保牙科服務福利中特別規定者外，以下各項不提供福利：

1. 非必需的牙科服務。
2. 住院或其他機構費用。
3. 任何純粹為整容 / 美觀理由而執行的牙科程序。(整容程序指改善身體外觀的程序。)
4. 主要目的是要改善所涉身體部位生理功能的重建外科手術，無論外科手術是否為牙齒疾病、傷害或先天病況附帶引起。
5. 任何與牙齒疾病不直接相關的牙科程序。
6. 任何不在牙科環境中執行的牙科程序，但本保單醫療費用福利部分特別規定的牙科服務不在此限。
7. 視為實驗性或研究性或非實證服務的程序。這包括美國牙醫學會 (ADA) 牙科療法委員會未接受的藥物療法。如果程序視為特定病況的實驗性或研究性或非實證療法，即使該實驗性或研究性或非實證服務、治療、裝置或藥物療法是可治療特定病況的唯一方法，仍不會因而取得福利。
8. 藥品 / 藥物，無論是否須憑處方取得，除非是在牙醫診所為病患看診時配發和使用。
9. 臉部骨折固定以及任何與臉部骨骼硬組織脫臼相關的治療。
10. 替換全口假牙、固定式和活動式局部假牙或牙冠以及植體、植體牙冠和贋復體，但損壞或斷裂必須直接與醫療服務提供者錯誤相關。這類型的替換須由牙科服務提供者負責。如果因為病患不遵從而必需替換，病患應負責替換費用。
11. 與顳下顎關節 (TMJ) 相關的雙側或單側服務。上顎骨和下顎骨外科手術 (包括與顳下顎關節相關的外科手術)。正顎外科手術、顎調整和顳下顎關節治療。
12. 無法按約定時間看診且未提前 24 小時通知牙醫診所產生的收費。
13. 被保人承保生效日期前開始的牙科程序費用。
14. 原本屬於本保單承保範圍，但牙科服務提供時間是在保單的個別承保終止日期之後，包括為在保單的個別承保終止日期前發生的牙齒病況而提供的牙科服務。
15. 由與被保人同一合法住所或身分是被保人家人 (包括配偶、兄弟姊妹、父母或子女) 的醫療服務提供者所提供的服務。
16. 國外服務不屬於承保範圍，除非因牙科緊急情況而有必要。
17. 完整口腔復健或重建的固定式或活動式義齒修復程序。
18. 與重建病患正確的咬合垂直距離 (VDO) 相關的程序。
19. 切口和引流帳單費用 (如果長膿瘡的相關牙齒在同一服務日期移除)。
20. 純粹為達到牙周穩定而置入的固定式局部假牙。
21. 針灸、指壓和其他形式的替代治療，無論是否當做麻醉使用。
22. 齒列矯正承保不包括之前按本計畫規定申請給付的空間維持器安裝、與治療顳下顎關節相關的任何治療、為矯正咬合不正而進行的任何外科程序、替換遺失或壞損的固定器和 (或) 習慣裝置，以及任何固定式或活動式阻斷齒列矯正裝置。

第 **4** 節：小兒牙科服務理賠

從非網絡醫療服務提供者取得牙科服務時，被保人必須直接向牙科服務提供者支付所有帳單費用。被保人之後可向本公司申請補償。被保人必須向本公司提供以下列出的所有資訊。

牙科服務補償

被保人應負責使用本公司提供或可接受的表格要求補償並將表格寄至本公司。

理賠表

損失證明不需附理賠表。不過，證明必須包括所有以下資訊：

- 被保人的姓名和地址。
- 被保人的會員卡號碼。
- 醫療服務提供者的姓名 / 名稱和地址。
- 牙科服務提供者提供的診斷，包括顯示產生理賠申請之收費前提供的拔牙、充填或其他牙科服務的完整牙科病歷。
- X 光攝影、化驗或醫院報告。
- 牙模、模具或研究模型。
- 明細帳單，包括各項收費的 CPT 或 ADA 代碼或說明。
- 牙齒疾病開始日期。
- 指出被保人是否投保任何其他健康或牙科保險計畫或方案的聲明。如有投保其他承保，被保人必須列出其他保險公司的名稱。

如欲申請理賠，請將以上資訊提交至本公司以下地址：

UnitedHealthcare Dental
Attn: Claims Unit
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

在服務日期後 90 天內申請理賠要求給付。如果被保人沒有在服務日期起一年內提供相關資訊，我們可酌情拒絕給付該服務福利。如果被保人無法定行為能力，此期限即不適用。

如果被保人想使用理賠表，可致電 1-877-816-3596 要求客戶服務部寄送。此號碼也列在被保人的牙科會員卡上。

第 5 節：小兒牙科服務的專門用語

以下是保單定義一節未包括的定義：

受保牙科服務 – 按本節規定提供福利的牙科服務或牙科程序。

牙科緊急情況 – 因突發牙齒疾病產生的牙齒病況或病症，而根據一般人判斷，需要立即照護和治療，並在病況或病症發作起 24 小時內尋求或接受相關治療。

牙科服務提供者 – 任何按接受治療地區法律規定獲得正式執照並取得資格可提供牙科服務、執行牙科外科手術或為牙科外科手術施行麻醉的牙醫或牙科執業人員。

牙科服務或牙科程序 – 在保單有效期間，由牙科服務提供者為被保人提供的牙科照護或治療，但相關照護或治療必須經本公司根據主要牙科執業標準認可為一般公認的照護或治療形式。

符合資格牙科費用 – 在保單有效期間產生的受保牙科服務之符合資格牙科費用，其判定標準如以下所述：

- 若是網絡福利，從網絡牙科服務提供者取得受保牙科服務時，符合資格牙科費用是本公司與該醫療服務提供者針對受保牙科服務的特約費用。
- 若是非網絡福利，從非網絡牙科服務提供者取得受保牙科服務時，符合資格牙科費用是一般慣例費用，如以下定義。

必需 – 本公司根據公認牙科慣例依個案照護評估判定為適當的牙科服務和用品，且符合以下所有條件：

- 滿足被保人基本牙科需求時所必需。
- 以最符合成本效率的方式在適合該牙科服務的環境類型中提供。
- 治療類型、頻率和持續時間與本公司接受之全國臨床、研究或健康照護承保組織或政府機構的科學基礎準則相符。
- 與病況診斷相符。
- 因方便被保人或其牙科服務提供者以外的理由而有必要。
- 透過主要同儕評鑑牙科文獻證明：
  - 可安全有效地用於預定用途所針對的病況或疾病之治療或診斷；或
  - 安全且可望具有療效：
    - 用於治療危及生命的牙齒疾病或病況。
    - 在臨床對照的研究環境中提供。
    - 使用的特定研究計畫書符合*國家衛生院*定義的等同標準。

(在本定義中，危及生命一詞用來描述很可能在要求治療日期起一年內造成死亡的牙齒疾病或病況。)

即使牙科服務提供者已執行或開立程序或治療處方，或相關程序或治療是特定牙齒疾病唯一可使用的治療方式，也不表示該程序或治療是本節規定的必需受保牙科服務。本節使用的必需之定義只與本節福利有關，而且有別於牙科服務提供者從事牙科醫療行為時對必需的定義。

一般慣例費用 – 一般慣例費用是由本公司根據該地區可取得的競爭費用資料資源計算而得。

一般慣例費用不得超過醫療服務提供者針對相同服務向任何情況類似的給付者收取的費用。

一般慣例費用只會按照本公司的補償政策準則做判定。本公司的補償政策準則是由本公司按照以下一種或多種方法評估和驗證所有醫療服務提供者帳單後裁量擬定的：

- 如最新版本的最新程序專有名詞 (美國牙醫學會出版品) 中所指明。
- 如普遍認可的專業人員或出版品所報告。
- 如 Medicare 所使用。
- 如內部醫療或牙科人員和外部醫療或牙科顧問所判定。
- 根據本公司接受的其他適當的來源或判定。

小兒視力保健服務福利

會向未滿 19 歲被保人提供受保視力服務的福利。福利於以下較早日期時終止：1) 被保人滿 19 歲當月最後一天；或 2) 被保人的本保單承保終止日期。

第 1 節：小兒視力保健服務福利

Spectera Eyecare Networks 或非網絡視力保健服務提供者提供的小兒視力保健服務可給付福利。如欲尋找 Spectera Eyecare Networks 視力保健服務提供者，被保人可撥打醫療服務提供者搜尋服務電話 1-800-839-3242。
被保人也能上網取得 Spectera Eyecare Networks 視力保健服務提供者清單，網址是 www.myuhcvision.com。

從非網絡視力保健服務提供者取得視力保健服務時，被保人將須在服務時支付所有帳單費用。被保人即可向本公司要求補償，如第 3 節：視力保健服務理賠中所述。補償金額以下列說明為限。

從 Spectera Eyecare Networks 視力保健服務提供者取得這些視力保健服務時，被保人將須在服務時支付共付額。

網絡福利

視力保健服務的福利判定以本公司與視力保健服務提供者之間議定的特約費用為依據。本公司與視力保健服務提供者的議定費率一般都低於視力保健服務提供者的帳單收費。

非網絡福利

從非網絡醫療服務提供者取得視力保健服務時，福利判定會是醫療服務提供者帳單收費的百分比。

保單扣除額

小兒視力保健服務福利不適用保單福利表所述的任何保單扣除額。被保人為視力保健服務共付額支付的任何金額都不會計入保單福利表所述的保單扣除額。

福利說明

如適用福利限制，所述的限制是指任何網絡福利和非網絡福利合計，除非另外具體說明。福利限制以保單年度為計算基礎，除非另有具體說明。

福利適用下述視力保健服務，但須遵守以下福利表中各項視力保健服務所述的服務頻率限制以及共付額和共同保險金規定。

例行視力檢驗

根據被保人居住地照護標準進行之眼睛病況和主要視力功能的例行視力檢驗，包括：

- 個案問診，包括主訴和 (或) 檢驗理由、病患醫療 / 眼睛病史和目前的藥物治療。
- 記錄單眼和雙眼在看遠和看近、有無現有矯正時的視力 (例如，20/20 和 20/40)。
- 在 20 呎和 16 吋的地方進行遮蓋檢測 (斜視檢查)。
- 眼球轉動，包括轉向 (眼睛追蹤能力)、近點內聚 (兩眼一起移動以進行閱讀等近用視力任務的能力) 和深度感知。
- 瞳孔反應 (神經系統完整性)。
- 外部檢驗。
- 視網膜鏡檢查 (適用時) – 客觀式屈光檢查以判定矯正鏡片的度數，以及主觀式屈光檢查以判定矯正鏡片的度數。

- 隱斜視測量 / 雙眼檢測 – 看遠和看近：兩眼協調能力。
- 調節能力檢測和 (或) 近點屈光檢查：被保人近點看東西的能力 (例如，閱讀)。
- 眼壓測量 (經指示時)：檢測眼內壓力 (青光眼檢查)。
- 眼球內部的眼底鏡檢查。
- 面對面視野測量。
- 生物顯微鏡檢查。
- 色覺檢測。
- 診斷 / 預後。
- 特定建議。

只有需要材料時才會進行檢驗後程序。

或者，不進行完整檢驗，改做視網膜鏡檢查 (適用時) – 客觀式屈光檢查以判定矯正鏡片的度數，
以及主觀式屈光檢查以判定矯正鏡片的度數。

眼鏡鏡片 – 安裝到眼鏡鏡框內的鏡片，戴在臉上用來矯正視力限制。

眼鏡鏡框 – 框住眼鏡鏡片並將鏡片固定在眼睛前方，由鼻樑支撐的結構。

隱形眼鏡 – 戴在眼球表面以矯正視力限制的鏡片。福利包括驗配 / 評估費用、追蹤照護和隱形眼鏡。

被保人符合資格可選擇限一副眼鏡 (眼鏡鏡片和 (或) 眼鏡鏡框) 或隱形眼鏡。
如果被保人選擇不只一種前述視力保健服務，本公司只會給付一種視力保健服務的福利。

必需隱形眼鏡 – 視力保健服務提供者判定需要隱形眼鏡並已開立隱形眼鏡處方時便可提供福利。此判定將由視力保健服務提供者做成，並非由本公司判定。如果被保人有以下任一情況，隱形眼鏡即屬必需：

- 圓錐角膜。
- 屈光參差。
- 角膜不規則 / 散光。
- 無水晶體。
- 面部畸形。
- 角膜畸形。
- 病理性近視。
- 兩眼不等像。
- 虹膜缺損。
- 創傷後失調。

弱視

被保人有嚴重視力問題但無法以一般鏡片矯正時可提供福利，但必須由視力服務提供者判定需要服務並開立服務處方。此判定將由視力保健服務提供者做成，並非由本公司判定。

此福利包括：

- 弱視檢測：完整的弱視分析和診斷，包括綜合視力功能檢驗，含矯正配鏡或視力輔具處方 (如有相關指徵)。
- 弱視治療：處方開立的後續弱視治療。
- 弱視輔具：處方開立的光學裝置，例如高倍率眼鏡、放大鏡和望遠鏡。
- 弱視追蹤照護。

福利表

視力保健服務	服務頻率	網絡福利	非網絡福利
例行視力檢驗或不進行完整檢驗，僅進行屈光檢查。	每年一次。	支付共付額 $20 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
眼鏡鏡片	每年一次。		
• 單焦點		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 雙焦點		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 三焦點		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 柱狀透鏡鏡片		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
鏡片額外選擇	每年一次。		
• 聚碳酸酯鏡片		100%	帳單費用的 100%。
• 標準防刮 塗層		100%	帳單費用的 100%。

視力保健服務	服務頻率	網絡福利	非網絡福利
眼鏡鏡框	每年一次。		
• 零售費用不超過 $130 的眼鏡鏡框。		100%	帳單費用的 50%。
• 零售費用 $130 - $160 的眼鏡鏡框。		支付共付額 $15 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 零售費用 $160 - $200 的眼鏡鏡框。		支付共付額 $30 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 零售費用 $200 - $250 的眼鏡鏡框。		支付共付額 $50 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 零售費用超過 $250 的眼鏡鏡框。		60%	帳單費用的 50%。
隱形眼鏡	每個保單年度限 12 個月使用量。		
• 受保隱形眼鏡選擇		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
• 必需的隱形眼鏡		支付共付額 $40 後 100% 給付。	帳單費用的 50%。
弱視服務 請注意，這類服務將以補償方式給付福利。取得相關視力服務時，被保人必須在服務時支付所有帳單費用。被保人之後可從本公司得到補償。補償以所示金額為限。			
• 綜合弱視評估	限每 60 個月 1 次評估。	帳單費用的 100%。	帳單費用的 75%。
• 弱視檢測		帳單費用的 100%。	帳單費用的 75%。
• 弱視治療		帳單費用的 100%。	帳單費用的 75%。
• 弱視輔具		帳單費用的 100%。	帳單費用的 75%。
• 追蹤照護	限每 60 個月 4 次。	帳單費用的 100%。	帳單費用的 75%。

第 2 節：小兒視力排除項目

除第 1 節：小兒視力保健服務福利中特別規定者外，以下各項不提供福利：

1. 必須由醫師提供服務並可按保單所述提供福利的眼睛疾病之醫療或外科治療。
2. 非處方用品 (例如無度數鏡片)。
3. 替換或修復遺失或損壞的鏡片和 (或) 鏡框。
4. 沒有列在第 1 節：視力保健服務福利的自選鏡片額外選擇。
5. 未赴約就診的費用。
6. 針對視力保健服務所收取的相關銷售稅。

第 3 節：小兒視力保健服務理賠

從非網絡視力保健服務提供者取得視力保健服務時，被保人必須直接向視力保健服務提供者支付所有帳單費用。被保人之後可向本公司申請補償。

視力保健服務補償

如欲申請非網絡視力保健服務提供者所提供視力保健服務的理賠補償，或申請視力保健服務承保補償 (無論是由 Spectera Eyecare Networks 視力保健服務提供者或非網絡視力保健服務提供者提供)，被保人必須提供所有以下資訊至以下指定地址：

- 被保人的明細收據。
- 被保人的姓名。
- 被保人的會員卡號碼。
- 被保人的出生日期。

將以上資訊提交至本公司：

郵寄：

Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130

傳真：

1-248-733-6060

弱視服務補償

如欲申請弱視服務理賠補償，被保人必須提供下列所有資訊至以下指定地址：

- 被保人的明細收據。
- 被保人的姓名。
- 被保人的會員卡號碼。
- 被保人的出生日期。

將以上資訊提交至本公司：

郵寄：

Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130

傳真：

248-733-6060

在服務日期後 90 天內申請理賠要求給付。如果被保人沒有在服務日期起一年內提供相關資訊，我們可酌情拒絕給付該服務福利。如果被保人無法定行為能力，此期限即不適用。

第 4 節：小兒視力保健服務的專門用語

以下是保單定義一節未包括的定義：

受保隱形眼鏡系列 - 可向 Spectera Eyecare Networks 視力保健服務提供者取得，享有全額承保的隱形眼鏡系列，但須支付適用共付額。

Spectera Eyecare Networks - 任何經本公司指定可按保單規定福利提供視力保健服務的驗光師、眼科醫師、配鏡師或其他人。

視力保健服務提供者 - 任何驗光師、眼科醫師、配鏡師或依法可提供視力保健服務的其他人。

視力保健服務 - 第 1 節：小兒視力保健服務福利中所列的任何服務或用品。

上訴權利通知

內部上訴權利

標準內部上訴

如果被保人不同意本公司全部或部分拒絕理賠申請或福利要求的決定，被保人有權要求內部上訴。被保人或被保人的授權代表必須在收到本公司的不利判定通知起 180 天內提出內部上訴的書面要求。

書面內部上訴要求必須包括：

1. 要求有關該決定之內部上訴的特定聲明；
2. 被保人的姓名和會員卡號碼 (列於會員卡上)；
3. 服務的日期；
4. 醫療服務提供者姓名 / 名稱；
5. 應該重新考慮理賠的理由；以及
6. 任何與理賠相關的書面意見、文件、紀錄或其他資料。

如有任何關於內部上訴流程的疑問，請致電 888-251-5640 聯絡客戶服務部。內部上訴的書面要求應該寄至：UnitedHealthcare StudentResources, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025。

特急內部上訴

若是緊急照護要求，被保人可以口頭或書面方式提出特急內部上訴。

緊急照護要求指所提出的服務或治療要求是因為完成標準內部上訴的等待時間可能會造成以下情況：

1. 可能會嚴重危害被保人的生命或健康，或危害被保人恢復最大機能的能力；或
2. 根據具有被保人醫療病況相關知識的醫師意見，若沒有進行所要求的健康照護服務或治療，被保人就會遭受無法適當控制的劇痛。

欲要求特急內部上訴，請致電 1-888-315-0447 聯絡理賠上訴部。特急內部上訴的書面要求應該寄至：Claims Appeals, UnitedHealthcare StudentResources, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025.

外部獨立醫療審查權利

被保人收到的最終不利福利判定，以認定有爭議的健康照護服務並非醫療所需或不是本保單規定之受保醫療費用為全部或部分理由而拒絕、修改或延遲健康照護服務時，即可向保險局申請外部獨立醫療審查。被保人必須在收到確定不利福利判定通知後六個月內，向保險局提出外部獨立醫療審查要求。不過，如果個案的情況需要延長期限，部長可以將申請期限延長為超過六個月。

在通知被保人有關被保人最終不利福利判定的處置時，本公司應該要提供保險局核准的申請表，以及載有收件地址的信封，讓被保人可用來回覆而提出外部獨立醫療審查。

外部獨立醫療審查要求郵寄地址

所有類型的外部獨立醫療審查要求均應寄給州保險局，地址如下：

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
免付費消費者服務專線：1-800-927-HELP (4357) 或 1-213-897-8921
聽障專線：1-800-482-4TDD (4633)
http://www.insurance.ca.gov

上訴權利相關疑問

如有關於被保人內部上訴和外部獨立醫療審查權利的疑問，請致電 888-251-5640 聯絡客戶服務部。

還有其他資源可用來協助被保人進行上訴流程。如有關於上訴權利的疑問，您的州保險局也許可以協助您，聯絡方式如下：

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 South Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
免付費消費者服務專線：1-800-927-HELP (4357) 或 1-213-897-8921
聽障專線：1-800-482-4TDD (4633)
http://www.insurance.ca.gov

本計畫核保者：

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY

管理辦事處：

UnitedHealthcare StudentResources

P.O. Box 809025

Dallas, Texas 75380-9025

888-251-5640

銷售 / 行銷服務：

UnitedHealthcare StudentResources

805 Executive Center Drive West, Suite 220

St. Petersburg, FL 33702

727-563-3400

800-237-0903

電子郵件：info@uhcsr.com

請保存本手冊做為保險的簡介說明。學校所歸檔的主保單上載有您的全部保險福利規定、限制項目、排除項目和資格限制，其中有些可能不包括在此手冊內。主保單是規範和管制福利給付的合約。

本手冊所依據的保單編號：2016-755-1。