

# 2010-2011 华人联合计划

## 学生受伤 与疾病 保险计划

专为贵单位华人学生与学者以及其受抚养人设计

**New York Service Center For Chinese  
Study Fellows, Inc.**

**纽约中国留学服务中心**

注意：各州提供的福利可能不同或可能不提供承保。本计划不提供给以下地区的居民：Massachusetts、New Hampshire、New Jersey、New York、North Carolina、Oregon、Puerto Rico、Vermont 以及 Washington。

**UnitedHealthcare®**  
A UnitedHealth Group Company

# 目录

---

隐私权政策 .....	1
资格 .....	1
选择计划 .....	1
住院前通知 .....	1
医疗费用福利表 - 2010-1716-3 .....	2
医疗费用福利表 - 2010-1716-5 .....	5
终身最高福利 .....	8
排除及限制项目 .....	8
定义 .....	10
首选医疗服务提供者信息 .....	11
UnitedHealthcare 网络药房福利 – 限 2010-1716-5 .....	11
意外身故与伤残福利 .....	13
产检 .....	13
强制规定福利 .....	13
精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利 .....	13
子女健康筛检服务的福利 .....	14
先天性或遗传出生缺陷治疗的康复服务福利 .....	14
糖尿病福利 .....	14
临终关怀的福利 .....	15
结直肠癌筛检福利 .....	15
细胞学筛检与乳房 X 光摄影检查的福利 .....	15
前列腺癌筛检福利 .....	15
急诊室看诊时自愿 HIV 筛检的福利 .....	15
Scholastic Emergency Services: 全球紧急医疗协助 .....	16
大专院校学生支持计划 .....	17
福利协调 .....	17
生效与终止日期 .....	17
保险终止后的福利延伸 .....	17
网上获取帐户信息 .....	封底
理赔程序 .....	封底

## 隐私权政策

---

我们理解您的隐私权对您至关重要，并且致力于保护您非公开个人信息的机密性。除非法律允许或是法律要求，否则我们绝不会透露顾客或前顾客的非公开个人信息。我们相信我们采用了适当的实体、电子以及程序保障以确保您非公开个人信息的安全。您可以拨打我们的免费电话 1-888-344-6017 索取一份隐私权实施条例，或到我们的网站查询，网址：[www.uhcsr.com](http://www.uhcsr.com)。

## 资格

---

持有有效护照及各类签证、未申请在美国永久居留、参加选择性实习训练、实习、教学与研究的国际学生、学者、交流计划参加者均有资格投保，可选择普通计划 2010-1716-3 或一等计划 2010-1716-5。包括来自下列国家与地区者：中国、韩国、日本、马来西亚、新加坡、印尼、菲律宾、缅甸、越南、柬埔寨、老挝、文莱、朝鲜、蒙古，以及香港、澳门和台湾地区。

学生至少必须在购买保险后的 31 天中保持良好的出勤率。自修、函授、网络及电视课程不适用于受保资格所要求的良好出勤率。本公司保留调查学生身份及出勤记录的权利，以确认学生是否符合保单资格的要求。如发现不符合保单资格的情况，本公司唯一的义务是退还保费。

符合资格的学生若投保，也能为其受抚养人投保。符合资格的受抚养人包括居民配偶，以及 19 岁以下的未婚子女或 23 岁以下就读于受认可的高等学府全日制学生且不能自谋生計的居民未婚子女。受抚养人与被保学生的资格会同时到期。

## 选择计划

---

每名符合资格的学生都可以选择其中一个福利计划。一等计划 2010-1716-5 的福利多于普通计划 2010-1716-3，但保费也较高。请仔细选择，在保单年度首次购买计划之后，您不能升级或降级您的保险。

## 住院前通知

---

在所有住院之前，您必须先通知 UMR Care Management。

- 1. 非医疗紧急情况住院的预先通知：**病患、医师或是医院最迟应在预定入院日期的五个工作日前致电 1-877-295-0720。
- 2. 医疗紧急情况住院通知：**病患、病患代表、医师或是医院应在住院后的两个工作日内致电 1-877-295-0720，告知任何因医疗紧急情况所导致的住院需求。

UMR Care Management 接听住院前通知电话的时间是中部标准时间星期一至星期五上午 8 点至下午 6 点。除此时段外，您可致电客户服务部并留言，电话：1-877-295-0720。

**请注意：**未遵守通知程序并不妨碍取得本保单的福利；但提前通知并不保证可得到福利给付。

## 普通计划 2010-1716-3

### 医疗费用福利表

### 终身最高福利 \$300,000

### 按下述规定支付 (每次受伤或疾病)

### 首选医疗服务提供者扣除额 \$45 (每次受伤或疾病)

### 网络外医疗服务提供者扣除额 \$300 (每次受伤或疾病)

被保人若因受保伤害或疾病遭受损失，本保单可提供一般惯例收费的福利，每次受伤或疾病以终身最高福利 \$300,000 为限。

**首选医疗服务提供者：**达到扣除额标准后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 80%，最高至 \$25,000。在本公司给付达 \$25,000 之后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 100%，每次受伤或疾病不超过终身最高福利 \$300,000。

**网络外：**达到扣除额标准后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 60%，最高至 \$25,000。在本公司给付达 \$25,000 之后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 80%，每次受伤或疾病不超过终身最高福利 \$300,000。

本计划的首选医疗服务提供者均为 UnitedHealthcare Choice Plus 的成员。

**首选医疗服务提供者的受保医疗费用：**若是接受首选医疗服务提供者的照护，任何受保医疗费用均以首选医疗服务提供者的福利标准给付。若网络区域没有首选医疗服务提供者，以首选医疗服务提供者福利所示的福利标准给付。若受保医疗费用因医疗紧急情况所致，以首选医疗服务提供者的福利标准给付。所有其它情况下，若您使用网络外医疗服务提供者，您的福利将会减少或降低。

**学生健康中心：**在学生健康中心提供的受保医疗费用将以首选医疗服务提供者的福利级别给付。在学生健康中心提供门诊医师看诊和 X 光及化验福利的受保医疗费用，可免保单扣除额与每次门诊共付额 \$20。

**扣除额：**如果有一名以上的被保家人在同一个事故中受伤或在 30 天内感染同一种传染病，仅适用一次扣除额。每一个被保人都将符合最高福利的资格。

除下列说明之外，所有福利上限为首选医疗服务提供者和网络外的总和。每次服务均按照以下表格所示，以最高福利为给付上限。受保医疗费用包括：

PA = 首选补贴

U&C = 一般惯例收费

住院	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
医院费用，每日双人病房费用；医院提供的一般护理照护；医院杂费，例如手术室、化验、X 光检查、麻醉、药物 (在家服用的药物除外) 或药品、治疗服务和用品的费用。在计算福利计划给付的住院天数时，入院日需计算在内，但不包括出院日。	PA	U&C / 每天累计以 \$2,000 为限
重症监护 / 医院费用	给付计入医院费用内	
例行新生儿照护，住院期间的例行新生儿照护，以及出生后立即提供的例行育婴室照护。	比照其它疾病给付 / 以自然分娩 48 小时 / 剖腹产 96 小时为上限	

住院	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
<b>物理治疗</b>	给付计入医院费用内	
<b>手术费用</b> ，按照 Ingenix 所提供的资料。若在同一手术过程中，针对同一切口或此手术紧接的后续程序进行两次或两次以上的程序，给付上限不会超过第二次程序费用的 50% 以及所有后续程序的 50%。	PA	U&C
<b>手术助理</b>	PA	U&C
<b>麻醉师</b> ，与住院手术相关的专业服务。	PA	U&C
<b>注册护士服务</b> ，私人护理。	PA	U&C
<b>医师看诊</b> ，与手术相关时则本福利不适用。	PA	U&C
<b>住院前检验</b> ，给付期间为入院前的 3 个工作日内。	给付计入医院费用内	
<b>心理治疗</b> ，本福利看诊以一天一次为限。	参阅精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利	
门诊		
<b>手术费用</b> ，按照 Ingenix 所提供的资料。若在同一手术过程中，针对同一切口或此手术紧接的后续程序进行两次或两次以上的程序，给付上限不会超过第二次程序费用的 50% 以及所有后续程序的 50%。	PA	U&C
<b>日间手术杂费</b> ，和安排在医院进行的手术有关，包括手术室的费用；化验和 X 光检查，包括专业费用；麻醉；药物或药品；和用品。日间手术杂费的一般惯例收费是根据门诊手术机构收费索引制定。	PA	U&C / 以 \$5,000 为限
<b>手术助理</b>	PA	U&C
<b>麻醉师</b> ，与门诊手术相关的专业服务。	PA	U&C
<b>医师看诊</b> ，与手术或物理治疗相关则不适用于医师看诊的福利规定。	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$20	U&C / 每次扣除额 \$20

门诊	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
<b>物理治疗</b> ，本福利看诊以一天一次为限。其它物理治疗限制规定，请参阅排除项目第 13 项。	给付计入医师看诊内	
<b>诊断 X 光检查与化验服务</b>	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$20	U&C / 每次扣除额 \$20 / 每次受伤或疾病以 \$400 为限
<b>医疗紧急情况费用</b> ，急诊室和用品的使用。治疗必须在受伤或疾病首次发作的 72 小时内进行。若住院可免共付额 / 扣除额。	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$50	U&C 的 100% / 每次看诊扣除额 \$50
<b>注射</b> ，若在医师诊所进行，且在医师开立的帐单中。	PA	U&C
<b>测试与程序</b> ，由医师进行的诊断服务及医疗程序，不含医师看诊、物理治疗、X 光和化验程序。	PA	U&C
<b>放射线治疗与化疗</b>	PA	U&C
<b>心理治疗</b> ，包括精神与神经障碍导致的所有相关费用或辅助费用。本福利看诊以一天一次为限。	参阅精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利	
<b>处方药</b>	无福利给付	无福利给付
其它		
<b>救护服务</b>	PA	U&C
<b>耐用医疗器材</b> ，申请理赔时必须附处方笺。器材更换不属于承保范围。	PA	U&C
<b>医师咨询费用</b> ，当主诊医师要求并核准时。	PA	U&C
<b>牙齿治疗</b> ，健康天然齿受伤所需的治疗。	U&C	U&C 的 80%
<b>产检 / 妊娠并发症</b>	比照其它疾病给付	
<b>选择性流产</b>	PA	U&C
<b>家庭健康照护</b> ，每天 \$75 / 40 天为限	PA	U&C
<b>高费用程序</b> ，适用于费用超过 \$500 的门诊程序，包括但不限于 C.A.T. 扫描、磁共振血管成像 (MRI) 及激光治疗。	PA	U&C

## 一计划 2010-1716-5

### 医疗费用福利表

#### 终身最高福利 \$300,000

#### 按下述规定支付 (每次受伤或疾病)

#### 首选医疗服务提供者扣除额 \$45 (每次受伤或疾病)

#### 网络外医疗服务提供者扣除额 \$300 (每次受伤或疾病)

被保险人若因受保伤害或疾病遭受损失，本保单可提供一般惯例收费的福利，每次受伤或疾病以终身最高福利 \$300,000 为限。

**首选医疗服务提供者：**达到扣除额标准后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 100%，最高至 \$2,500。在本公司给付达 \$2,500 之后，给付的福利将是受保医疗费用的 90%，最高至 \$25,000。在本公司给付达 \$25,000 之后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 100%，每次受伤或疾病不超过终身最高福利 \$300,000。

**网络外：**达到扣除额标准后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 70%，最高至 \$25,000。在本公司给付达 \$25,000 之后，给付的福利将是已发生受保医疗费用的 80%，每次受伤或疾病不超过终身最高福利 \$300,000。

本计划的首选医疗服务提供者均为 UnitedHealthcare Choice Plus 的成员。

**首选医疗服务提供者的受保医疗费用：**若是接受首选医疗服务提供者的照护，任何受保医疗费用均以首选医疗服务提供者的福利标准给付。若网络区域没有首选医疗服务提供者，以首选医疗服务提供者福利所示的福利标准给付。若受保医疗费用因医疗紧急情况所致，以首选医疗服务提供者的福利标准给付。所有其它情况下，若您使用网络外医疗服务提供者，您的福利将会减少或降低。

**学生健康中心：**在学生健康中心提供的受保医疗费用将以首选医疗服务提供者的福利级别给付。在学生健康中心提供门诊医师看诊和 X 光及化验福利的受保医疗费用，可免保单扣除额与每次门诊共付额 \$20。

**扣除额：**如果有一名以上的被保家人在同一个事故中受伤或在 30 天内感染同一种传染病，仅适用一次扣除额。每一个被保人都将符合最高福利的资格。

除下列说明之外，所有福利上限为首选医疗服务提供者和网络外的总和。每次服务均按照以下表格所示，以最高福利为给付上限。受保医疗费用包括：

PA = 首选补贴

U&C = 一般惯例收费

住院	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
医院费用，每日双人病房费用；医院提供的一般护理照护；医院杂费，例如手术室、化验、X 光检查、麻醉、药物（在家服用的药物除外）或药品、治疗服务和用品的费用。在计算福利计划给付的住院天数时，入院日需计算在内，但不包括出院日。	PA	U&C
重症监护 / 医院费用	给付计入医院费用内	
例行新生儿照护，住院期间的例行新生儿照护，以及出生后立即提供的例行育婴室照护。	比照其它疾病给付 / 以自然分娩 48 小时 / 剖腹产 96 小时为上限	

住院	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
<b>物理治疗</b>	给付计入医院费用内	
手术费用，按照 Ingenix 所提供的资料。若在同一手术过程中，针对同一切口或此手术紧接的后续程序进行两次或两次以上的程序，给付上限不会超过第二次程序费用的 50% 以及所有后续程序的 50%。	PA	U&C
<b>手术助理</b>	PA	U&C
<b>麻醉师</b> ，与住院手术相关的专业服务。	PA	U&C
<b>注册护士服务</b> ，私人护理。	PA	U&C
<b>医师看诊</b> ，与手术相关时则本福利不适用。	PA	U&C
<b>住院前检验</b> ，给付期间为入院前的 3 个工作日内。	给付计入医院费用内	
<b>心理治疗</b> ，本福利看诊以一天一次为限。	参阅精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利	
<b>门诊</b>		
手术费用，按照 Ingenix 所提供的资料。若在同一手术过程中，针对同一切口或此手术紧接的后续程序进行两次或两次以上的程序，给付上限不会超过第二次程序费用的 50% 以及所有后续程序的 50%。	PA	U&C
<b>日间手术杂费</b> ，和安排在医院进行的手术有关，包括手术室的费用；化验和 X 光检查，包括专业费用；麻醉；药物或药品；和用品。日间手术杂费的一般惯例收费是根据门诊手术机构收费索引制定。	PA	U&C
<b>手术助理</b>	PA	U&C
<b>麻醉师</b> ，与门诊手术相关的专业服务。	PA	U&C
<b>医师看诊</b> ，与手术或物理治疗相关则不适用于医师看诊的福利规定。	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$20	U&C / 每次扣除额 \$20
<b>物理治疗</b> ，本福利看诊以一天一次为限。其它物理治疗限制规定，请参阅排除项目第 13 项。	给付计入医师看诊内	
<b>诊断 X 光检查与化验服务</b>	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$20	U&C / 每次扣除额 \$20 / 每次受伤或疾病以 \$800 为限

门诊	首选医疗服务提供者	网络外医疗服务提供者
医疗紧急情况费用，急诊室和用品的使用。治疗必须在受伤或疾病首次发作的 72 小时内进行。若住院可免共付额 / 扣除额。	PA 的 100% / 每次看诊共付额 \$50	U&C 的 100% / 每次看诊扣除额 \$50
注射，若在医师诊所进行，且在医师开立的帐单中。	PA	U&C
测试与程序，由医师进行的诊断服务及医疗程序，不含医师看诊、物理治疗、X 光和化验程序。	PA	U&C
放射线治疗与化疗	PA	U&C
心理治疗，包括精神与神经障碍导致的所有相关费用或辅助费用。本福利看诊以一天一次为限。	参阅精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利	
处方药，每保单年度以 \$1,000 为限	UnitedHealthcare 网络药房 (UHPS) / 1 级：每次处方扣除额 \$15 / 2 级：每次处方扣除额 \$25 / 3 级：每次共同保险金 40% / 每次处方以 31 天药量为限	无福利给付
其它		
救护服务	PA	U&C
耐用医疗器材，申请理赔时必须附处方笺。器材更换不属于承保范围。	PA	U&C
医师咨询费用，当主治医师要求并核准时。	PA	U&C
牙齿治疗，健康天然齿受伤所需的治疗。	U&C	U&C 的 90%
产检 / 妊娠并发症	比照其它疾病给付	
选择性流产	PA	U&C
家庭健康照护，每天 \$75 / 40 天为限	PA	U&C
高费用程序，适用于费用超过 \$500 的门诊程序，包括但不限于 C.A.T. 扫描、磁共振血管成像 (MRI) 及激光治疗。	PA	U&C

## 终身最高福利

根据本保单以及所有以前年度保单向被保险人支付的任何一次受伤或疾病的金额都将视为终身最高福利的累积付款。终身最高福利将不会超过从 \$300,000 减去根据核发给纽约中国留学服务中心的任何学生受伤与疾病保单向被保险人支付的任何一次受伤或疾病的全部金额所得出的金额。

## 排除及限制项目

福利给付不适用于：a) 由以下情况造成、引起或导致的损失或开支；或 b) 因应以下情况所需或相关的治疗、服务或用品：

1. 整容程序，但用以矫正新生儿或养子女所受伤害的整容手术，其费用由保单另行支付者除外；
2. 监护照护；在下列处所提供的照护：疗养院、健康度假村、养老院、中途之家、大专医务室或主要用于居住或监护照护的地方；治疗延长照护或提供居住或监护照护的物质滥用机构；
3. 牙齿治疗，但健康天然齿意外受伤除外；
4. 选择性手术或选择性治疗；
5. 眼睛检查、眼睛屈光度、眼镜、隐形眼镜、眼镜或隐形眼镜的验光或验配、视力矫正手术，或其它视力缺陷及问题的治疗，但因疾病过程所需者除外；
6. 足部照护包括：扁平足、鸡眼、老茧、足弓下陷、足无力、慢性足劳损、足部不适症的护理；
7. 听力检查或助听器；或听力缺陷与病症的其他治疗，但子女健康筛检服务福利中明确规定者或因受伤引发者除外。“听力缺陷”指妨碍正常听力的任何耳部生理缺陷，疾病过程引发者除外；
8. 免疫接种，但保单明确提供者除外；预防性药物或疫苗，因治疗受保伤害所需者除外；
9. 根据任何劳工赔偿或职业疾病法律或法案，或类似立法规定，已给付或能够获得给付的受伤或疾病；
10. 机动车事故所造成的伤害，且受伤程度已根据其它任何有效且可领回的保险给付福利或能够获得给付；
11. 以下期间的受伤：(a) 参加任何校际或职业运动比赛或竞赛期间；(b) 作为参赛人员，往返此类比赛或竞赛的路途中；或 (c) 参加此类比赛或竞赛的练习或训练期间；
12. 调查服务；
13. 门诊物理治疗；但以下病况除外：1) 在物理治疗前 30 天内需要手术或住院，或 2) 在主治医师同意出院康复后 30 天内需要手术或住院；但先天性或遗传出生缺陷治疗的康复服务福利中明确规定者除外；
14. 参加暴乱或民事骚乱、犯重罪或企图犯重罪；

15. 既有病况，但享有学校学生保单承保至少连续 12 个月的个人除外；如果个人：(1) 享有下述的“前一计划”的承保；以及 (2) 该承保持续至个人本保单下生效日期前 63 天内的任何一个日期，“前一计划”中的承保时间将计入提供既有病况福利所需的连续 12 个月内。“前一计划”是指任何意外事故和健康保单或证明、非营利医院或医疗服务公司、HMO、MEWA 的计划、或另一福利协议提供的计划，包括提供医疗福利或健康照护的政府计划或方案。不包括 Medicare 补充计划；
16. 不住院时调配或购买的处方药；(限 2010-1716-3)；
17. 以下处方药、服务或用品 (限 2010-1716-5)：
  - a) 治疗装置或用具，包括：皮下注射针、注射器、支撑衣物和其他非医疗物质，不论其使用目的；(但在糖尿病的福利中明确规定者除外)；
  - b) 节育和(或)避孕药具，口服或其他，不论是药物还是装置，也不论其使用目的；
  - c) 用于门诊的免疫接种剂、生物血清、血液或血液制品；
  - d) 标有“Caution - limited by federal law to investigational use” (警告 - 联邦法律规定仅限于调查使用) 的药物或试验性药物；
  - e) 用于美容目的的产品；
  - f) 治疗秃头的药物；用来强身的合成类固醇；
  - g) 食欲抑制剂—用来控制体重的药物；
  - h) 生育剂或壮阳药，如 Parlodel、Pergonal、Clomid、Profasi、Metrodin、Serophene 或 Viagra；
  - i) 成长激素；或
  - j) 超过指定量或在处方日一 (1) 年后补充的药品；
18. 例行新生儿照护、健儿育婴室以及自然分娩超过 48 小时、剖腹生产超过 96 小时情况下的相关医师费用；
19. 例行体检和例行检测、预防性检测或治疗、没有受伤或患病情况下所做的筛检或检测但保单中明确规定者除外；但“子女健康筛检服务福利”中明确规定者除外。
20. 由保单持有者的健康服务所提供的不收费服务；或由学生健康费用所承保或提供的服务；
21. 搭乘任何飞机，但搭乘定期民航班机除外；
22. 在心智健全或不健全情况下自杀或企图自杀，或故意自我伤害；
23. 用品，但保单明确规定者除外。
24. 战争或任何战争行动，无论是否正式宣战；或在任何国家的武装部队里 (不属于承保范围的这段期间可以申请按日计算退还保费)。

## 定义

---

**受伤**指身体的伤害，包括：1) 因直接与另一身体或物体的具体事故接触而造成；2) 与任何病理、机能或结构障碍无关；3) 损失的来源；4) 在事故发生后的 30 天内接受医师治疗；以及 5) 在被保人由本保单承保期间仍持续。在同一事故中造成的所有伤害，包括相关病况和这些伤害反复出现的病症，都视为一种伤害。伤害并不包括全部或部分、直接或间接由疾病或体弱而引发的损失。在本保单生效日之前发生的伤害而引起的受保医疗费用，将依据保单的疾病标准处理。

**医疗紧急情况**是指发生突然、严重以及意料之外的疾病或受伤。若不立即医治，普通正常人认为这种病症会导致：

- 1) 死亡；
- 2) 危及被保人的健康；
- 3) 严重损害身体功能；
- 4) 任何身体器官或部位的严重功能障碍；或
- 5) 若为孕妇，严重危及胎儿的健康。

只给付符合以上条件的疾病或受伤所产生的“医疗紧急情况”费用。不给付轻伤或小病的此类费用。

**既有病况**指被保人保单投保日期前 6 个月内医师已建议或提供了医疗建议、诊断、照护或治疗的任何病症。“既有病况”不包括怀孕。

**疾病**是指被保人罹患的疾病，且该疾病在本保单承保期间内发生并造成被保人的损失。所有相关病症以及相同或类似病况反复发生的病况都视为一种疾病。在本保单生效日之前受伤而引起的受保医疗费用，将依据保单的疾病标准处理。

**一般惯例收费**是指合理的收费，即 1) 与类似服务和用品收费比较之下合乎一般惯例的收费；以及 2) 对在服务提供所在地出现类似医疗病况者所收取的合理费用。本公司若判定费用超出一般惯例收费，本保单将不给付任何费用。

## 首选医疗服务提供者信息

---

“**首选医疗服务提供者**”为以议定价格提供特定医疗照护的签约医师、医院和其它医疗健康照护提供者网络。当地校区的首选医疗服务提供者为：UnitedHealthcare Choice Plus。

特定医疗服务提供者的可获取性可随时变动，恕不另行通知。被保险人应始终致电 1-888-344-6017、访问 [www.uhcsr.com/nyservicecenter](http://www.uhcsr.com/nyservicecenter) 和 (或) 在预约服务时询问医疗服务提供者，以确认在需要服务时，某一首选医疗服务提供者是否为签约医疗服务提供者。

“**首选补贴**”指首选医疗服务提供者接受的受保医疗费用全额付款的金额。

“**网络外**”医疗服务提供者并未同意任何议定的费用表。若接受网络外医疗服务提供者的服务，被保险人可能需承担大笔的自费额。超过保险给付金额的费用将由您承担。

“**网络区域**”是指列名被保险人就读的当地校园方圆 50 英里内的区域。

不论使用何种医疗服务提供者，每位被保人均需负责支付扣除额。必须在达到扣除额标准后方能取得福利给付。本公司将根据福利表中的限制给付福利。

### 住院费用

**首选医院** – 在首选医院符合资格的住院费用，将根据福利表规定的共同保险金百分比给付，给付上限依照福利表规定。如需首选医院的信息，请致电 1-888-344-6017。

**网络外医院** – 若由非首选医疗服务提供者的医院提供照护，符合资格的住院费用会依照医疗费用福利表的福利限制给付。

### 门诊费用

首选医疗服务提供者可能会提供门诊医院费用的折扣。福利给付依照福利表规定。被保险人负责支付超过福利表中所示福利的任何金额，以首选补贴为限。

### 专业及其它费用

UnitedHealthcare Choice Plus 所提供的受保医疗费用的福利，会根据福利表规定的共同保险金百分比给付，或是以福利表的限制为限。所有其它医疗服务提供者都会依照福利表的福利限制获得给付。

## UnitedHealthcare 网络药房福利 限 2010-1716-5

---

我们处方药列表 (PDL) 上的门诊处方药由 UnitedHealthcare 网络药房调配时，可给付福利。福利需符合供给限制和共付额 / 共同保险金，根据门诊药物在 PDL 上指定的层级不同而不同。某些处方药需要您的医师通知我们，以核实此类药物是否在您的福利给付范围之内。

您负责支付适用的共付额 / 共同保险金。您的共付额 / 共同保险金由处方药在 PDL 上所分配的层级来确定。层级状态可能定期变动，恕不另行通知。请访问 [www.uhcsr.com](http://www.uhcsr.com) 或致电 1-877-417-7345，了解最新层级状态。

- 1 级处方药每次领取或补充共付额 \$15，以 31 天供给为限。
- 2 级处方药每次领取或补充共付额 \$25，以 31 天供给为限。
- 3 级处方药每次领取或补充共同保险金 40%，以 31 天供给为限。

您的允许福利上限为每个保单年度 \$1,000。

在网络药房领取处方药时，请出示并使用您的会员卡。如果您未在网络药房领取处方药，您将负责支付处方药的全额费用。

如果您未出示会员卡，您需要支付处方药的费用，然后提交网络药房领取的处方药补偿申请表，并附上付款收据，才能获得补偿。如需获得补偿申请表或了解邮购处方药或网络药房的信息，请访问 [www.uhcsr.com](http://www.uhcsr.com) 并登录您的网上帐户或致电 877-417-7345。

### 其他排除项目

除保单上的排除与限制项目以外，以下排除项目适用：

1. 超过供给限制的调配量（供给天数或数量限制）的处方药产品的给付。
2. 实验性或调查性服务或未经证实的服务或药品；用于实验性适应症和（或）剂量范围经本公司判定为实验性、调查性或未经证实的药品。
3. 未包含获得美国食品药品监督管理局核准的至少一种成分、并且需要处方或补充处方的复方药物。作为类似市场销售处方药产品而提供的复方药物。包含至少一种需要处方或补充处方的成分的复方药物指定为 3 级。
4. 在调配之前，根据联邦法律或州法律，不需要处方或补充处方即可在柜台上出售的药物，除非本公司规定该非处方药物符合给付资格，是作为处方药产品根据医师处方或补充处方领取的。可以在柜台上获得的处方药产品，或包含柜台上可购买的成分或同等成分的处方药产品。本公司判定在治疗方面与柜台上出售药物同等的处方药产品。在一个日历年内可最多做出六次这类判定，而且本公司可随时决定恢复之前根据本规定排除在外的处方药产品的福利。
5. 其主要用途为营养、营养补充品或疾病食疗管理的产品，即使是用于治疗受伤或疾病。

### 定义：

**处方药或处方药产品**是指经美国食品药品监督管理局核准的药品、产品或装置，并且根据联邦法律或州法律，只能根据处方或补充处方调配者。处方药产品包括的药品因其特性而适合自行服用或由非专业的看护人用药。为本保单福利方便起见，本定义包括胰岛素。

**处方药列表**是指一份经美国食品药品监督管理局核准的药品、产品或装置按层级分类的列表。本列表由本公司定期审查并修改（一般每季度进行一次，但每一个日历年不会超过六次）。被保人可上网访问 [www.uhcsr.com](http://www.uhcsr.com) 或致电 1-877-417-7345，以确定某一处方药产品的层级。

## 意外身故与伤残福利

---

### 丧失生命、四肢或视力

如果这类受伤与所有其他原因无关，并在受伤日期后 180 天内导致以下特定损失之一，本公司将给付以下适用的金额。本福利下的给付不会超过保单最高福利。

#### 丧失：

生命 .....	\$15,000
两个或更多身体部位 .....	\$ 7,500
一个身体部位 .....	\$ 3,000
拇指或食指 .....	\$ 3,000

身体部位指手、手臂、足、腿或眼睛。丧失指手或手臂以及足或腿在手腕或脚踝处或以上切断；眼睛方面指完全且不可复原的视力丧失。一次受伤仅给付一个特定身体部位丧失（最大者）。

### 产检

---

本保单不给付例行的、预防性或筛检性检查或检验，除非根据病历确定是医疗所需的。如果符合所有其他保单规定，将考虑以下例行产检和筛检性检查。这包括孕检、一般血液计数检查 (CBC)、乙肝表面抗原、风疹测试、梅毒测试、衣原体、艾滋病病毒、淋病、弓形体病、血型测试、RH 因子血液抗体测试、尿液分析、尿液细菌培养、微生物核酸探针、宫颈涂片检查，以及血糖测验（妊娠期第24-28周）。不需要额外诊断，每次怀孕即可享受一次超声波检查。如果递交理赔申请并附有能证实医疗必要性的怀孕记录和超声波检查报告，额外的超声波检查也可予以考虑。此外，35岁以上的孕妇可享受以下检验：羊膜穿刺术 / 胎儿球蛋白测试以及染色体测试。可给付胎儿应激反应测试。不给付孕妇维生素。如需了解产检详情，请致电 1-888-344-6017 联系本公司。

### 强制规定福利

---

#### **精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利**

精神与神经障碍、酗酒以及药物依赖的福利将比照其他疾病的标准给付，但需符合保单的所有条款和条件以及下列限制规定。

受保医疗费用将限于医疗、非医院住宿机构、门诊治疗机构、医师、心理医师或独立临床社工提供的住院、住宿以及门诊服务。在被保人有资格获得本福利给付之前，医师、心理医师或独立临床社工必须：1) 证明此人患有药物滥用、酒精滥用或精神与神经障碍；2) 证明治疗是医疗所需的或心理上所需的；以及 3) 建议适当的治疗，包括转诊到其他治疗服务提供者。

受保医疗费用将限于给付最新版的“美国精神病协会诊断与统计手册国际疾病分类”确定的具有重大临床意义的物质使用障碍或精神疾病的治疗。

对于帮助药物或酒精中毒或依赖或两者兼有的个人消除身体内的麻醉剂，同时将病患面临的心理风险减至最小这一过程所需的时间，每个保单年度给付的福利不会超过 12 天的上限。将提供额外的酗酒和药物依赖治疗，但住院或住宿照护在每个保单年度不会超过 60 天，每个保单年度的前 40 次门诊看诊以 75% 为限，该保单年度随后的门诊看诊以 60% 为限。

将提供精神与神经障碍治疗的福利给付，但住院或住宿照护在每个保单年度不会超过 60 天，每个保单年度的前 40 次门诊看诊以 75% 为限，该保单年度随后的门诊看诊以 60% 为限。精神与神经障碍治疗的住院与门诊福利给付不会超过终身最高福利 \$80,000 或任何其他疾病终身最高福利的三分之一，以金额最大者为准。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

### **子女健康筛检服务的福利**

与年龄相称的统一健康筛检要求的福利将比照其他疾病的标准给付，包括向特区内出生至 21 岁的被保险人提供的符合美国儿科学会标准和日程的儿童期免疫接种，以及为特殊需要的被保险人提供的州外服务。

为本福利方便起见，有特殊需要的被保险人是指符合以下条件的被保险人：1) 因哥伦比亚特区没有适合治疗被保人身体或精神残疾或疾病的设施、资源或服务，在其他州居住或接受照护、患有身体或精神残疾或疾病的被保险人；以及 2) 其父母或法定监护人居住在哥伦比亚特区。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

### **先天性或遗传出生缺陷治疗的康复服务福利**

先天性或遗传出生缺陷治疗的康复服务福利将比照其他疾病的标准给付，至 21 岁。

为了本福利方便起见：

先天性或遗传出生缺陷是指：出生时即存在或因出生造成的缺陷，包括遗传缺陷。包括自闭症或泛自闭症障碍以及脑瘫。

康复服务是指：治疗患有先天性或遗传出生缺陷的儿童以提高被保险人活动能力的服务，包括职业治疗、物理治疗和言语治疗。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

### **糖尿病福利**

由具有开处方法律资格的医师开立的、治疗胰岛素依赖型、胰岛素使用型、妊娠型及非胰岛素使用型糖尿病的设备、用品以及其他门诊自我管理训练和教育，包括营养治疗，其福利将比照其它疾病的标准给付。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

## **临终关怀的福利**

根据美国儿科学会和美国妇产科医师学会编制的“孕前照护指南”或美国妇产科医师学会编制的“妇产科服务标准”的最新版或正式更新中所述的医学标准，产后住院治疗福利将比照其他疾病的标准给付，这类给付必须包括自然分娩后至少 48 小时和剖腹产后至少 96 小时的住院。

在上述规定的最短时间内提前出院，按照医师与被保人商量后的决定，在被保人家中或在医师诊所进行产后照护的所有情况均会提供福利给付。家中产后照护应由医师提供，包括具备母子健康照护经验的注册专业护士、护士执业人员、助产士或医师助理。

- 1) 亲职教育；
- 2) 哺乳或奶瓶喂乳的协助与训练；以及
- 3) 执行任何医疗必需和适当的临床检验，包括新生儿的遗传和代谢筛检的充分样本收集。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

## **结直肠癌筛检福利**

被保人的结直肠癌筛检福利将比照其他疾病的标准给付。筛检应符合美国癌症学会最新的结直肠癌筛检准则。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

## **细胞学筛检与乳房 X 光摄影检查的福利**

比照其它疾病的标准给付下列福利：1) 经主诊医师证明检验具有医疗必要性时，女性的宫颈细胞学筛检；以及 2) 女性的基线乳房 X 光摄影和年度乳房 X 光摄影。所有这类服务必须符合医学执业标准。所有福利均需符合本保单的条款和条件，不包括本保单的扣除额和共同保险金规定。

## **前列腺癌筛检福利**

前列腺癌筛检的福利将根据美国癌症学会颁布的最新筛检准则，比照其他疾病的标准给付。

福利给付必须遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

## **急诊室看诊时自愿**

被保人在医院急诊科接受 HIV 筛检以外的紧急医疗服务时完成的自愿 HIV 筛检的费用将给付福利，不管 HIV 筛检是否是治疗导致被保人寻求急诊服务的紧急医疗情况所需的。福利应包括一次急诊科 HIV 筛检；执行检测的费用，分析检测结果的所有化验费用；将检测结果通知被保人的费用，以及随后任何适用的获得健康照护及支持性服务的说明。福利给付不得遵守本保单所有扣除额、共付额、共同保险金、限制项目或任何其它条款的规定。

HIV 筛检应指检测人类免疫缺陷病毒或获得性免疫缺陷综合征的任何其它已鉴别出的病原体，检测方法是：

- a) 通过用口腔拭子擦拭病人的牙龈、刺指验血进行的快速检测、其它适合的快速检测，以及
- b) 如结果为阳性，进行额外的验血，提交给化验室以确认快速检测的结果。

## **Scholastic Emergency Services, Inc.:** **全球紧急医疗协助**

---

如果您是本保险计划承保的学生，您及您的被保配偶与未成年子女有资格获得 Scholastic Emergency Services (SES) 服务。获得这些服务的要求如下：

国际学生、被保配偶及被保未成年子女：您有资格在全球范围内获得 SES 服务，但在您的母国除外。

SES 服务包括符合美国国务院规定的紧急医疗运送和遗体送返服务。紧急医疗运送服务并非是为了替代或取代当地急诊服务，例如通过 911 急救电话请求的救护。所有 SES 服务必须由 SES, Inc. 安排和提供。未经 SES, Inc. 安排的任何服务将不考虑给付。

### **主要服务包括：**

- \* 医疗咨询、评估和转诊
- \* 处方援助
- \* 外国医院住院保证
- \* 重症监控
- \* 紧急医疗运送
- \* 遗体送返
- \* 医疗监控遣返
- \* 与病患会合的运输服务
- \* 紧急咨询服务
- \* 口译员和法律转介
- \* 行李或文件遗失援助
- \* 由于医疗事故而无人照顾的未成年儿童照护

请登录您的 [www.uhcsr.com](http://www.uhcsr.com) 网上帐户，以查询关于 SES 全球紧急支持服务的其它信息，包括服务详情与计划的排除和限制项目。

**(877) 488-9833** (美国境内免费)

**(609) 452-8570** (美国境外，对方付费电话)

亦可通过电子邮件 [medservices@assistamerica.com](mailto:medservices@assistamerica.com) 获取服务。致电 SES 作业中心时，请提供：

1. 致电者姓名、电话、传真号码(若可能)以及与病患的关系；
2. 病患姓名、年龄、性别及参考号码；
3. 病患的病况描述；
4. 医院名称、地点及电话号码(若适用)；
5. 主诊医师的姓名和电话号码
6. 可立即联系医师的通讯资料。

SES 不是旅行险或医疗险，而是紧急医疗支持服务的提供者。所有医疗费用都要提交给您的健保计划，并遵守您健康承保的保单限制。所有协助服务必须由 SES, Inc. 安排和提供。不接受针对非 SES 提供的服务提出的补偿理赔。详情请参阅 [www.uhcsr/nyservicecenter](http://www.uhcsr/nyservicecenter) 上您的 SES 手册或计划指南，包括与 SES 计划相关的限制及排除项目。

## 大专院校学生支持计划

---

被保的参加者可拨打永久性会员卡上的电话号码，获取每周 7 天、一天 24 小时护士建议、健康信息以及心理咨询服务。大专院校学生支持计划成员包括注册护士和持照临床医师，帮助确认学生是否应该寻求医疗照护、需要法律/财务建议，或是否需要和人谈谈棘手的日常问题。

## 福利协调

---

我们会与其它团体医疗、手术或医院计划进行福利协调，让所有计划合计的给付不超过受保服务和用品所发生费用的 100%。

## 生效与终止日期

---

纽约中国留学服务中心存档的主保单于 2010 年 8 月 1 日生效。承保于缴交保费当期的第一天，或本公司（或授权代表）收到投保登记表和全额保费当日开始生效，以两者中日期较晚者为准。主保单于 2011 年 10 月 31 日终止。承保于当日或已付保费期间结束时终止，以两者中日期较早者为准。受抚养人的承保在被保学生的承保生效之前不会生效，也不会延期至被保学生的承保之后。每个保单年度购买的承保不得超过 12 个月。

如果缴纳 9 个月的保费，承保会在收到您的保费之后 9 个月到期。如果是按年度缴保费，承保会在收到您的保费之后一年到期。如果是半年缴保费，承保会在收到您的保费之后 6 个月到期。如果是按季度缴保费，承保会在收到您的保费之后 3 个月到期。如果是按月缴保费，承保会在收到您的保费之后 1 个月到期。每次支付保费续保时，您必须符合投保资格要求。为避免承保中断，必须在承保到期日后 14 天内收到您的保费。学生必须及时缴纳续保保费，以免承保中断。

本保单为不可续约型一年期保单。只有在应征入伍的情况下，您才能收到保费退款。

## 保险终止后的福利延伸

---

本保单提供的承保于终止日当天停止。然而，若被保险人因受保伤害或疾病在终止日当天依然必须住院并在终止日之前取得给付，则此伤害或疾病的受保医疗费用支付在病况持续时依然有效，但以终止日后的 90 天为限。

在此状况下，被保人在终止日前后因此病况所产生的给付总金额不可超过最高福利。

如果被保人也是核发给保单持有人的后续保单中的被保险人，本“福利延伸”规定不适用。

## 网上获取帐户信息

---

UnitedHealthcare StudentResources 被保险人可通过 [www.uhcsr.com/nyservicecenter](http://www.uhcsr.com/nyservicecenter) 网站上我的帐户页，在网上获取理赔状态、福利说明、通讯及承保信息。被保险人也可以从“我的帐户 (My Account)”打印临时会员卡、申请补发会员卡以及寻找网络医疗服务提供者。

如果您还没有网上帐户，只需在 [www.uhcsr.com/nyservicecenter](http://www.uhcsr.com/nyservicecenter) 网站首页点击“创建帐户 (Create an Account)”链接。然后按照屏幕上的说明，几分钟内就能轻松创建网上帐户。请注意，您需要 7 位数的会员卡号码，才能创建网上帐户。如果您已经有了网上帐户，只需登录 [www.uhcsr.com/nyservicecenter](http://www.uhcsr.com/nyservicecenter) 即可获取您的帐户信息。

## 理赔程序

---

若受伤或患病，学生应该：

1. 向学生健康服务报告以获得治疗，如果不在校内，向自己的医师或医院报告。
2. 将所有医疗和医院帐单连同病患姓名和被保学生的姓名、地址、学生证号码或保险证号码及被保学生的协会名称，邮寄至以下地址。申请理赔时不需要公司理赔表。
3. 在受伤或疾病首次治疗起 30 天内申请理赔。本公司需在服务后 90 日内收到帐单。除无法定行为能力之外，服务一年后才提交的帐单将不予给付。

### 本计划核保者：

UnitedHealthcare Insurance Company

### 所有理赔或咨询请寄至：

UnitedHealthcare StudentResources

P.O. Box 809025

Dallas, Texas 75380-9025

1-888-344-6017

[customerservice@uhcsr.com](mailto:customerservice@uhcsr.com)

[claims@uhcsr.com](mailto:claims@uhcsr.com)

### 中文服务中心联络信息

1-800-226-1311

请保存本手册做为保险的简介说明。纽约中国留学服务中心存档的主保单上包含您的全部保险福利条款、限制项目、排除项目和资格限制，其中有些可能不包括在此证明内。如果手册和保单之间有任何不同之处，福利给付以主保单为准。

### 本手册所依据的保单号码：

2010-1716-3 - 普通计划与 2010-1716-5 - 一等计划