

福利手册

（在以后页面中简称为“手册”）

Anthem PPO Plan

PPO 网络

University of California Student Health Insurance Plan

加利福尼亚州三藩市
学生和家属

2017-18

重要电话号码

加利福尼亚大学三藩市校区学生医疗和咨询服务中心

通过电话/预约: **1-415-476-1281**

咨询与心理辅导服务/咨询护士: **1-415-476-1281**

UC SHIP 会员服务部号码: **1-866-940-8306**

Wells Fargo Insurance Services: **1-800-853-5899**

Anthem Nurseline: **1-877-351-3457**

Future Moms: **1-866-664-5404**

地点

University of California, San Francisco

Box 0722

500 Parnassus Avenue, Millberry Union, P8 Level, Room 0005

San Francisco, CA 94143

University of California, San Francisco

Box 3015

1675 Owens Street, 3rd Floor, Room 330

San Francisco, CA 94158

UC SHIP 网站: www.ucop.edu/ucship

简介

尊敬的计划会员：

本福利手册向您描述当您和您的合格家属参加了由您的大学提供的 **University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)**（简称“计划”）时您所享有的福利。您应该仔细阅读本福利手册，了解计划的主要条款并保存好本手册，以便随时参考。对您的保险进行透彻的理解将让您能够明智地使用您的福利。如果您有与本手册中描述的福利有关的任何问题，请致电您的学生医疗和咨询服务中心或拨打 1-866-940-8306 致电 UC SHIP 会员服务部。

在 2017 至 2018 计划年度内，本福利手册中描述的计划福利仅适用于合格会员。医疗服务受本福利手册中规定的限制、除外条款、共付额、自付额和共同保险规则的约束。

本手册中使用的许多词语均具有特殊意义（比如，承保服务和病情需要）。这些词语首字母大写，并且在“定义”章节中作了定义。请查看这些定义，最大程度地理解本手册所述内容。在本福利手册的整个篇幅内，您还会看到“我们”、“我们的”、“您”和“您的”这些代词。词语“我们”和“我们的”是指报销管理人。词语“您”和“您的”是指会员、参保学生和各位已参保的家属。

如果您有与您的计划有关的任何问题，欢迎拨打 1-866-940-8306 致电会员服务部。同时还欢迎您查看报销管理人的网站 www.anthem.com，了解如何确定医疗服务提供者的地点、获取问题答案以及访问珍贵的医疗和健康贴士等信息。

重要提示：本手册不是已参保的福利手册。本福利手册或任何随附的附文或修正文案中描述的福利由 **University of California Student Health Insurance Plan** 资助，由其负责付款。**Anthem Blue Cross Life Health**（报销管理人）仅提供报销支付方面的管理服务，并且不会承担任何与报销有关的财务风险或责任。

您的大学已经同意接受 **Anthem** 的医疗服务提供者协议条款的约束，医疗服务提供者协议可能包括服务前审查和利用管理要求、福利协调、及时提交限制和其它用来管理本计划福利的其它要求。

Anthem 是一家依照 **Blue Cross and Blue Shield Association** 颁发的执照进行运营的独立公司，这让 **Anthem** 可以在加利福尼亚州使用 **Blue Cross** 和 **Blue Shield Service** 标记。虽然 **Anthem** 是报销管理人并且在加利福尼亚州获得许可，但是在全国范围内，您将可以获得参加了 **Blue Cross and Blue Shield Association BlueCard® PPO** 网络的医疗服务提供者提供的服务。**Anthem** 已经以自己的名义而非以协会代理的名义与 UC SHIP 签署了合约。

您的上诉权利

就这些上诉条款而言，“福利报销”是指请求获得计划所赋予的福利。该术语同时包括服务前和服务后报销。

- 服务前报销是指索取计划福利，而您还没有获得对应的福利或者您可能需要预先获得批准。
- 服务后报销是指任何其它索取计划福利的报销，而您已经获得了对应的服务。

如果您的报销被拒绝：

- 您将会收到一份书面拒绝通知；以及
- 您有权利获得充分和公正的拒绝审查。

根据适用的联邦法规，报销管理人要遵守的程序将能够保证充分和公正地进行审查。

不利福利决定通知

如果您的报销被拒绝，报销管理人的不利福利决定（拒绝）通知将包括：

- 足以确定有关报销的信息；
- 拒绝的具体原因；
- 报销管理人据以做出决定的具体的计划条款，以供参考；
- 一份对完成您的报销所需要的任何额外资料或信息的说明；
- 关于为什么需要额外资料或信息的解释；
- 计划的审查程序及这些程序适用的时间限制
- 任何据做出报销决定的内部规则、指南、协议或其它类似标准方面的信息，以及与您免费请求相关副本的权利有关的信息，同时附有一份报销拒绝决定的讨论；
- 根据病情需要或实验处理做出的任何决定的科学或临床判断方面的信息，或者与您免费请求本解释的权利有关的信息，同时随有一份报销拒绝决定的讨论；以及
- 任何可能协助您的适用的医疗保险消费者援助办公室或申诉专员的可用性以及联系信息。

对于涉及紧急/并发护理的报销：

- 报销管理人的通知还将包括一份关于适用的紧急/并发审查程序的描述；以及
- 报销管理人可能会在 24 小时内口头通知您或您的授权代表，然后再向您提供一份书面通知。

上诉（申诉）

您有对不利福利决定（报销拒绝）进行上诉的权利。当您收到拒绝通知之后，您或您的授权代表必须在**180** 个日历日内提交上诉。您将有机会提交用来支持您的报销的书面评论、文件、记录和其它信息。报销管理人对您的报销进行审查时将会考虑您提交的所有信息，而不管在做出初始福利决定时是否已经提交或考虑过该信息。

报销管理人应该提供单一一个强制性等级的上诉以及另外提供一个自愿性的二级上诉，二级上诉可以是座谈小组审查、独立审查或与进行审查的实体相符的其它程序。允许报销管理人完成其查审的时间表取决于所涉及的审查的类型（如服务前、并发、服务后、紧急等）。

对于涉及紧急/并发护理的服务前报销，您可以获得加急上诉。您或您的授权代表可以口头或书面请求上诉。所有所需的信息（包括报销管理人的决定），可以通过电话、传真或其它类似方法在报销管理人和您之间传递。想要提交涉及紧急/并发护理报销的上诉，您或您的授权代表必须通过您的身份证明上所列的电话号码联系报销管理人并至少提供以下信息：

- 报销人身份证明；
- 医疗服务的日期；
- 具体医疗状况或症状；
- 医疗服务提供者的名称；
- 需要获得福利批准的服务或供应；以及
- 上诉必须加急处理的任何原因。

会员或会员授权代表应该书面提交**上诉的所有其它请求**，除非上诉的性质要求通过口头接收上诉（申诉）（比如紧急护理）。您或您的授权代表必须向下方联系人提交审查请求：

Anthem Blue Cross Life 和 Health Insurance Company

收件人：上诉

P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

在提交上诉时您必须附上您的会员身份号码。

收到请求之后，报销管理人将免费合理提供任何与您的报销相关的文件、记录和其它信息以及免费提供这些资料的副本。“相关”是指文件、记录或其它信息：

- 做出福利决定时依赖了这些信息；或
- 在做出福利决定的过程中提交、考虑或制定了这些信息；或
- 这些信息表明了决定符合程序和保障措施，从而可以确保报销管理人根据计划条款做出报销决定并一致地应用于具有类似状况的报销人；或者
- 这些信息是对计划政策的陈述、与治疗相关的指导或者是与您的诊断相关的福利。

报销管理人还将向您免费提供所考虑的、依赖的或生成的任何与您的报销有关的证据。此外，在您收到根据新的或额外的原因而做出的不利福利审查决定之前，报销管理人将免费向您提供这些原因。

对于州外上诉（申诉） 您必须向该地理区域内当地的 **Blue Cross** 和/或 **Blue Shield Plan** (“Host Blue”) 提交医疗服务提供者上诉。这意味着医疗服务提供者必须向提交报销的计划提交上诉。

资格（申诉）

与计划的保险资格有关的申诉，应该在收到您不符合保险资格通知的 60 天内向您的校园学生医疗保险办公室书面提交。您应该附上您的申诉所依据的所有信息和文件。学生医疗保险办公室将会把它对您的资格所做的结论以书面方式通知您。如果学生医疗保险办公室确认了您的不符合资格决定，您可以书面请求 University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP) 办公室审查该决定。必须在收到学生医疗保险办公室确认您不符合资格的通知之后的 60 天内，发送您的审查请求并应该附上与您的申诉有关的所有信息和文件。您的审查请求应该发送到：University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10th Floor, Oakland, CA 94607。UC SHIP 主任的决定将是终局性的。

报销管理人如何决定您的上诉

当报销管理人在考虑您的上诉时，报销管理人的审查不会依赖于初始的福利决定，或对于自愿性的二级上诉来说，不会依赖于早前的上诉决定。将由适当的人员来进行审查，做出初始决定的人员以及为做出该决定的人工作的人员除外。将由适当的人员来进行自愿性的二级审查，做出初始决定或一级上诉决定的人员以及为做出这些决定的人工作的人员除外。

如果拒绝是全部或部分根据一项医疗判断（包括治疗是否是试验性的、临床研究性的或是否属于病情需要）做出的，审查人员将咨询经过适当培训并且具有该判断所涉及的医疗领域方面的经验的医疗护理专家。该医疗护理专家将不能是在做出早前决定时所咨询过的专家或者是为该专家工作的人员。

上诉结果通知

如果您提交涉及紧急/并发护理的报销上诉，报销管理人将尽快将上诉结果通知您，但是不会迟于收到您的上诉请求之后 72 小时。

如果您提交任何其它服务前报销上诉，报销管理人将会在收到您的上诉请求之后 30 天内将上诉结果通知您。

如果您提交服务后报销上诉，报销管理人将会在收到您的上诉请求之后 60 天内将上诉结果通知您。

上诉拒绝

如果您的上诉被拒绝，该拒绝将会被视为一个不利福利决定。从报销人获得的通知将包括上方名为“不利福利决定通知”分节中所规定的所有信息。

自愿性的二级上诉

如果您不满意计划的强制性一级上诉决定，您可以利用自愿性的二级上诉。如果您想要启动二级上诉，请给上方所列的地址写信。必须在一级上诉被拒绝之后 60 个日历日内提交自愿性的上诉（申诉）。在提交独立外部审查请求之前，您不需要填写自愿性的二级上诉。

外部审查

如果强制性的一级上诉结果对您不利，并且它是根据医疗判断做出的，根据联邦法律您将有资格要求进行独立外部审查。您必须在您接到您的最终内部不利决定通知之后的四 (4) 个月内向报销管理人提交您的外部审查请求。

外部审查请求必须通过书面方式提交，除非报销管理人确定要求您提供书面声明并不合理。您不需要重新发送您为内部上诉已经提交过的信息。但是，我们鼓励您提交您认为对审查重要的任何额外信息。

对于涉及紧急/并发护理的服务前报销，您可以进行加急外部审查，而不用提交内部上诉，或者是在通过报销管理人的内部上诉程序进行加急上诉的同时进行加急外部审查。您或您的授权代表可以口头或书面请求上诉。所有所需的信息（包括报销管理人的决定），可以通过电话、传真或其它类似方法在报销管理人和

您之间传递。想要进行加急外部审查，您或您的授权代表必须通过您的身份证明上所列的电话号码联系报销管理人并至少提供以下信息：

- 报销人身份证明；
- 医疗服务的日期；
- 具体医疗状况或症状；
- 医疗服务提供者的名称；
- 需要获得福利批准的服务或供应；以及
- 上诉必须加急处理的任何原因。

所有其它外部审查请求必须通过书面方式提交，除非报销管理人确定要求您提供书面声明并不合理。这些请求应该由您或您的授权代表提交到：

Anthem Blue Cross Life 和 Health Insurance Company
收件人：上诉
P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

在提交上诉时您必须附上您的会员身份号码。

这不是您为了完成您的上述上诉程序义务而必须采取的额外步骤。您寻求外部审查的决定将不会影响您在本医疗计划中的任何其它福利权利。启动初始独立外部审查，不会向您收取任何费用。外部审查决定是终局性的并且对所有人有约束力。

要求在提起诉讼之前先提交上诉

在您已经完成上诉程序之后，如果您仍然对解决方法不满意，您可以向法院或其它讨论会启动诉讼程序或向小额报销法庭提交报销，这取决于您所追求的金额。任何该类诉讼均必须在计划的最终决定或其它福利请求做出之后的三年内开始。如果计划确定一项上诉已过时效，则计划根据相关报销或福利请求所做出的最后决定将是最终决定日期。在提起诉讼或采取其它法律行动（包括以计划为被告向小额报销法庭提交报销）之前，您必须用尽计划的内部上诉程序，而不是进行自愿性的上诉。

报销管理人保留根据适用法律修改本章节中的政策、程序和时间表的权利。

目录

简介.....	1
您的上诉权利.....	2
目录.....	6
保险周期.....	10
资格和参保 — 增加成员.....	12
合资格状态.....	12
已参保学生.....	12
家属.....	12
保险类型.....	14
您何时可以参保.....	14
特殊参保期间.....	15
无差别待遇.....	15
声明和表格.....	15
您的计划是如何运作的.....	16
网络服务.....	16
网络外服务和福利.....	17
如何在网络中查找医疗服务提供者.....	18
及时获得护理.....	18
BlueCard Program.....	19
身份证明.....	19
福利一览表.....	20
获得福利批准.....	44
审查类型.....	44
谁负责事先认证?.....	46
与病情需要相关的决定是如何做出的.....	47
决定和通知要求.....	47
重要信息.....	47
医疗计划个人案件管理.....	48
承保范围.....	49
针灸.....	49
过敏症服务.....	49
救护车服务.....	49
关于空中救护车福利的重要提示.....	50
行为健康服务.....	50
乳腺癌.....	51
化学疗法.....	51
脊椎按摩疗法和整骨疗法服务.....	51
临床试验.....	51
牙科服务.....	52
准备好口腔进行治疗.....	52
意外伤害治疗.....	52
其它小儿牙科服务.....	52
糖尿病设备、教育和用品.....	56
诊断服务.....	57
诊断实验室和病理学服务.....	57

诊断映像服务和电子诊断测试	57
高级成像服务	57
耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品	57
耐用医疗设备和医疗器件	57
助听器服务	58
矫正器	58
修复用品	58
医疗和手术用品	59
血液和血液制品	59
糖尿病设备和用品	59
哮喘治疗设备和用品	59
急救护理服务	59
急救服务	59
基因检测	60
恢复服务	60
HIV 检测	60
居家医疗护理服务	60
家庭输液疗法	61
善终护理	61
人类器官和组织移植（骨髓/干细胞）服务	61
移植福利期间	62
事先批准和事先认证	62
捐赠者福利	63
住院服务	64
住院治疗	64
住院专业服务	65
生育健康服务	65
产科	65
避孕福利	65
节育服务	65
流产服务	66
精神和药物滥用服务	67
职业治疗	68
诊室就诊和医师服务	68
矫正器	68
门诊设施服务	69
广泛性发育障碍或孤独症	69
苯丙酮尿 (PKU)	71
物理治疗	71
预防性护理	71
修复用品	73
放射治疗	73
康复服务	73
身故遗体送返费用	73
专业护理机构	74
戒烟	74
言语治疗	74
手术	74
减肥手术	74

口腔手术.....	75
重塑手术.....	75
乳房切除术注意事项.....	75
远程医疗.....	76
颞下颌关节紊乱症 (TMJ) 和颞下颌关节紊乱症服务.....	76
疗法服务.....	76
物理医学治疗服务.....	76
其它疗法服务.....	76
变性服务.....	77
紧急护理服务.....	78
眼科服务.....	78
不予承保的范围.....	80
报销支付.....	85
最大允许额.....	85
报销审查.....	87
报销与证据丢失注意事项.....	88
报销表格.....	88
会员的配合.....	88
福利支付.....	88
计划内安排.....	89
区域外服务.....	89
当会员参加了不只一个计划时的福利协调.....	91
代位追偿权和补偿.....	93
会员权利和责任.....	95
承保范围的终止与继续.....	97
承保范围的终止.....	97
终止之后的福利延续.....	99
一般规定.....	100
超出合理控制的行为（不可抗力）.....	100
所有限制适用.....	100
护理协调.....	100
超出计划控制能力的情况.....	100
笔误.....	100
机密性和信息披露.....	101
遵守法律.....	101
手册的形式和内容.....	101
欺诈.....	101
政府计划.....	101
医疗政策和技术评估.....	101
修改.....	101
不对医疗服务提供者行为或疏忽负责.....	102
政策和程序.....	102
保护您的隐私.....	102
相关方关系（UC SHIP—会员—报销管理人）.....	103
追偿权和调整.....	103
身份证明的未授权使用.....	103
承保服务的价值.....	103

工人补偿金.....	103
定义.....	104
额外的福利服务	114
如何获得语言协助	114
身份保护服务	114
联邦公告.....	115
产科和妇科 (ObGyn) 护理的使用	115
《新生儿和产妇健康保护法案》的权利声明	115
精神健康平等和成瘾公平法案.....	115
因“合资格医疗支持命令（“QMCSO”）”而向子女提供的保险	115
《妇女癌症权利法案 1998》中的权利声明.....	115
特殊参保注意事项	116
用您的语言获取帮助	119

保险周期

	最早开始	秋季	冬季	春季	夏季
SRHP 1		9/1/17- 12/31/17	1/2/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 8/31/18
SRHP 2		9/13/17- 12/31/17	1/2/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 9/11/18
SRHP 3	7/1/17- 9/30/17	10/1/17- 12/31/17	1/1/18- 3/31/18	4/1/18- 6/30/18	7/1/18- 9/30/18
SRHP 4	7/5/17- 10/4/17	10/5/17- 1/4/18	1/5/18- 4/4/18	4/5/18- 7/1/18	7/5/18- 10/4/18
SRHP 5		9/5/17- 12/4/17	12/5/17- 3/4/18	3/5/18- 6/4/18	6/5/18- 9/14/18
SRHP 6		7/31/17- 10/31/17	11/1/17- 1/31/18	2/1/18- 4/30/18	5/1/18- 7/27/18
SRHP 7		8/14/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 5/31/18	
SRHP 8		9/13/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 5/31/18	
SRHP 9		8/1/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/30/18	
SRHP 10					5/27/18- 8/3/18
SRHP 11		7/31/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 7/31/18
Grad 1 - 生物工程 early start/转化医学		8/1/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 8/31/18
Grad 2 - 毕业计划		9/1/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 8/31/18
Prof 1 — Prime 学生 early start		7/24/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 7/31/18

	最早开始	秋季	冬季	春季	夏季
Prof 2 - 教授计划		9/13/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 9/11/18
Prof 3 — SOM 第一和第二 — Bridges 课程		7/31/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 7/31/18
Prof 4 - SOM 第三 - 第四		9/1/17- 12/31/17	1/1/18- 4/1/18	4/2/18- 6/17/18	6/18/18- 8/31/18
Prof 5 - DPT 2016-19					6/8/18- 9/11/18
Prof 6 — MSTP — Bridges 课程					6/18/18- 7/31/18

关于承保期限的问题，请联系学生医疗和咨询服务部。

资格和参保 — 增加成员

在本章节，您将找到关于谁具有本计划的参保资格以及您的保险何时能够增加成员等相关信息。下方通用条款对资格要求进行了描述。想要了解更多具体信息，请联系您的学生医疗咨询服务部。

合资格状态

已参保学生

想要符合参保资格，个人必须拥有参加福利计划的权利。

已参保学生

1. 加利福尼亚大学三藩市校区所有注册的国内和国际学生（包括缺席注册的学生），将自动加入 UC SHIP。

注：通过提供与大学规定的福利标准相当的其它保险的证明，学生可以在规定的放弃期间内放弃加入计划。一次放弃对一个学年有效，并且必须在每个学年秋季学期开始时的放弃期间内重新完成放弃程序。一年内的每个学期的放弃请求同样可用。可从学生医疗和咨询服务部获取与放弃加入计划有关的信息。

合资格的非注册学生

1. 以下种类的个人可以自愿加入计划成为参保学生：
 - a. 所有加利福尼亚大学非注册申请费用状态的毕业学生（根据校园决定），他们在加利福尼亚大学的赞助下完成工作而不是参加课程。申请费用状态的学生通过拨打电话 1-800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services 最长可以购买一个季度的计划保险。在学生想要购买保险的学期紧接着的下一个学期，学生必须已经获得计划承保，或者如果学生放弃参保，则需要出示用来表明自愿放弃计划保险的证明。
 - b. 加利福尼亚大学的所有非注册学生（根据校园决定），他们获得批准进行休学。这些学生最长可以购买两个季度的计划保险。在学生想要购买保险的学期紧接着的下一个学期，学生必须已经获得计划承保，或者如果学生放弃参保，则需要出示用来表明自愿放弃计划保险的证明。这些学生可以通过拨打电话 1-800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services 加入计划。
 - c. 加利福尼亚大学所有以前的学生，他们在想要购买保险的学期紧接着的下一学期期间内，最近完成了他们在 UC 的学业（已毕业）。假设这些个人在紧接着的下学期已经参加了计划，他们最多可以购买一个学期或一个季度的计划保险。这些个人可以通过拨打电话 1-800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services 加入计划。
 - d. 加入了“Scholars and Researcher Health Plan”的加利福尼亚大学三藩市校区的个人，该计划包含不属于注册学生但是属于参与了通过校园批准或认可的计划或学术追求的学者和/或研究员。每个参保人必须提交从计划的校园代表获得的官方批准。

家属

合资格家属

1. 参保学生的以下类别的家属可以自愿加入计划：
 - 配偶：参保学生的合法已婚配偶。

- 家庭伴侣：按照以下其中一种方法被指定为参保学生的家庭伴侣的个人：(i) 向加利福尼亚州注册登记伴侣关系；(ii) 建立同性合法结合，不结婚，而是在其它管辖区形成的并且与在加利福尼亚州注册成立的家庭伴侣关系本质上相当；或者 (iii) 申请大学宣布家庭伴侣关系成立。仅当其中一方或双方伴侣是 62 岁或以上并且符合基于年龄的社会保险福利时，参保学生的异性家庭伴侣才符合保险资格。
- 子女：参保学生的子女，如下方：
 - 未满 26 岁的亲生子女。
 - 继子女：未满 26 岁的继子女在参保学生与该儿童的父/母结婚的当日成为家属。
 - 未满 26 岁的养子女，包括出于领养目的而过继给参保学生或参保学生的配偶或家庭伴侣的子女，从做出决定的机关确认过继成立的当刻成为家属。
 - 参保学生的家庭伴侣的子女：参保学生的家庭伴侣的未满 26 岁的子女在家庭伴侣关系生效的当日成为家属。
 - 养子女：未满 18 岁的养子女在做出过继手续的机构证明该子女已过继给参保学生时成为家属。根据 **California Welfare and Institutions Code Section 11400(v)** 对非未成年家属的规定，在一些情况下，可能会放松对养子女的年龄限制。
 - 根据行政或法院命令参保学生必须要为其提供医疗保险的子女，前提是該子女需要符合 UC SHIP 资格要求。
 - 缺乏生活能力的成人子女：已满 26 岁并且具有以下情形的子女：(i) 获得了之前计划的保障，或持有六个月或以上的可信任保险，(ii) 主要依赖于学生、配偶或家庭伴侣来支持或维持生活，以及 (iii) 由于身体或精神状况的原因不能独立谋生。必须由医师书面证明该子女由于身体或精神状况的原因没有独立谋生的能力。为了继续参保，大学可能要求提供这些状况的相关证明。在学生收到这些要求之后的 60 日内，大学必须要收到该证明（不能对大学产生任何费用）。大学可以请求提供其需要继续依赖于参保学生的证明以及仍然存在身体或精神状况的证明，但是，在初次出示证明之后，每年的次数不得超过一次。直到子女不再因持续的身体或精神状况而主要依赖于学生、配偶或家庭伴侣来支持和维持生活之前，该例外情形将一直持续。在联邦所得税方面，如果未独立的成年子女符合家属的定义，则其将被视为需要支持来维持生活的主要家属。

注：如果学生的父母双方都是参保学生，则他们的子女可以作为其中一方的家属获得保险，但不能作为双方的家属。

2. 在将他们的家属纳入计划时，学生需要提供家属状态的证明。要求每年提交一次英文书面证明或具有英文翻译的书面证明。将接受以下文件：
 - 对于夫妻，结婚证明
 - 对于家庭伴侣，由加利福尼亚州颁发的已登记家庭伴侣关系的证明，或者同性合法结合证明（不是在其它管辖区形成的婚姻），或者一份由大学开具的并且已填写的家庭伴侣关系声明表。
 - 对于亲生子女，证明学生是该子女的父/母的出生证明
 - 对于继子女，出生证明以及证明出生证上的其中一个个人已与学生结婚的婚姻证明
 - 对于家庭伴侣的亲生子女，证明家庭伴侣是该子女的父/母的出生证明
 - 对于养子女，从相关机构获得的证明学生或家庭伴侣已经获得监管该子女的医疗护理的合法权利的文件

- 对于受法院命令保护的子女，从法院获得的一份文件副本

想要为子女获得保险，计划可能要求您向报销管理人提供证明您已经获得该子女监护权的任何合法文件的副本。这些文件必须以英文提供或翻译成英文。

保险类型

参保时，计划管理人将会表明参保学生和合资格家属可以获得的保险类型。

您何时可以参保

我们不要求注册学生提供书面申请。加利福尼亚大学将保持每个学期已注册的所有学生的记录档案，并且将会在每个学期自动将所有已注册学生加入该计划保险。能够提供他们已经有其它达到学校要求的医疗保险的学生可以放弃加入本计划。

自愿放弃他们仍在保险期间内的其它医疗保险的学生必须通知他们校园的学生医疗和咨询服务部，并提供之前的医疗保险公司出示的终止信函。在他们失去他们的保险之后的 31 日内，如果他们通知学生医疗和咨询服务部，这些学生将会在他们自愿失去其它保险之日起被加入 UC SHIP。如果学生没有在 31 日内通知学生医疗和咨询服务部，保险将于学生支付了全部保费当日生效。对于在保险期间开始之后参保的，保费并不按比例支付。

非注册学生和自愿参保的合资格家属必须每个学期都提交一份参保申请。参保申请必须在保险期间开始之后的 30 日内寄达。保险将于保险期间的第一天开始生效。**参保状态不会一直持续到下一个保险期间（学期），除非收到一个新的申请。将不会提供重新参保的提醒信息**

想要为家属参保，您必须拨打 800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services Customer Care Unit。您的家属必须符合计划管理人建立的家属资格标准，并且属于以下其中一种情形。

在以下事件发生之后的 31 日内，参保学生的家属可以在特定保险期间的参保期间之外进行参保。

1. 对于夫妻，结婚证颁发的当日。
2. 对于家庭伴侣，学生向加利福尼亚州或其它管辖区提交已登记家庭伴侣关系证明的当日或者是学生医疗和咨询服务部收到由大学开具的已填写的家庭伴侣关系声明表的当日。
3. 对于亲生子女，出生日期。
4. 对于养子女，该子女过继给学生或其家庭伴侣的当日。
5. 对于任何家属，他们失去他们的保险的当日。在加入 UC SHIP 时，必须提供一份由保险公司提供的官方终止信函。
6. 对于受法院命令保险的子女，法院命令该子女应该获得保险的当日。

非注册学生和合资格家属可以通过拨打电话 1-800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services 加入计划。

新生儿有关的重要注意事项。如果学生已经参加了保险，从出生的时刻开始，根据学生的福利，学生生养的任何子女将能够获得保险保障，前提是需要出生在出生前 31 日内通知 Anthem Blue Cross。根据已参保父母的计划，学生无需要支付额外费用保险便会生效，期间为 31 天。

对于前段所述的超过 31 天的新生儿保险，想要继续参保，父母必须在出生当日的 31 天内将新生儿作为家属加入 UC SHIP。学生必须联系 Wells Fargo Insurance Services，将子女作为家属加入计划。他们的客户服务电话号码是 1-800-853-5899。

特殊参保期间

如果学生或家属在首次符合资格时没有参加保险，他们可以在符合特殊参保条件时加入计划。学生或家属必须在出现符合条件的情况发生之后的 **31** 日内提交特殊参保申请。

特殊参保适用于以下符合资格的个人：

- 非因不支付保费或欺诈或故意虚报重要事实而失去之前的医疗计划资格。
- 用尽了 **COBRA** 福利或应该由计划管理人缴纳的保险费用被终止。
- 雇主没有支付其它保险的相关费用
- 现在由于婚姻、家庭伴侣关系、出生、领养或过继而符合保险资格。

无差别待遇

不得基于医疗状况、医疗护理需求、基因信息、之前的医疗信息、残疾、性取向或性身份、性别或年龄而拒绝任何符合资格的人参加保险。

声明和表格

所有会员必须填写计划可能合理要求的表格或声明。

获得本计划的所有福利权利的前提是所有这些信息真实、正确和完整。根据“保险终止和继续”章节，您做出的任何实质上的不实陈述将会导致保险终止。但是，这不适用于欺诈性陈述。

您的计划是如何运作的

如果您以学生的身份加入本计划并且您需要非急救或非紧急医疗护理，则在他们的正常营业时间内您必须首先到学生医疗和咨询服务部治疗。当需要额外的护理或需要专科医生时，学生医疗和咨询服务部将帮助您查找医疗服务提供者并将转介请求发给医疗服务提供者。参保的家属必须向校外医疗服务提供者寻求护理。

学生医疗和咨询服务中心 (SHCS) 是学生的医疗之家。您可以从学生医疗和咨询服务部的医疗服务提供者选择您的基础护理、健康护理、一些特殊护理和其它服务。您的 SHCS 医疗服务提供者将诊断和治疗您的大多数疾病，协调您的所有医疗护理以及当您需要从 SHCS 外部获得护理时提供转介。有了医师的转介，您可以在 UC 家庭医疗服务提供者、网络医疗服务提供者或网络外医疗服务提供者之间选择。请查看福利手册中所列的福利，从而确定最合算的选择。

转介由 SHCS 全权做出。转介并不能保证付款或承保，而您的自付额、共付额或共同保险将适用。您获得的这些服务必须符合病情需要，以及是受本计划承保的福利。例外：寻求急救或紧急护理或儿科医生、产科医生或妇科医生提供的服务，则不需要转介。

如果服生没有从学生医疗和咨询服务部获得事先转价便接受服务，则相关费用不受承保。

对于 UC SHIP 针对未满 19 岁会员所承保的小儿牙科和眼科福利，不需要转介。

注：成人家属必须获得转介才能向 SHCS 外部寻求护理。校内学生医疗和咨询服务部 (SHCS) 并不会为已参保的受抚养孩子提供医疗、药房、牙科和眼科服务。已参保的受抚养子女可以从校外任何医疗护理专家或设施寻求医疗服务；从 UC 家庭、网络或网络外医疗服务提供者。请查看福利手册中所列的福利，从而确定最合算的选择。

网络服务

您的计划属于 PPO 计划。计划被分为三套福利：UC 家庭、网络和网络外。如果您选择 UC 家庭医疗服务提供者或网络医疗服务提供者，您将支付更少的自付费用，比如共付额、自付额和共同保险。如果您使用网络外医疗服务提供者，您将支付更多的自付费用。

当您使用 UC 家庭医疗服务提供者、网络医疗服务提供者或者作为授权服务的一部分而获得护理时，承保服务将会按照网络内的水平得到承保。报销管理人拥有最终确定服务的病情需要的权力。去看网络专科医生时，需要获得学生医疗和咨询服务部的转介，包括行为健康医疗服务提供者。**这不适用于急救、紧急护理、儿科、产科或妇科。**加利福尼亚大学的五个医疗系统（包括医院和其它医疗设施以及附属专业医疗服务提供者）已经同意接受 UC SHIP 的会员特别优惠价格。

UC 家庭是一个由加利福尼亚大学医师和医疗中心组成的网络。五个 UC 医疗系统已经同意接受折扣后的费率，对于某些服务和用品，放弃福利年度自付额并接受较低的共付额和共同保险。

网络医疗服务提供者包括与报销管理人签约为您提供护理的不同类型的“网络医疗服务提供者”。这些医疗服务提供者被称为“医疗服务提供者”是因为他们已经同意加入报销管理人的首选医疗服务提供者组织计划 (PPO)（亦称为 Prudent Buyer Plan）。网络医疗服务提供者已经同意接受承保服务的报销价格。对于网络医疗服务提供者而言，本计划提供的福利费用总体上将比网络外医疗服务提供者者的要低。去看网络专科医生时，需要获得学生医疗和咨询服务部的转介，包括行为健康医疗服务提供者。**这不适用于急救、紧急护理、儿科、产科或妇科。**加利福尼亚大学的五个医疗系统（包括医院和其它医疗设施以及附属专业医疗服务提供者）已经同意接受 UC SHIP 的会员特别优惠价格。

在收到可以看医生的转介之后，请致电他们的诊室：

- 告诉他们您是 **Anthem** 会员，
- 准备好您的会员身份证明。医生诊室可能会问您要您的团体或会员 ID 号码。
- 告诉他们您的就诊原因。

当您去诊室时，请确保带上您的会员身份证明。

对于由网络医疗服务提供者提供的服务：

1. 您将不需要提交任何报销申请。网络医疗服务提供者将会为您提交承保服务的报销申请。（您将仍然需要支付任何适用的共同保险、共付额和/或自付额。）对于您获得的任何不受承保的服务或当您没有遵守本福利手册的条款时，您的网络医疗服务提供者会为您开具账单。
2. 事前认证将由网络医疗服务提供者来完成。请查看“获得福利批准”章节，了解更多详细信息。

请参考“报销支付”章节，了解关于授权服务的其它信息。

注：急诊室报销的支付取决于报销管理人的审查。报销管理人做出关于服务是否应视为紧急的最终决定。

签约和非签约医院是另一种类型的医疗服务提供者。他们不同于网络医疗服务提供者医院。报销管理人已经与加利福尼亚州的大多数医院签约，以便为受计划承保的患者获得特定优势。虽然只有一些医院是网络医疗服务提供者，但是所有符合资格的加利福尼亚州医院都受邀请成为签约医院，并且大多数--超过 **90%**--接受。对于那些未签约的医院（称为**非签约医院**），会在您的计划中有一笔重大的福利罚金。

网络外服务和福利

不是从网络医疗服务提供者获得的服务或作为授权服务的一部分而获得的服务将被视为网络外服务，除非本福利手册另有规定。想要从网络外医疗服务提供者获得治疗，您必须经学生医疗和咨询服务部的转介。

对由网络外医疗服务提供者提供的服务：

1. 网络外医疗服务提供者会向您收取他们的账单和计划的最大允许金额加上任何自付额和/或共同保险/共付额之间的差额；
2. 您可能会有更高的费用分摊金额（即，自付额、共同保险和/或共付额）；
3. 您将需要支付不属于医疗需要的服务；
4. 您将需要支付不受承保的服务；
5. 您可能需要提交报销申请；以及
6. 您必须确保已完成任何必需的事先认证。请查看“获得福利批准”章节，了解更多详细信息。

注：急诊室报销的支付取决于报销管理人的审查。报销管理人做出关于服务是否应视为紧急的最终决定。

网络外医疗服务提供者提供的急救服务。网络外医疗服务提供者可能向您发送一份账单并收取超过本计划允许的最大金额部分的网络外医疗服务提供者收费金额。您负责支付最大允许金额和网络外医疗服务提供者收费之间的差额。这个金额可能是非常大的。如果您收到账单，请拨打 **1-415-476-1281** 联系您的校园学生医疗服务部保险办公室，获取额外的信息或协助。已参保的家属必须拨打他们的身份证明上所列的电话号码联系报销管理人，获取额外的信息或协助。

如何在网络中查找医疗服务提供者

有三种方法可以让您找出医疗服务提供者或设施是否在报销管理人的网络内。您还可以找出他们的地点和与他们执照或培训的有关详细信息：

- 请在 www.anthem.com/ca 查看您计划的网络医疗服务提供者目录，选择 **UC SHIP**，它列出参与了计划的网络的医师、医疗服务提供者和设施。
- 致电会员服务部，请求提供参与了本计划的网络的医师和医疗服务提供者名单（按照专长和地理区域）。
- 与您的医师或医疗服务提供者核对。

请注意，并非所有的网络医疗服务提供者都会提供所有服务。例如，一些驻扎在医院的实验室并不是我们参考实验室网络的一部分。在这些情况下，您将需要在参考实验室网络中的实验室获取网络福利。在您获得服务之前请致电会员服务部获取更多信息。

如果您需要关于医疗服务提供者的执照或培训的详细信息或帮助选择适合您的医师，请拨打您的会员身份证明的背面的会员服务部电话号码。拨打 **711** 可以使用 **TTY/TDD**。一位特别操作员将会与报销管理人联系，帮助解决您的需求。

请注意，Anthem 拥有多个网络，在选择医疗服务提供者时请确保选择 **UC SHIP**。

及时获得护理

Anthem 已经与医疗护理服务提供者签约，根据良好职业实践以适合您状况的方式提供承保服务。Anthem 保证，它的已签约的医疗服务提供者网络拥有足够的空间和可用性，可以在以下时间表内提供预约：

- **不需要事先批准的急救护理服务预约：**在提出预约请求之后四十八 (48) 小时内；
- **需要事先批准的急救护理服务预约：**在提出预约请求之后九十六 (96) 小时内；
- **非紧急的基础治疗预约：**在提出预约请求之后十 (10) 个营业日内；
- **非紧急专家预约：**在提出预约请求之后十五 (15) 个营业日内；

如果医疗服务提供者决定，延长预约的等待时间对您的健康没有不利影响，医疗服务提供者可能会安排一个比上述时间更迟的时间。

Anthem 每周七 (7) 天一天二十四 (24) 小时为您安排电话分类或筛选服务，让等待时间不会超过三十 (30) 分钟。如果 Anthem 与医疗服务提供者签约进行电话分类和筛选服务，则在营业时间和下班后，医疗服务提供者将利用电话应答机器人和/或应答服务和/或办公室职员告知您医疗服务提供者将会回复您电话的等待时间，或者告知您会员如何可以获得紧急护理或急救服务或者告知您如何联系电话分类或筛选服务在线的其他签约医疗服务提供者。

如果您需要口译服务，该服务将与已安排好的预约一起进行，并且不会使与网络医疗服务提供者的预约推迟。

BlueCard Program

跟全国所有的 Blue Cross and Blue Shield 计划一样，报销管理人参加一个被称为“BlueCard”的计划，当您不在服务区域时，它向您提供服务。关于本计划的更多详细信息，请查看“报销支付”章节的“计划内安排”。

身份证明

报销管理人将给每位加入计划的会员提供一张电子身份证明。当您获得护理时，您必须出示您的身份证明。仅参保会员拥有获得本计划的服务的权利。根据本福利手册的条款，无论任何个人，如果获得了他们没有权利获得的服务或福利，他/她必须支付服务的实际费用。

同时还提供一款医疗应用程序供 UC SHIP 会员和他们的家属通过他们的移动设备访问计划身份证明和福利信息。想要了解关于这些服务的更多信息，请拨打 1-866-940-8306 联系 UC SHIP Member Services，或者从 [App 商店](#) 或 [Google play](#) 下载学生医疗应用程序（移动医疗消费者/学生）。一旦您下载了应用程序，请按照此三个步骤进行注册：

1. 输入您的名字、姓氏、学生 ID 号码和出生日期 (mm/dd/yyyy)；然后转到下一个屏幕。
2. 在下一个名称为“证书”的屏幕，请注意为您分配的用户名。对于大多数学生，您的用户名为“名.姓”，但是如果 UC 系统中有其他学生的名字相同，您将会被分配到一个后面带有“1”、“2”（以此类推）的用户名。
3. 建立一个至少含有六个字符的密码，包括一个字母和数字。

您不得故意允许您自己或您的家属以外的其他人使用您的计划身份证明来获得服务。

福利一览表

在本章节，您将找到一份您的计划所含有的福利的大纲，以及一份您必须支付的任何自付额、共同保险和共付额的总结。同时还列出了任何适用的福利年度最大限额或限制。请阅读“承保范围”了解关于计划承保服务的更多详细信息。阅读“不承保的范围”章节了解与被排除的服务相关的信息。

所有承保的服务受本福利手册（包括任何代言、修正文案或附文）的条件、除外条款、限制和条款约束。

想要以最低的自付费用获得最高标准的福利，您必须从网络医疗服务提供者获得承保的服务。承保服务的福利取决于最大允许金额，最大允许金额是计划将会为承保服务承担的最大金额。当您使用网络外医疗服务提供者时，您可能需要支付网络外医疗服务提供者收取的费用与最大允许金额加上任何共同保险、共付额、自付额和未承保的费用之间的差额。这个金额可能是非常大的。请阅读“报销支付”章节了解更多详细信息。

某些特定服务要求事先批准才能提供福利。网络医疗服务提供者将会代表您启动审查。网络外医疗服务提供者可能会、也可能不会为您启动审查。在这两种情况中，您有责任启动审查程序并要求您的医师申请事先批准。您可能还需要直接致电 Anthem。请查看“获得福利批准”了解更多详细信息。

将根据最大允许金额而非医疗服务提供者收取的费用来计划自付额、共同保险和福利年度最大限额。

本福利手册内提供的重要医疗福利不会受终身或年度美元最大金额的影响。但是，某些非重要的医疗福利受终身和/或美元最大金额的影响。

重要医疗福利由联邦法律定义并且至少是指以下类型的福利：

- 救护车患者服务，
- 急救服务，
- 住院治疗，
- 产科和新生儿护理，
- 精神健康和药物滥用障碍症治疗服务，包括行为健康治疗，
- 处方药，
- 康复和恢复服务和设备，
- 实验室服务，
- 预防性和健康服务，以及
- 慢性病控制和儿科服务，包括口腔和眼科护理。

这些福利应该与《2010 患者保护和可支付护理法案》以及任何据此发布的法规中规定的那些福利一致。

自付额 — 计划年度	UC 家庭	网络	网络外
每位会员	无	\$200	\$750
每个家庭 — 所有其他成员相加	无	\$400	\$1,500
从受本计划承保的学生医疗咨询服务或 UC 家庭以外的地方获得的所有医疗服务和用品受福利年度自付额的影响，除非另有规定。 网络和网络外自付额是分开的。您为网络自付额支付的金额将不能用于网络外自付额，您为网络外自付额支付的金额将不能用于网络自付额。 当适用自付额时，在福利开始之前您必须支付该自付额。请查看下方的章节，找出何时适用自付额。 自付额并不包括因为没有获得事先认证而产生的罚金。 福利年度自付额将不适用于您的 OptumRx Prescription Drug Plan 中的处方药福利。想要了解更多信息，请拨打 1-844-265-1879 或访问 www.optumrx.com 联系 OptumRx。 小儿牙科自付额与其它自付额不同。请查看“小儿牙科服务”了解更多详细信息。			

共同保险	UC 家庭	网络	网络外
计划支付	95%	90%	60%
会员支付	5%	10%	40%
提醒： 您的共同保险将取决于最大允许金额。如果您使用网络外医疗服务提供者，您可能需要支付网络外医疗服务提供者收取的费用与最大允许金额之间的差额。 注： 上方所列的共同保险并非对所有福利都适用，而一些福利可能有不同的共同保险。请查看本一览表了解更多详细信息。			

自付费用额度	UC 家庭	网络	网络外
每位会员	\$2,000	\$3,000	\$6,000
每个家庭 — 所有其他成员相加	\$4,000	\$6,000	\$12,000
自付费用额度包括所有您在福利年度内为承保的医疗、处方药、小儿牙科和小儿眼科支付的自付额、共同保险和共付额，除非下方另有规定。它不包括超过最大允许金额的费用或您为不受承保的服务支付的金额。它并不包括因为没有获得事先认证而产生的罚金。 一旦达到了自付费用额度，您将不需要为福利年度的其余时间支付任何额外的自付额、共同保险或共付额。 UC 家庭、网络和网络外自付额额度是分开的并且并不能相互利用。 注：您为您的处方药福利支付的任何共付额或共同保险将适用您的医疗和处方药自付费用额度。想要了解更多信息，请拨打 1-844-265-1879 或访问 www.optumrx.com 联系 OptumRx。			

关于您的费用分摊的重要注意事项

对于某些受承保的服务，以及取决于您的计划设计，您可能需要支付最大允许金额的全部或部分作为您的费用分摊金额（自付额、共同保险和共付额）。取决于您是从网络医疗服务提供者（包括 UC 家庭医疗服务提供者）还是网络外医疗服务提供者获得承保服务，您的费用分摊可能会不同。特别地，当您使用网络外医疗服务提供者时，您可能需要支付较高的费用分摊金额或您的福利可能会有一个限额。请查看“福利一览表”章节，了解您的费用分摊责任和限制，或拨打您的身份证明上的电话号码联系会员服务部，了解本计划的福利或费用分摊金额是如何由于您使用的医疗服务提供者的不同而不同的。

对于未承保的服务，报销管理人将不会给予报销。对于未受承保的服务，不论该服务是由网络医疗服务提供者还是网络外医疗服务提供者提供的，您可能需要负责支付由您的医疗服务提供者收取的总金额。未承保的服务包括专门被您的计划条款排除在外的服务以及在福利已经被用尽之后获得的服务。比如，超过医疗福利最大额度或天数/就诊次数限额时，福利可能会被用尽。

在一些情况下，当您使用网络外医疗服务提供者时，可能仅要求您支付最低的网络医疗服务提供者费用分摊比例。例如，如果您到网络医院或设施从网络外的医疗服务提供者（比如在医院或设施提供服务的放射科医师、麻醉医师或病理学医师）获得承保服务，您将为这些承保服务支付最大允许金额的网络医疗服务提供者费用分摊比例。但是，您可能还需要负责支付最大允许金额与网络外医疗服务提供者收取的费用之间的差额，该差额被称为“差额收费”。

网络外医疗服务提供者提供的急救服务。网络外医疗服务提供者可能向您发送一份账单并收取超过本计划允许的最大金额部分的网络外医疗服务提供者收费金额。您负责支付最大允许金额和网络外医疗服务提供者收费之间的差额。这个金额可能是非常大的。如果您收到账单，请拨打 **1-415-476-1281** 联系您的校园学生医疗服务部保险办公室，获取额外的信息或协助。已参保的家属必须拨打他们的身份证明上所列的电话号码联系报销管理人，获取额外的信息或协助。

非合约医院的最大允许金额的减免。一小部分的医院属于网络外医疗服务提供者的同时还属于非合约医院。除非是急救护理，对于由非合约医院提供的服务和用品，最大允许金额将会**降低 25%**。将由您支付这个金额。我们强烈鼓励您从合约医院获得护理从而避免这种额外的支出。**您可以拨打您的 ID 卡上的客户服务电话号码来找出合约医院的地点。**

下方表格列出了计划的承保服务以及您必须支付的费用分摊。在许多场合您都会看到这样一个声明，“福利取决于服务获得时的情景设计。”在这些情况下，您应该确定您将在哪里获得服务（即，在医生诊室、在门诊医院设施等）并查找相应的地点来找出将适用哪种费用分摊。例如，您可能在医生诊室、门诊医院设施或在住院治疗期间获得物理治疗。对于在诊室获得的服务，请查找“诊室就诊”。对于医疗门诊部门获得的服务，请查找“门诊设施服务”。对于入院期间获得的服务，请查找“住院服务”。

会员费用分摊

福利	UC 家庭	网络	网络外
针灸			
请查看“疗法服务”			
过敏症服务			
	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
救护车服务（空中或水路）			
没有共付额或共同保险			
网络外医疗服务提供者还可能向您收取超过计划的最大允许金额的任何费用。			
重要提示： 转院时用的非急救空中救护车服务必须通过事先认证获得批准。请查看“获得福利批准”了解详细信息。			
救护车服务（地面）			
网络自付额之后 10% 共付额			
网络外医疗服务提供者还可能向您收取超过计划的最大允许金额的任何费用。			
重要提示： 对于非急救转院服务，除非是从一个急症设施转到另一个急症设施，否则所有经安排的地面救护车服务必须通过事先认证获得批准。请查看“获得福利批准”了解详细信息。			
减肥手术			
只有在指定的医院或流动手术设施（BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者）进行的减肥手术才能得到承保。			
• 住院服务（指定医院）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	不予承保
• 门诊设施服务（指定医院或流动手术设施）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	不予承保
• 移动费用			
对于在距离会员的居住地五十 (50) 英里以外的指定医院或流动手术设施进行的经批准的、指定的减肥手术，会员和/或参保伴侣发生的以下移动费用将会予以承保：			
— 将会员运输到指定医院或流动手术设施。仅限	最高 \$130 每程，没有自付额		不予承保

福利	UC 家庭	网络	网络外
于三 (3) 程 — 手术前就诊，初次手术和随访就诊。			
– 将伴侣运输到指定医院或流动手术设施。仅限于两 (2) 程 — 初次手术和随访就诊。	最高 \$130 每程，没有自付额		不予承保
– 会员和一位陪同人员的酒店住宿（手术前就诊和随访就诊）。仅限于一间双人房。	最高每天 \$100，每程最多 2 天 或者根据病情需要 没有自付额		不予承保
– 一位陪同人员的酒店住宿（用于会员初次手术期间的居住停留）。仅限于一间双人房。	最高每天 \$100，最多 4 天 没有自付额		不予承保
– 其它合理支出（不包括烟草、酒精、药物和餐饮）	最高每天 \$25，每程最多 4 天 没有自付额		不予承保
重要提示：服务必须通过事先认证获得批准。请查看“获得福利批准”了解详细信息。			
行为健康服务	请查看“精神和药物滥用服务”		
化学疗法	请查看“疗法服务”		
脊椎推拿服务	请查看“疗法服务”		
临床试验	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
牙科服务适用于 19 岁或以上会员	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
牙科服务 — 小儿牙科（不满 19 岁会员）	请查看本章节中后面部分的一览表。		
糖尿病设备和教育	每次就诊 \$10	每次就诊	自付额之后

福利	UC 家庭	网络	网络外
“预防性护理”包括了妊娠糖尿病筛选保险。	共付额	\$40 共付额 没有自付额	40% 共同保险
诊断服务	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
耐用医疗设备 (DME)、医疗器件、矫正器、修复用品、 医疗和手术用品（从供应商获得的）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
修复用品	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
仅当您从第三方供应商获得设备或用品时才适用上方所列的费用分摊。如果设备或用品是作为诊室或门诊就诊的一部分而获得的或者是在住院期间获得的，则福利将取决于您获得受承保的设备或用品时的情景设计。			
助听器（福利的最大额度为每个耳朵一个助听器，每四年一次）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	不予承保
急诊室服务			
急诊室 急诊室设施收费	每次就诊 \$125 共付额经允许可 免除共付额 经允许 5% 共付 额请查看“住院 服务”	每次就诊 \$125 共付额 没有自付额 经允许可免除共付额 经允许，\$250 共付额加上 10% 共同保险 请查看“住院服务”	
急诊室医生收费	没有共付额或共同保险	没有共付额、自付额或共同保险	
其它设施收费（包括诊断 X 光和实验室服务、医疗用品）	5% 共同保险	10% 共同保险 没有自付额	

福利	UC 家庭	网络	网络外
高级诊断映像（包括 MRI、CAT 扫描）	5% 共同保险	10% 共同保险 没有自付额	
网络外医疗服务提供者还可能向您收取超过计划最大允许金额的任何费用。请查看“关于您的费用分摊的重要注意事项”了解详细信息（第 24 页）。			
生育能力保存	请查看“生育健康服务”		
恢复服务	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
血液透析	请查看“疗法服务”		
居家医疗护理			
居家医疗护理就诊（每次就诊最长 4 小时，网络和网络外相结合	没有共付额或共同保险	没有共付额或共同保险	自付额之后 40% 共同保险
其它居家医疗护理服务/用品	没有共付额或共同保险	没有共付额或共同保险	自付额之后 40% 共同保险
重要提示：请参考“获得福利批准”章节了解更多详细信息。			
家庭输液疗法			
请查看“疗法服务”			
善终护理			
- 居家医疗护理 - 善终住院	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
网络外医疗服务提供者还可能向您收取超过计划最大允许金额的任何费用。			

福利	UC 家庭	网络	网络外
人类器官和组织移植（骨髓/干细胞）服务		请查看本章节中后面部分的单独的总结。	
免疫		请查看“预防性护理”	
住院服务			
注：对于从 UCSF 医疗中心获得的服务，没有共付额或共同保险。			
设备室和甲板收费：			
医院/急症护理设施	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 自付额之后 10% 共同保险	每次入院 \$500 共付额加上 自付额之后 40% 共同保险 再加上额外的 25% 非合约医 院罚金*
专业护理机构	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
其它设施服务/用品（包括诊断实验室/X 光、 医疗用品、疗法、麻醉）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
*非合约医院罚金。 对于由非合约医院提供的服务和用品，最大允许金额将会 降低 25% 。在计算您的共同保险金额之前，将从最大允许金额扣除这个罚金，以及任何福利付款将根据这个扣除后的最大允许金额来计算。您将负责支付这个额外的费用。只有急救服务才能免除这个扣除金额。为了避免这个罚金，请确保选择一家合约医院。			
以下医生服务：			
普通医疗护理/评估和管理 (E&M)（不同于医院而 单独收费的医师的医师服务）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
手术（不同于医院而单独收费的医师的医师服务）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险

福利	UC 家庭	网络	网络外
生育健康服务			
住院服务（分娩）		请查看“住院服务”	
产科就诊（ObGyn 的分娩服务的全球费用），如果您在您的妊娠期间更换医生，产前和产后费用将分开收取。	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
- 产前/前后诊室就诊 - 其它产科服务（包括诊断映像、实验室和用品）	初次就诊 \$25。 初次就诊之后没有共付额。如果您获得产前诊室就诊以后的其它服务，请查看对您的共付额/共同保险的规定。	\$25 共付额，初次就诊没有自付额。初次就诊之后没有共付额。如果您获得产前诊室就诊以后的其它服务，请查看对您的共付额/共同保险的规定。	自付额之后 40% 共同保险
生育能力保存（请在“承保范围”中查看产科和生育医疗服务）*	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 自付额之后 10% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 自付额之后 40% 共同保险
*重要提示： 当受到 UC SHIP 承保时，福利的总额限制在终身最高支付 \$20,000。网络和网络外相结合。请在“承保范围”章节中查看产科和生育医疗服务。			
医疗后送			
对于所有承保服务，每程最高 \$50,000	不适用	没有共付额、自付额或共同保险	

福利	UC 家庭	网络	网络外
精神健康和药物滥用服务 （包括针对广泛性发育障碍和孤独症的行为健康治疗）			
住院服务			
注： 对于从 UCSF 医疗中心获得的服务，没有共付额或共同保险。在 Langelier Porter Psychiatric Institute 获得的服务将与任何其它 UC 家庭住院医疗服务提供者获得的服务的收费一样。			
• 住院设施服务	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 10% 共同保险 没有自付额	每次入院 \$500 共付额加上 40% 共同保险 没有自付额再 加上额外的 25% 非合约医 院罚金*
• 住院治疗中心服务	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 10% 共同保险 没有自付额	每次入院 \$500 共付额加上 40% 共同保险 没有自付额再 加上额外的 25% 非合约医 院罚金*
• 住院医疗服务提供者服务（如，医生和其他专家医疗服务提供者）	5% 共同保险	10% 共同保险 没有自付额	35% 共同保险 没有自付额
• 门诊设施服务（局部住院治疗计划/特护门诊治疗计划）	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额加上 10% 共同保险 没有自付额	每次入院 \$500 共付额加上 40% 共同保险 没有自付额再 加上额外的 25% 非合约医 院罚金*
• 门诊医疗服务提供者服务（比如在不完全住院治疗计划/特护门诊治疗计划中的医生和其他专家医疗服务提供者）	5% 共同保险	10% 共同保险 没有自付额	35% 共同保险 没有自付额
• 诊室就诊（包括居家特护行为健康计划） — 个人/团体心理健康评估及治疗 — 个人/团体药物依赖咨询 — 脱瘾症状的药物治疗	每次就诊 \$5 共付额	每次就诊 \$15 共付额 没有自付额	35% 共同保险 没有自付额

福利	UC 家庭	网络	网络外
心理教育测试（当受到 UC SHIP 承保时，会员终身最高享有 \$3,000 福利）	5% 共同保险	10% 共同保险 没有自付额	
根据州和联邦法律的要求，精神健康和药物滥用服务将会获得承保。请查看“精神健康平等和成瘾公平法案”和“联邦公告”章节了解详细信息。			
*非合约医院罚金。 对于由非合约医院提供的服务和用品，最大允许金额将会 降低 25% 。在计算您的共同保险金额之前，将从最大允许金额扣除这个罚金，以及任何福利付款将根据这个扣除后的最大允许金额来计算。您将负责支付这个额外的费用。只有急救服务才能免除这个扣除金额。为了避免这个罚金，请确保选择一家合约医院。			
职业治疗	请查看“疗法服务”		
诊室就诊			
注：对于从学生医疗中心 (SHCS) 获得的服务，没有共付额。			
主治医生 (PCP)	每次就诊 \$25 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
专科医生 (SCP)	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$40 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
咨询—包括计划生育和营养咨询（饮食失调除外）	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
饮食失调营养咨询	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
过敏测试	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
首选诊断实验室（非预防性），即，参考实验室	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
诊室 X 光（非预防性）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险

福利	UC 家庭	网络	网络外
其它诊断测试（非预防性；包括听力和 EKG）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
高级诊断映像（包括 MRI、CAT 扫描）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
诊室手术	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
在诊室配给的处方药（包括过敏血清）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
矫正器	请查看“耐用医疗设备 (DME)、医疗器件、医疗和手术用品”		
门诊设施服务			
设施手术收费	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额，加上 自付额之后 10% 共同保险	每次入院 \$250 共付额，加上 自付额之后 40% 共同保险 再加上额外的 25% 非合约医院罚金*
门诊手术中心	5% 共同保险	每次入院 \$250 共付额，加上 自付额之后 10% 共同保险	每次入院 \$250 共付额，加上 自付额之后 40% 共同保险 再加上额外的 25% 非合约医院罚金*
*非合约医院罚金。 对于由非合约医院提供的服务和用品，最大允许金额将会 降低 25% 。在计算您的共同保险金额之前，将从最大允许金额扣除这个罚金，以及任何福利付款将根据这个扣除后的最大允许金额来计算。您将负责支付这个额外的费用。只有急救服务才能免除这个扣除金额。为了避免这个罚金，请确保选择一家合约医院。			
其它设施手术收费（包括诊断 X 光和实验室服务、医疗用品）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险

福利	UC 家庭	网络	网络外
医生手术收费	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
其它医生收费（包括麻醉医师、病理医生、放射科医生、手术助理）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
其它设施收费（针对操作间或其它辅助服务）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
诊断实验室	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
诊断 X 光	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
其它诊断测试：听力，EKG 等（非预防性）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
高级诊断映像（包括 MRI、CAT 扫描）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
在门诊设施配给的处方药	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
物理治疗		请查看“疗法服务”	
预防性护理	没有共付额或共同保险	没有共付额、自付额或共同保险	不予承保
修复用品	请查看“耐用医疗设备 (DME)、医疗器件、医疗和手术用品”		
心理教育测试	请查看“精神健康和药物滥用服务”		

福利	UC 家庭	网络	网络外
放射治疗	请查看“疗法服务”		
康复服务	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
身故遗体送返	对于所有承保服务，最高 \$25,000	不适用	没有共付额、自付额或共同保险
美国范围外的服务 UC 贴士注意事项： 为大学公事而出差的学生，大学将为其提供一份出差意外保单，该保单由 UC Office of the President 管理，不会向学生收取额外的费用。关于本福利的更多信息以及想要注册本计划，请转到： http://www.ucop.edu/risk-services/loss-prevention-control/travel-assistance/ 请注意，为了在国外获得急救援助并利用本福利（包括为了大学公事而在外国国家工作和研究时的医疗后送和身故遗体送返），您必须在您出发之前在上方所列的网站上进行注册。注册很简单，并且不用 5 分钟。			
美国范围外	不适用	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
专业护理机构	请查看“住院服务”		
言语治疗	请查看“疗法服务”		
手术	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
远程医疗	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$40 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险

福利	UC 家庭	网络	网络外
颞下颌和颅下颌联合治疗			
福利取决于承保服务获得时的情景设计。			
疗法服务			
• 针灸（诊室环境）	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
• 脊椎按摩疗法 / 整骨疗法 / 手法治疗	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
• 物理、言语和职业疗法	每次就诊 \$10 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
• 化学疗法	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
• 血液透析	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
• 输液疗法（在任何情景设计中）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
• 放射治疗	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
变性服务			
福利取决于承保服务获得时的情景设计。			
需要事先认证			
• 变性手术移动费用			
– 移动费用—适用于每次手术操作（仅限于 6 程）	没有共付额、自付额或共同保险		不予承保
– 运送到将要进行手术的设备处。	双程经济舱最高 \$250	没有自付额	不予承保
– 酒店住宿仅限于一间双人房。	最高每天 \$100 ，每程最多 21 天		不予承保

福利	UC 家庭	网络	网络外
没有自付额			
– 其它合理支出（不包括烟草、酒精、药物和餐饮）	最高每天 \$25 ，每程最多 21 天 没有自付额		不予承保
重要提示： 服务必须通过事先认证获得批准。请查看“获得福利批准”了解详细信息。			
移植服务	请查看“类器官和组织移植（骨髓/干细胞）服务”		
紧急护理服务（诊室就诊）			
紧急护理诊室就诊收费	每次就诊 \$25 共付额	每次就诊 \$25 共付额 没有自付额	自付额之后 40% 共同保险
其它收费（比如诊断 X 光和实验室服务、医疗用品）	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	自付额之后 40% 共同保险
如果您在医院或其它门诊设施获得紧急护理，请参考“门诊设施服务”了解您将需要支付的费用。			
眼科服务 （适用于眼部受伤和/或疾病的医疗和手术治疗） “预防性护理”福利承保了联邦法律要求的某些眼科筛查。	福利取决于承保服务获得时的情景设计。		
眼科服务—小儿眼科（不满 19 岁会员）	请查看本章节中后面部分的单独的总结。		

人类器官和组织移植（骨髓/干细胞）服务

当您认为您可能需要移植服务时，请尽快致电移植部门商谈您的福利选项。您必须在移植评估和/或病情检查之前致电移植部门。想要获得您的计划的最大福利，您必须从 **Centers of Medical Excellence (CME)**、**Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC)** 或 **UC 家庭医疗服务提供者** 获得某些人类器官和组织移植服务。

报销管理人提供 **Centers of Medical Excellence (CME)** 网络和 **Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC)** 的使用权限。即使医院是其他服务的网络医疗服务提供者，它也有可能不是某些移植服务的网络移植医疗服务提供者。仅当这些程序是在 **CME**、**BDCSC** 进行的或者由 **UC 家庭医疗服务提供者** 执行的时候才能够得到承保。

请打电话找出哪些医院属于网络移植医疗服务提供者。（在致电会员服务部时，请向移植案件管理员索要进一步的详细信息。）

每个这样的网络中所包含的设施经选择用来提供以下指定的医疗服务：

- 整理了移植设施，提供以下指定的移植服务：心脏、肝脏、肺部、心肺结合、肾脏、胰腺、胰肾同步或骨髓/干细胞和类似程序。受任何适用的共付额或自付额的约束，**CME** 和 **BDCSC** 已经同意了相关费率，他们将接受这个费率并作为承保服务的全部付款。仅当这些程序是在 **CME**、**BDCSC** 进行的或者由 **UC 家庭医疗服务提供者** 执行的时候才能够得到承保。

下方描述的要求并不适用于以下情形：

- 角膜移植，这将作为其它手术得到承保；以及
- 您在移植福利期间之前或之后获得的与承保的移植程序相关的任何承保服务。请注意，不论服务日期是什么时候，承保的移植程序福利包括了初次评估、您的医疗服务提供者为了确定您是否符合移植轮候人资格而进行的任何增加的测试以及骨髓/干细胞的收集和储藏。

不属于人类器官和组织福利的承保服务福利将取决于承保服务获得时的情景设计。请查看“承保范围”章节了解额外的信息。

	UC 家庭	网络	网络外
移植福利期间	在承保移植程序的前一天开始并在适用的案件费率/全球时间期限内一直持续。取决于所获得的移植的类型和网络移植医疗服务提供者协议，天数可能会不同。对于在网络移植医疗服务提供者设施获得的或由网络移植医疗服务提供者设施协调的服务，请致电案件管理人获取具体的网络移植医疗服务提供者信息。		不予承保
在移植福利期间承保的移植程序	UC 家庭	网络	网络外

需要事先认证	在移植福利期间，您将支付 5% 的共同保险 在移植福利期间之前和之后，承保服务将作为住院服务、门诊服务、在家就诊或诊室就诊而得到承保，取决于服务执行的地点。	在移植福利期间，每次入院在自付额之后您将支付 \$500 共付额加上自付额之后 10% 共同保险共付额 在移植福利期间之前和之后，承保服务将作为住院服务、门诊服务、在家就诊或诊室就诊而得到承保，取决于服务执行的地点。	不予承保
在移植福利期间承保的移植程序	UC 家庭专业 and 辅助（非医院）医疗服务提供者 5% 共同保险	网络专业 and 辅助（非医院）医疗服务提供者 自付额之后 10% 共同保险	网络外专业 and 辅助（非医院）医疗服务提供者 不予承保
运输和住宿			
运输和装载限额			
将会员和一位陪同人员运输到指定医院。每次疗程仅限于六 (6) 趟。	每人最高 \$250 每趟 双程经济舱 没有自付额		
会员和一位陪同人员的住宿。仅限于一间双人房	每天最高 \$100 每次最多 21 天 没有自付额		
其它合理支出（不包括烟草、酒精、药物和餐饮）	每人每天最高 \$25 每次最多 21 天 没有自付额		

不相干的捐赠者从经授权的、获得许可的登记处搜索骨髓/干细胞移植用于承保的移植程序	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	不予承保
肝脏捐赠者健康服务	5% 共同保险	自付额之后 10% 共同保险	不予承保
捐赠者健康服务额度	从活的捐赠者获取器官产生的“病情需要”费用属于我们的最大允许金额承保的范围，包括捐赠程序并发症，从取得器官之日起最多六个星期。		
运输和装载限额			
- 将会员和一位陪同人员运输到指定医院。每次疗程仅限于六 (6) 趟。	最高 \$250 双程经济舱 没有自付额		
- 会员和一位陪同人员的住宿。仅限于一间双人房	每天最高 \$100 最多 7 天 没有自付额		
- 其它合理支出（不包括烟草、酒精、药物和餐饮）	每天最高 \$25 每次最多 21 天 没有自付额		

小儿牙科服务

福利年度自付额	网络和网络外
每位会员/家庭	\$60/\$120
所有受本计划承保的小儿牙科服务和用品受下方所列的福利年度自付额的影响。直到个人年满十九 (19) 岁的月份的最后一天，会员将一直得到承保。网络和网络外自付额相结合。	

支付费率	网络	网络外
计划支付	50%	50%
会员支付	50%	50%
当达到小儿牙科自付额之后，计划将对应获得的服务类型支付下方所示的最大允许金额的比例部分，直到达到最大允许金额。		

自付费用额度	网络和网络外
每位会员	\$1,000
每个家庭 — 所有其他成员相加	\$2,000
当您已经为福利年度期间发生的受承保的费用支付了以下总自付额之后，您将不再需要为福利年度的剩余时间支付共付额或共同保险，但是您仍然需要负责支付超过最大允许金额的费用。	

福利	网络	网络外
诊断和预防性服务 例如： • 小儿口腔检查 • 牙齿清洁 • 颌翼 X 光	没有共付额	没有共付额
基础服务-填料 例如： • 汞合金（银色） • 前段（前）复合材料（上色的牙齿） • 后段（后）汞合金复合材料津贴	50% 共同保险	50% 共同保险
牙髓服务 例如： • 牙根管	50% 共同保险	50% 共同保险
牙周服务 例如： • 刮牙和牙根整平术	50% 共同保险	50% 共同保险
口腔手术服务	50% 共同保险	50% 共同保险
主要服务 例如： • 牙冠	50% 共同保险	50% 共同保险
口腔修复服务 例如： • 假牙 • 齿桥	50% 共同保险	50% 共同保险
具有牙科必要性的牙齿矫正服务* * 儿童牙齿矫正的承保时间从八岁开始。这意味，为了获得保险，儿童在八岁之后必须已经开始矫正牙齿。	50% 共同保险	50% 共同保险
具有牙科必要性的牙齿矫正最大限额	没有最大限额	没有最大限额
整形牙齿矫正服务	不予承保	不予承保

小儿眼科服务

支付费率	网络	网络外
会员支付	没有共付额	没有共付额
您可以选择由网络眼科护理医疗服务提供者或网络外眼科护理医疗服务提供者来提供您的眼镜服务；但是，您的福利将会受到该选择的影响。 直到个人年满十九 (19) 岁的月份的最后一天，会员将一直得到承保。 网络眼科护理医疗服务提供者共付额：由网络眼科护理医疗服务提供者提供的服务和用品不需要共付额。您的眼科护理服务和用品费用将按照优惠价格收取。 网络外眼科护理医疗服务提供者共付额。由网络外的眼科护理医疗服务提供者提供的服务和用品不需要共付额，但是您将需要负责支付下方所示的超过眼科护理最大允许金额的任何账单费用。		

福利	网络	网络外
常规眼科检查—每个福利年度一次	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$30 的 最大允许金额
综合低视力检查—每五个 (5) 福利年度一次	没有共付额	不予承保
低视力随访就诊—在任意五 (5) 个福利年度内最多四 (4) 次就诊	没有共付额	不予承保
光学/非光学辅助器—每个福利年度最多一 (1) 次	没有共付额	不予承保
镜框*（配方）—每个福利年度一次	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$45 的 最大允许金额

标准塑料或玻璃镜片 —每个福利年度一次		
包括了以下镜片选项，当从网络医疗服务提供者获得这些镜片选项时，不会有额外的费用：		
— 过渡镜片 — 光敏塑料镜片 — 偏光镜片 — 标准聚碳酸酯 — 工厂粗面涂层 — UV 涂层 — 防反射涂层（标准、高级或超高级） — 色调（时尚和梯度） — 超大尺寸和玻璃-灰色 #3 处方太阳镜镜片 — 混合分割镜片 — 中等视力镜片 — 高指数镜片		
单视觉	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$25 的 最大允许金额
双光眼镜	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$40 的 最大允许金额
三焦距透镜	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$55 的 最大允许金额
透镜	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$70 的 最大允许金额
进展型（标准、高级、精选或超高级）	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$40 的 最大允许金额
隐形眼镜* （配方）		
— A (1) 一年用量的隐形眼镜，而不是眼镜镜片 — 隐形眼镜福利包括选择性和非选择性隐形眼镜的配镜、评估和跟进护理		
选择性（常规或一次性）镜片；或	没有共付额，配方	没有共付额 最高达到 \$60 的 最大允许金额
非选择性隐形眼镜	没有共付额	没有共付额 最高达到 \$40 的 最大允许金额
*如果您获得选择性或非选择性隐形眼镜，则您将没有可用的眼镜镜片福利，直到您符合本“福利一览表”中列出的福利频率。		

获得福利批准

在寻求护理之前，相关服务要求获得校园 SHCS 的转介。您的计划同时还包括了“利用查审”程序，该程序决定服务何时是符合“病情需要”或具有“试验性”/“临床研究性”的，这些术语在本福利手册中有定义。通过审查治疗的使用情况以及在适当的情况下审查治疗的护理水平和/或执行治疗的情景设计或服务地点，“利用审查”帮助提供效益良好的医疗护理。服务必须是符合“病情需要”才能成为承保服务。当护理水平、服务的情景设计或地点是审查的一部分时，可以以更低水平的护理或更低的费用设置便可以安全向您提供的服务，如果以更高水平的护理或更高的费用设置/护理地点来提供的话，将不符合“病情需要”。

为了让您能够获得福利，某些服务必须经过审查才能确定是否符合“病情需要”。“利用审查”标准将取决于许多资料，包括医疗政策和临床指南。如果您没有尝试其它更具有效益的治疗，Anthem 将会决定您要求的服务不符合“病情需要”。

如果您有与本章节信息有关的任何问题，请致电您的学生医疗服务部或拨打 1-866-940-8306 致电 UC SHIP Member Services。

即使您的服务被确定为符合“病情需要”，也不能保证经审查的服务或治疗能够得到承保或付款。想要福利得到承保，在您获得服务的当日：

1. 您必须具有获得福利的资格；
2. 必须已经支付了服务提供期间的保费；
3. 服务必须属于您的计划的承保服务；
4. 服务必须不能属于您计划的“除外条款”情况；以及
5. 您必须没有超过您的计划的任何可适用的限额。

审查类型

- **服务前审查**——一种为了获得承保决定而在服务或治疗开始之前或住院日期之前完成的对服务、治疗或入院的审查。
 - **事先认证**——一种必需的、为了获得福利承保决定而对服务或治疗进行的服务前审查。为了让您能够获得福利，某些特定服务要求进行事先认证。福利承保审查将包括对一项决定服务是否符合病情需要的定义或者是否是试验性的/临床研究性的审查，这些术语在本福利手册有定义。

对于急救护理之后的住院，您、您的授权代表或医生必须在入院 72 小时内或在一个合理时间内尽快通知报销管理人。对于住院分娩的，不需要事先认证，除非发生了问题和/或母亲和婴儿的出院时间不同。对于阴道分娩，前面 48 小时不需要事先认证，而对于剖腹产，前面 96 小时不需要事先认证。超过 48/96 小时的住院需要事先认证。
 - **事先决定**——一种可选择的、自愿的审查请求，当存在相关的临床承保指导时，请求获得福利承保决定。福利承保审查将包括对一项决定服务是否符合病情需要的定义或者是否是试验性的/临床研究性的审查，这些术语在本福利手册有定义。
- **持续住院/并发审查**——一种为获得福利承保决定而对服务、治疗或入院进行的“利用审查”，必须持续留在设施或者在保持治疗过程中完成。

如果在了解您的医疗状况的治疗医生或任何医生看来，如果没有这种护理或治疗，您的生命或健康或您恢复最大功能的能力将会严重受到威胁或者如果没有这种护理或治疗您便可能遭受不能适当控制的严重疼痛时，服务前审查和持续住院/并发审查可能被视为是紧急的。紧急审查按照比标准审查更短的时间进行审查。

- **服务后审查**——一种为了获得福利承保而在服务提供之后完成的关于服务、治疗或入院的审查。当服务、治疗或入院不需要事先认证或者没有获得需要的事先认证或者当没有进行事先决定时，便会进行服务后审查。服务后审查是对服务、治疗或入院的审查，其中报销管理人拥有相关的临床承保指南并且通常是由报销管理人发起的。

对于需要事先认证的服务（即，需要由报销管理人审查决定是否符合病情需要的服务）包括但不限于以下服务：

1. 入住专业护理设施，如果经您的主治医师认证，您需要日常专业护理或康复。
2. 非急救转院时使用的空中救护车服务。
3. 某些特定的非急救地面救护车服务
4. 减肥手术服务，比如胃绕道手术和其它减肥手术程序，包括减肥移动支出，如果：
 - a. 服务的执行是为了治疗病态肥胖；
 - b. 手术团队的医师和将要进行手术的设施获得批准可进行所请求的手术程序；以及
 - c. 减肥手术程序将在 BDCSC 设施进行或由 UC 家庭医疗服务提供者执行。
5. 广泛性发育障碍或孤独症的行为健康治疗。
6. 生育能力保存和相关承保服务。
7. 居家护理。必须达到以下标准：
 - a. 经您的主治医师的认证，可以在您家里安全进行服务；
 - b. 您的主治医师在您的家里管理和指导您的医疗护理；以及
 - c. 您的主治医师已经建立了一个明确的治疗计划，该计划必须与您的医疗需要相一致并且列出了将由居家医疗护理机构提供的服务。
8. 安排好的非急救住院以及入住居住治疗中心。

例外：以下服务的住院不需要“利用审查”：

 - a. 顺产之后不超过 48 小时的产科护理，或剖腹产之后不超过 96 小时的产科护理；以及
 - b. 与乳腺癌诊断相关的乳房切除术和淋巴结清除术。
9. 家庭输液疗法医生提供的服务，如果在服务提供之前主治医生已经递交了处方药和治疗计划。
10. 变性手术福利和相关承保服务将按如下方式提供：
 - a. 外科手术程序：
 - 服务符合病情需要并且是适当的；以及
 - 手术团队的医师和将要进行手术的设施获得批准可进行所请求的变性手术。
 - b. 变性手术移动费用：

- 适用于手术和相关服务，需要经过报销管理人批准；以及
- 变性手术必须在报销管理人指定的并且经过批准可进行所请求的变性手术的具体设施进行。

11. 包含了移植移动费用的移植服务。某些特定移植必须符合以下标准：

- 对于骨骼、皮肤或角膜移植，如果手术团队的医师和将要进行手术的设施获得批准可进行所请求的变性手术。
- 对于心脏、肝脏、肺部、心肺结合、肾脏、胰腺、胰肾同步或骨髓/干细胞和类似程序，如果相关手术前和手术后服务的医疗服务提供者获得了批准并且移植将在 **Centers of Medical Excellence (CME)**、**Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC)** 设施进行或者由 UC 家庭医疗服务提供者执行。

谁负责事先认证？

通常，网络医疗服务提供者知道哪些服务需要事先认证并且会在需要的时候获取任何事先认证，或者是寻求事先决定，即使并没有这样的要求。已经向您的主治医师和其它网络医疗服务提供者提供了关于这些程序的详细的信息，并且将由他们来负责确保满足这些要求。如果是向网络外的、没有合作的医疗服务提供者或 **Blue Card** 医疗服务提供者请求服务，您将负责获得这些事先认证。通常，下单医疗服务提供者、设施或主治医生（请求医生）将会与报销管理人联系，请求进行事先认证或事先决定审查。但是，您可以请求事先认证或事先决定或者您可以选择一位授权代表来代表您进行具体的请求。授权代表可以是任何已满 18 岁的个人。下方表格列出了由谁负责事先认证以及在何种情况下需要进行认证。

医疗服务提供者 网络状态	获得事先认证的责任	评论
网络	医疗服务提供者	医疗服务提供者在需要时必须获得事先认证
网络外/非合作	会员	- 会员在需要时必须获得事先认证。（致电会员服务部。） - 会员可能需要在经济上负责支付与服务和/或设置相关的全部或部分收费/费用，如果服务和/或设置被发现不符合病情需要。
BlueCard 医疗服务提供者	会员 (住院除外)	- 会员在需要时必须获得事先认证。（致电会员服务部。） - 会员可能需要在经济上负责支付与服务和/或设置相关的全部或部分收费/费用，如果服务和/或设置被发现不符合病情需要。 BlueCard 医疗服务提供者必须为所有住院病人获得事先认证。
注：对于急救护理住院，不需要事先认证。但是，您、您的授权代表或医生必须在入院 72 小时内或在一个合理时间内尽快告知我们。		

与病情需要相关的决定是如何做出的

报销管理人将使用临床承保指南（比如医疗政策、临床指南和适用的政策）来帮助做出“病情需要”决定。医疗政策和临床指南反映了被确定为适当医疗实践的实践标准和医疗干预。报销管理人保留随时审查和更新这些临床承保指南的权利。

您有权利免费索要并合理获取与您的请求相关的记录。想要索要这些信息，请致电您的身份证明背面的事先认证电话号码。

根据本章节中您的福利，如果您对报销管理人的决定不满意，请参考“您的上诉权利”章节，查看您可以利用哪些权利。

决定和通知要求

报销管理人将根据下方列出的时间表审查福利请求。列出的时间表和要求是根据联邦法规做出的。您可以拨打您的身份证明上的电话号码获取更多信息。

审查类型	决定和通知的时间要求
紧急服务前审查	收到请求之后 72 小时
非紧急服务前审查	收到请求之后 15 个日历日
紧急并发/持续住院审查距离上次事先认证终止之前超过 24 小时时收到的请求	收请求之后 24 小时
紧急并发/持续住院审查距离上次事先认证终止之前不足 24 小时或者之前不存在事先认证时收到的请求为紧急请求	收请求之后 72 小时
针对正在进行的门诊治疗的非紧急并发/持续住院审查	收到请求之后 15 个日历日
服务后审查	收到请求之后 30 个日历日

如果需要更多的信息来做出决定，报销管理人将会把需要用来完成审查的具体的信息告诉提出请求的医疗服务提供者。如果报销管理人没有在要求的时间表内收到需要的具体信息，将会根据已收到的信息做出决定。

根据州和联邦法规，报销管理人将把它的决定通知您和您的医疗服务提供者。可能通过以下其中一个或多个方法提供通知：口头、书面和/或电子方式。

重要信息

报销管理人可能不时放弃、增加、变更或结束某些特定的医疗管理程序（包括利用管理、案件管理和疾病管理）和/或在由其自行决定情况下另外提供替代福利，这些改变能够确保进一步提供划算的、基于价值的和/或高质量的服务。

报销管理人可能还会选择某些符合资格的医疗服务提供者参与计划或参与医疗服务提供者安排，这可以免除他们进行某些程序上的或医疗上的管理程序，如果没有这种免除，他们将适用这些程序。如果某些情况适用的话，报销管理人可能还会让您的报销无需进行医疗审查。

仅仅因为报销管理人使程序、医疗服务提供者或报销无需遵从本应适用的标准，并不代表报销管理人在将来也会这样做，或者在将来也会为任何其他医疗服务提供者、报销或会员这样做。在可能会也可能不会事先通知的情况下，报销管理人可以停止或改变任何这样的免除。

通过联系您的身份证明上的会员服务部电话号码，您可以找出一个医疗服务提供者是否参加了某些计划。

如果报销数据表明可能存在不当账单操作时，报销管理人可能还会确定某些医疗服务提供者，对他们进行潜在欺诈、浪费、滥用或其它不当行为的审查。如果一个医疗服务提供者被这个计划选中，那么报销管理人可以在审查该医疗服务提供者提交的报销时使用一个或多个临床利用管理指南，即使这些指南并不适用于向本计划会员提供服务的所有医疗服务提供者。

医疗计划个人案件管理

我们的医疗计划个人案件管理计划（案件管理）为由于严重、复杂和/或慢性健康状况而需要医疗护理的会员协调服务。报销管理人的计划协调相关福利以及教导同意参加案件管理计划的会员，帮助满足他们的健康相关的需求。

案件管理计划是保密性的和自愿性的，并且免费向您提供。这些计划由您的医疗计划案件管理职员提供，或代表他们提供以及经他们请求之后提供。这些案件管理计划跟您正在获得的承保服务是分开的。

如果您符合计划标准并且同意参加，报销管理人将帮助您达到您确定的医疗护理需求。这是一种与您和/或您选择的授权代表、治疗医师和其他医疗服务提供者之间的全面联系和团队合作。

此外，报销管理人可能会帮助协调护理与现有基于社区的计划和服务之间的关系，从而确保满足您的需求。这可能包括向您提供与外部机构以及基于社区的计划和服务有关的信息。

在某些严重或慢性疾病或受伤案件中，计划可能提供没有被列为承保服务的替代护理福利。计划还可能会在超过本计划的福利年度最大额之后延长承保服务期限。如果报销管理人自行决定，提供替代福利或延长福利期限是最有益于您和计划的，而您或您的授权代表书面同意接受替代福利或延长福利期限，则报销管理人将会根据不同情况做出它的决定。在一个案件中，做出延长福利期限或同意提供替代护理的决定，并不代表计划也有义务再次向您提供同样的福利或有义务向任何其他会员提供同样的福利。计划保留随时更改或停止延长福利期限或同意提供替代护理的权利。在这种情况下，报销管理人将会书面通知您或您的授权代表

承保范围

本章节描述了您的计划可用的承保服务。您的承保服务受本福利手册列出的所有条款和条件的约束，包括但不限于福利最大额、自付额、共付额、共同保险、除外条款和病情需要要求。请参考“福利一览表”了解关于您需要为承保服务支付的金额相关的详细信息以及与任何福利最大额相关的详细信息。请务必参考“您的计划是如何运作的”章节，了解与您的计划规则相关的额外信息。阅读“不承保的范围”章节了解与被排除的服务相关的重要详细信息。

您的福利的说明如下。福利是按字母排序的，方便您查找它们。请注意，可能有几个章节适用于您的报销。例如，如果您要做手术，您的住院福利将会在“住院服务”中有说明，而您的医师服务的福利将会在“医师服务”中说明。所以，您应该查看您的报销可能适用的所有福利说明。

您还应该注意，许多承保服务都是可以在多个情景设计（包括在医生诊室、紧急护理设施、门诊设施或住院设施）中获得的。取决于您选择在哪里获得承保服务，福利会经常改变，而这会导致您需要支付的金额的改变。请查看“福利一览表”了解在各种情景设计中福利如何不同。

针灸

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

过敏症服务

您的计划包括符合病情需要的过敏测试和治疗福利，包括过敏血清和过敏疫苗注射。

救护车服务

当符合以下一种或多种形式时，符合病情需要的救护车服务属于承保服务：

- 用来运送您的交通工具获得州的许可、经过设计、配有装备并且仅用来运输病人和伤者以及配有医疗急救技术人员 (EMT) 或其他经认证的医疗专家。这包括地面、水路、定翼机和旋翼机空中运输。
- 对于地面救护车，您：
 - 被从您的家、事故现场或医疗急救现场送到医院；
 - 被从一个医院送到另一个医院，包括当报销管理人要求您从一个网络外医院移到一个网络医院时；
 - 被从一个医院送到一个专业护理设施；或者
 - 在医疗或专业护理设施或其它经批准的设施之间被转送。
- 对于空中或水路救护车，您：
 - 被从事故现场或医疗急救现场送到医院；
 - 被从一个医院送到另一个医院，包括当报销管理人要求您从一个网络外医院移到一个网络医院时；或
 - 被从一个医院送到一个经批准的设施。

救护车服务需要接受“病情需要”审查。急救地面救护车服务并不需要事先认证并且无论医疗服务提供者是网络内还是网络外医疗服务提供者，都允许使用急救地面救护车服务。

非急救救护车服务需要接受“病情需要”审查。当使用空中救护车进行非急救运输时，报销管理人保留选择空中救护车医疗服务提供者的权利。如果您不使用所选择的空中救护车医疗服务提供者，网络外医疗服务提供者可能会向您收到任何超过最大允许金额的费用。请查看“福利一览表”了解最大福利。

您必须被运送到可以为您的病情提供护理的最近的设施。在某些情况下，报销管理人可能会批准将您运送到不是最近的设施的福利。

福利同时还包括疾病或损伤“病情需要”治疗由医疗专家救护车服务的，即使您没有被送到设施。

当可以使用另一种类型的运输而不威胁您的健康时，救护车服务不能获得承保。出于您的方便或您的家人或医生的方便而使用的救护车服务不属于承保服务。

其它不予承保的救护车服务包括但不限于以下地点的行程：

- a) 到医生诊室或诊所；
- b) 太平间或殡仪馆。

关于空中救护车福利的重要提示

仅当不适合使用地面或水路救护车时才能使用空中救护车福利。例如，如果使用地面救护车会威胁您的健康以及您的医疗状况，要求以比地面救护车更快的速度将您运送到一个设施，则计划将承保该空中救护车服务。如果您处于一个地面或水路救护车不能到达的地区，空中救护车服务也会得到承保。

如果您被运送到非急症护理医院（比如专业护理设施），或者如果您被运送到医师诊室或您的家，空中救护车服务将不会得到承保。

医院间运送

如果您从一个医院移到另一个医院，仅当使用地面救护车将会威胁您的健康以及如果之前治疗您的医院不能给予您需要的医疗服务时，空中救护车服务才能得到承保。并非所有医院都有某些专业服务。例如，仅某些医院有烧伤处理、创伤治疗和重症监护。想要获得承保，您必须被运送到可以治疗您的最近的医院。仅仅因为您、您的家人或您的医疗服务提供者喜欢某个特定的医院或医师，空中救护车转院将不能获得承保。

非急救：UC SHIP 承保非急救救护车和精神病治疗运输车服务，如果医师确定您的病况要求使用只有获得执照的救护车（或精神病运输车）才能提供的服务并且使用其它运输手段将会威胁您的健康。仅当车辆送您去承保服务地点以及从承保服务地点接您回来的时候，这些服务才能够得到承保。

救护车服务的除外条款：由轿车、的士、巴士、面包车和任何其它类型的运输进行的运输（获得执照的救护车或精神病运输车除外），即使这是到达承保服务地点的唯一路径。

行为健康服务

请查看本章节后面部分的“精神健康和药物滥用”。

乳腺癌

提供的与乳腺癌的筛选、诊断治疗相关的服务和用品包括：

1. 为治疗确诊的疾病或损伤而进行的诊断性乳房 X 线检查。常规乳房 X 线检查将得到“预防性护理服务”福利的承保。
2. 乳腺癌 (BRCA) 测试，如果您的医师与遗传咨询和评估一同确定这是适当的话。当作为一项预防性护理服务而完成时，BRCA 测试将得到“预防性护理服务”福利的承保。
3. 乳房切除术和淋巴结清除术；乳房切除术并发症（包括淋巴水肿）。
4. 为了恢复和获得对称性而在乳房切除术之后进行的符合病情需要的重塑手术。
5. 乳房切除术之后的乳房假体（请查看“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”）。

根据本计划的条款和条件提供本保险范围，这些条款和条件适用于所有其它医疗状况。

化学疗法

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

脊椎按摩疗法和整骨疗法服务

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

临床试验

福利包括常规病人护理费用等服务的保险，当您是经批准的临床试验的参与者时向您提供，如果这些服务属于本计划的承保服务的话。“经批准的临床试验”是指研究癌症或其它威胁生命的状况的预防、检测或治疗的 I 期、II 期、III 期或 IV 期临床试验。术语“威胁生命的状况”是指除非疾病或状况得到治疗否则可能导致死亡的任何疾病或状况。

福利仅限于以下试验：

- 由以下部门批准或资助的联邦政府资助试验：
 - 国家卫生研究院。
 - 疾病控制与预防中心。
 - 卫生医疗研究和质量机构。
 - Medicare 与 Medicaid 服务中心。
 - 在 (a) 通过 (d) 或卫生保健研究和质量机构或退伍军人事务部中描述的任何实体的合作集团或中心。
 - 由国家卫生研究院颁发的中心支持政府奖助指南中规定的符合资格的非政府研究实体。
 - 下方 i-iii 中的任何实体，如果研究或调查已经通过同业互查系统经过审查获得批准，并且卫生与公共服务部部长确定该同业互查系统 1) 与由国家卫生研究院使用的研究和调查同业互查系统相当，以及 2) 能够确保由与审查结果没有个人利益的符合资格的个人进行最高科学标准的公正的审查。
 - i. 退伍军人事务部。
 - ii. 国防部。
 - iii. 能源部。

- 作为临床研究性新药应用的一部分而完成的由食品和药物管理局审查的研究或调查；
- 为无需进行新药应用临床研究的药物试验进行的研究和调查。

您的计划可能会要求您使用网络医疗服务提供者来最大化地利用您的福利。

常规患者护理费用包括向您提供的与经批准的临床试验有关的物品、服务和药物，原本这些费用由本计划承保。

所有临床试验服务请求（包括不属于经批准的临床试验的一部分的服务）将根据报销管理人的临床保险指南、相关政策和程序进行审查。

您的计划不需要提供以下服务福利并保留排除任何以下服务的权利：

- 临床研究物品、设备或服务；或
- 仅为了满足数据收集和分析需求而提供的以及不用于患者直接临床管理的物品和服务；或
- 明显与广泛接受和建立的特定诊断护理标准相一致的服务；
- 由试验赞助商支付或试验赞助商本应支付的任何物品或服务。

牙科服务

准备好口腔进行治疗

您的计划保险包括为医疗服务和治疗进行口腔准备牙科服务，比如为了治疗癌症而进行放射治疗以及为植牙做准备。承保服务包括：

- 评估
- 牙科 X 光
- 拔牙，包括手术拔牙
- 麻醉

意外伤害治疗

福利还可用于治疗事故造成的下巴、健全的天然牙、嘴巴或脸部伤害所需要的牙科治疗。

治疗必须在伤害发生之后 12 个月内开始，或在伤害发生之后尽快进行，以便获得本计划承保。

其它小儿牙科服务

福利还可用于符合病情需要的牙科或畸齿矫正服务，这些服务是腭裂手术的重塑手术不可或缺的一部分。“腭裂”是指一种可能包括腭裂、唇裂或其它与腭裂相关的颅面畸形的状况。

牙科服务—小儿

计划为会员承保以下牙科护理服务，直到其满十九 (19) 岁的月份的最后一天，当这些服务是由执业牙医来执行的，并且根据普遍接受的牙科实践标准被确定为是需要的和符合习惯的。如果有多于一个专业的可接受治疗适用于您的牙齿状况，计划管理人将承保费用最低的治疗。

诊断和预防性服务

- 口腔评估（检查）—初次和定期

- 咨询—包括专家咨询
- 射线照片（X 光）
 - 与定期检查结合的咬翼片 X 光，任何 6 个月期间内仅限于 1 个系列（4 张图片）
 - 在急救或偶然发生的基础上，可以允许单独咬翼片或线根尖片
 - 与定期检查结合的全口 X 光，任何 24 个月期间内仅限于 1 次
 - 全景 X 光—在任何 24 个月期间内仅限于一次
- 清洁牙齿（预防）—在任何 12 个月期间内仅限于 2 次。预防是一种除去牙齿的斑块、牙石（结石）和污迹的程序
- 氟化物或含氟涂料的局部应用
- 牙科充填材料治疗—仅承保第一个和第二个臼齿
- 间隙保持器（包括丙烯酸和固定带类型）
- 预防性牙科教育和口腔卫生指示

基础修复服务

- 修复（填料）—承保范围如下：
 - 汞合金、复合树脂、丙烯酸、龋齿治疗用的人造或塑料修复体（腐烂）。如果可以通过使用这些材料修复牙齿，任何其它修复（比如牙冠）将会被视为是选择性治疗
 - 用在后牙齿上的复合树脂或丙烯酸修复体属于选择性治疗
 - 填充有少量树脂的非整形修复体
 - 仅当重复性腐烂或断裂等状况证明修复体存在缺陷时才能更换修复体
- 固定针和固定针的拼放—仅当进行修复时一同提供的，才能得到承保
- 镇静剂基地和镇静剂填料
- 基础拔牙—包括手术后护理，比如检查、拆线和并发症治疗。
- 牙髓服务
- 直接盖髓术
- 治疗性的牙髓切断术
- 氢氧化钙根尖成填充
- 齿根切断术
- 根管治疗术—包括培养根管，并且对之前的根管疗法的再处理仅限于以下内容：
- 仅临床或放射影像迹象表明存在脓肿形成和/或患者出现相关症状时才承保牙根管治疗
- 在没有病理的情况下，移除或重新处理银尖、过度充填、填充不足、不完全填充或根管内残留的破碎工具，并不属于承保福利
- 根尖切除术
- 活力检验

牙周服务

- 牙周刮治术、根面平整术和龈下刮治术—在任何 12 个月期间内仅限于五个象限
- 龈切除术
- 骨质或粘膜牙龈手术

附加普通服务

- 局部麻醉剂。这做为重塑服务的一部分而被包括在内；例如，牙冠或填料。
- 口服镇静剂和一氧化二氮—如果是在牙科诊室由医疗服务提供者在他或她的执业范围内分配的，则能够得到承保。

口腔手术服务

口腔手术服务包括手术后护理，比如检查、拆线和并发症治疗。

- 手术拔牙

- 仅当能够证明存在病理情况时，阻生牙的移除才能够得到承保
- 口腔组织的活组织检查
- 牙槽缘切除术
- 囊肿和肿瘤切除
- 上颌隆突和下颌隆突治疗
- 系带切除术
- 脓肿切割和排水
- 根部修复（单独程序）
- 全身麻醉
 - 牙科医生为承保的手术服务所提供的全身麻醉能够得到承保

主要修复服务

- 牙冠—包括那些由丙烯酸、丙烯酸和金属、陶瓷、陶瓷与金属、全金属、镶金或四分之三牙冠以及不锈钢做成的牙冠。相关固定针和固定针的拼放同样包括在内。牙冠的承保范围如下：
 - 每个元件的更换在 36 个月期间内仅限于一次，除非牙冠不再起作用
 - 对于儿童，只有已满 11 岁，冠和不锈钢牙冠才能够得到承保。如果为已满 11 岁的儿童选择其它类型的牙冠则会被视为是一项选择性治疗
 - 仅当牙中没有留有足够的保持质量来固定填料时，牙冠才能够得到承保
 - 第二双尖牙后面的胶合将被视为是选择性治疗。我们将为铸造全牙冠支付津贴
- 牙冠再胶结、镶嵌和贴胶
- 铸造桩核，包括牙冠下方的保留物
- 牙冠修复

口腔修复服务

- 固定齿桥—对于铸造成金属烤瓷或加工成金色塑料的固定齿桥，承保范围如下：
 - 承保 16 岁的个人和已满 18 岁的个人为 16 岁以下的个人提供固定齿桥将会被视为是选择性治疗以及将会承保空隙保持器的津贴
 - 当需要替换缺失的永久性前牙时，固定齿桥能够得到承保
 - 仅当局部零件不能满意地修复这种情况时，固定齿桥才能够得到承保。当一个局部零件可以满意地修复这种情况时，如果使用了固定齿桥，其将会被视为是一个选择性治疗
 - 当基牙还健康时，用来替换缺失的后牙的固定齿桥将会被视为选择性治疗，并且只有出于支持桥体的目的时才能上牙冠
 - 当与同一弧线的部分托牙一同提供时，固定齿桥将会被视为选择性治疗
 - 仅当现在齿桥通过修复也不能令人满意时，固定齿桥的更换才属于承保范围

注：每条弧线，我们将最多承保 5 套牙冠或搭桥工作。在第六套之后，治疗将会被视为全口重建并且是一种选择性治疗。

- 齿桥再胶结
- 拱基或桥体的修复或替换
- 假牙—包括全上颌、全下颌、部分上部、部分下部、牙齿、扣子和压力缓冲器。假牙的承保范围如下：
 - 在初替换假牙之后的 36 个月内再替换局部假牙不在承保范围内，除非：
 - 由于天然牙缺失并且不能增加或替换现有局部假牙而需要替换假牙；或者
 - 假牙不合人意并且无法让令人满意
 - 局部假牙的承保仅限于铸铬或丙烯酸假牙的收费，如果这可以令人满意地恢复弧度。如果选择了更多精心制作或精密的矫治器，并且这不是令人满意地恢复弧度所必要的，则患者将负责支付所有额外的收费
 - 当牙弓的两边都存在牙齿缺失时，可以移除的局部假牙将被视为可以充分修复这种情况。这些情况的任何其它治疗将被视为选择性治疗。

- 在任何 36 个月期间内不能替换全上部和/或全下部假牙，除非现有假牙不合人意并且通过重新排列或修复仍然无法令人满意
- 全口假牙的承保范围将仅限于标准程序福利。如果选择了更人性化或更专业的治疗，患者将负责支付所有额外的收费
- 诊疗椅边或实验室进行的重新排列或重定基底—在任意 12 个月期间内，每条弧线承保一次
- 假牙修复和调整
- 组织调节—仅限于每个假牙两次
- 假牙复制
- 撑板—仅当用于儿童并且用作前部空间维持器才能够得到承保

畸齿矫正治疗

畸齿矫正治疗是一种对牙齿咬合不正以及相应的牙科和面部不协调的预防和纠正。计划将仅承保符合病情需要的畸齿矫正护理。在您开始任何畸齿矫正治疗之前，您或您的牙科医生应该向报销管理人提交您的治疗计划，确保该治疗属于计划的承保范围。

符合病情需要的畸齿矫正护理

符合病情需要的服务将需要进行审查。想要被视为符合病情需要，服务必须符合由报销管理人建立的病情需要护理标准。为预防疾病和促进口腔健康、修复口腔健康和功能结构、处理急救和紧急情况而符合病情需要时，计划将承保畸齿矫正护理。

您的牙科医疗服务提供者应该为本服务向 Anthem 提交一份事先认证表格。通过拨打您的身份证明上列出的电话号码或网让访问 www.anthem.com/ca 可以获得表格。您可以拨打您的身份证明上列出的电话号码致电会员服务部，要求其将事先认证表格传真给您的牙科医生。

事先认证程序的有关概述如下：

- “牙科专家审查”领域处理审查。
- 如果达到 Anthem 定义的标准，牙科专家审查部门会把批准结果传达给牙科医生和承保人。
- 如果没有达到 Anthem 定义的标准，牙科专家审查部门会把拒绝结果传达给牙科医生和承保人。
- 回答信函包含有进一步审查的步骤，包括与提交申诉有关的信息。
- 如果事先认证被拒绝，您有提交申诉的权利。

以下状况自动具有符合“病情需要的”畸齿矫正护理资格。

- 腭裂畸形。如果在诊断性投映上看腭裂并不明显，则必须提交由有资质的专家提供的书面证明，并且在他或她的专业信件抬头必须具有事先认证请求。
- 颅面畸形。应该提交由有资质的专家提供的书面证明，并且在他或她的专业信件抬头必须具有事先认证请求。
- 深度撞击覆咬合，当下门牙正在损毁颞部软组织以及存在组织撕裂或临床牙周附着丧失时。
- 个别前牙反牙合，当存在临床附着丧失和龈缘衰退时。
- 严重的创伤性偏差，比如由烧伤或事故、骨髓炎或其它总病理结果造成的前颌骨段丧失。状况的书面证明必须与事先认证请求一同提交。
- 超牙合大于 9mm 或者下颌前突（反向超牙合）大于 3.5mm。

畸齿矫正治疗可能包括以下内容：

- 有限治疗—不属于充分治疗的情况并且通常是为轻微牙齿松动而进行的治疗
- 阻断性治疗—用来防止未来治疗的严重性或在未来变得严重时协助治疗的有限（I 期）治疗阶段

- 综合（完全）治疗—全面治疗包括所有射线照片、诊断投映、矫治器和就诊
- 可摘矫治器疗法—一种可以摘除的并且没有被胶合或绑定在牙齿上的矫治器
- 固定矫治器疗法—一种被胶合或绑定在牙齿上的矫治器
- 复杂手术程序—出于畸齿矫正原因通过手术使受影响的或未萌出的牙齿露出来；或者通过手术重新放置牙齿

注：对于尚未完成的治疗（在受本计划承保之前放置的矫治器），将会按比例考虑它的福利

畸齿矫正除外条款

以下服务不予承保：

- 修复或替换缺失/破碎/被盗的矫治器，如果在畸齿矫正保留服务日期开始之后超过二十四 (24) 个月。
- 如果患者的畸齿矫正治疗被中断以及畸齿矫正带过早地被移除，则患者不再符合持续畸齿矫正治疗的资格。
- 如果由于病情需要患者的畸齿矫正带需要暂时移除，然后再重新放置，青少年牙齿 (D8080) 综合畸齿矫正治疗重新绑带报销应该与治疗医师或放射科医师提供的信函一同提交，在他们的专业信函抬头，说明为什么需要暂时移除绑带的原因。

畸齿矫正支付

因为畸齿矫正治疗通常会在一段很长的时间内存在，付款是在您的治疗过程中支付的。为了您的畸齿矫正治疗获得不间断的支付，受承保的个人必须持续拥有本计划的保险。

治疗付款的支付：1. 当治疗开始时（已安装矫治器）以及 2. 此后每六 (6) 个月，直到治疗结束或本保险终止。

在治疗开始之前，主治牙科医生应该向我们提交一份事前治疗评估。将会向您和您的牙科医生发送一份福利估算表格，指明预估的最大允许金额，包括任何您可能会欠款金额（共同保险）。当治疗开始时该表格充当报销表格。

当治疗开始时，牙科医生应该提交该福利估算表格，表格应具有矫治器替换日期和他的/她的签名。当福利和资格通过我们认证之后，我们将会向您发放付款。还将会向您和您的牙科医生发出一份新的/修改过的福利估算表格。该表格同样会充当报销表格，需要在矫治器替换之日起六 (6) 个月后提交。

糖尿病设备、教育和用品

将会对在治疗糖尿病中使用的医疗用品、服务和设备提供福利，包括糖尿病自我控制教育计划。

当存在以下情形时，对于胰岛素依赖型糖尿病、非胰岛素依赖型糖尿病或由于妊娠或另外的医疗状况而血糖水平升高的个人，糖尿病自我控制培训属于承保范围：

- 医疗必需性；
- 由医师或足病医生书面订购的；以及
- 由经州法律的许可、登记或认证的医疗护理专家提供的。

就本规定而言，“医疗护理专家”是指订购培训的医师或足病医生或者是已经获美国糖尿病协会的糖尿病教育认证的医疗服务提供者。

关于设备和用品的更多信息，请参考本章节的“医疗用品、耐用医疗设备和用品”规定。

诊断服务

您的计划包括当存在具体症状时找出或核查病况的测试或程序福利。测试必须由医疗服务提供者订购并且包括手术或住院之前订购的诊断服务。福利包括以下服务：

诊断实验室和病理学服务

诊断映像服务和电子诊断测试

- X 光/常规映像服务
- 超声波
- 心电图 (EKG)
- 脑电图 (EEG)
- 心回波图
- 由于医疗状况或受伤而进行听力和视力测试（不适用于筛选或预防性服务）
- 在手术程序或入院之前订购的测试。

高级成像服务

福利还可以用于高级成像服务，这包括但不限于：

- CT 扫描
- CTA 扫描
- 磁共振成像 (MRI)
- 磁共振血管成像 (MRA)
- 磁共振波谱分 (MRS)
- 核心脏学
- PET 扫描
- PET/CT 融合扫描
- QTC 骨密度测定
- 诊断性 CT 结肠成像

高级成像服务列表随医疗技术变化而变化。

耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品

耐用医疗设备和医疗器件

当设备达到以下标准时，您的计划福利包括耐用医疗设备和医疗器件：

- 旨在重复使用并且不属于一次性使用。
- 出于医疗目的而使用并且当医疗需求结束之后不再使用。
- 旨在在医疗设施外部使用。
- 由患者专用。
- 经制造用于医疗用途。
- 由医疗服务者订购。

福利包括只能购买的设备和器件（即拐杖和定制设备）、购买的或既有购买也有租用的设备和器件（即医院的床位和轮椅）以及持续的租用设备和器件（即氧浓缩器、通风设备和负压创伤治疗器件）。持续租赁

设备必须经过报销管理人的批准。对于持续的设备租赁，计划可能会限制保险额度。如果租赁费用高于单纯购买设备的费用，计划可能不会为超出的费用承保。

福利包手修复和替换费用以及利用设备或器件时需要的相关用品和设备，例如，电动轮椅电池。

配给的氧气和设备同样属于承保服务。

助听器服务

如果是由耳鼻喉科专家或经过州认证的听觉病矫治专家提供或者是出于他们的书面建议时，以下助听器服务能够得到承保。

1. 听力评估，测量听觉损失的程度以及确定最适合的助听器构造和模型。如果是到医师诊室就诊，这些评估将得到计划福利的承保。
2. 助听器（单耳或双耳）包括耳模、助听器说明、电池、传导线和其它辅助设备。
3. 收到承保的助听器之后一年期间内的装配、咨询、调节和修复就诊。

上方 2 和 3 的助听器承保费用仅限于每个耳朵一个助听器，每四年一次。

这些物品和服务能够得到您的计划的耐用医疗设备（“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”）福利的承保。

不会向以下服务提供任何福利：

1. 超过纠正听觉损失说明规格的助听器费用。
2. 通过手术植入的听力器件（即人工耳蜗、听力骨传导器件）。符合病情需要的通过手术植入的听力器件能够得到您的计划的修复器件（请查看“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”）福利的承保。

注：如果助听器是由网络外的医疗服务提供者提供的，则将不予承保。

矫正器

福利可用于某些类型的矫正器（背带、靴子夹板）。承保的服务包括初次购买、装配和修复定制的精确或半精确的支持性器件，这些器件的用途是支持、调整、预防或纠正畸形或改善身体的活动件的功能，或者限制或阻止脆弱或生病的身体部位移动。

修复用品

当符合日常生活活动的病情需要时，您的计划福利还包括修复用品，这些修复用品是出于功能或治疗目的而替代人体部位的人工替代品。

福利包括采购、装配、调节、修复和替换。承保的服务可能包括但不限于：

- 1) 假肢和附件；
- 2) 在手术移除眼睛的晶体之后使用的眼镜或隐形眼镜；
- 3) 《妇女健康和癌症权利法案》要求的乳房切除术之后的乳房假体（不论外部或内部）。
- 4) 结肠造瘘和其它与造瘘护理直接相关的造瘘（通过手术建造人工开口）用品。
- 5) 修复假体（复合面部修复）

医疗和手术用品

您的计划保险包括仅用于医疗用途的购买的一次性（不是租用的）医疗和手术用品。承保的用品包括耳咽管、针头、外科敷料、夹板和其它仅用于医疗用途的类似物品。承保的服务并不包括通常储藏在家里作普通使用的物品，比如创可贴、温度计和凡士林。

血液和血液制品

您的计划保险还包括给药方式和血液制品，除非它们是从社区资源获得的，比如通过血库捐献的血液。

糖尿病设备和用品

请查看本章节前面部分的“糖尿病设备、教育和用品”。

哮喘治疗设备和用品

当符合哮喘控制和治疗的病情需要时，福利可用于吸入器垫片、喷雾器（包括面罩和导管）以及最大流量计，包括让会员能够正确使用器件的教育。

急救护理服务

如果遇到紧急情况，请呼叫 911 或到最近的医疗治疗。

急救服务

福利可用于医院急诊室中在紧急情况下治疗症状发作的服务和用品，“紧急情况”的定义如下。**向并没有达到“紧急情况”定义的情况提供的服务将不能够得到承保。**

紧急情况（紧急医疗状况）

“紧急情况”或“紧急医疗状况”是指最近发作的医疗或行为健康状况和足够的严重性，包括但不限于严重疼痛，这种疼痛让对医药和健康具有普通认识的谨慎外行人相信他的或她的状况、病情或损伤，如果不能立即获得医疗护理，则可能会导致以下情形的发生：**(a)** 严重危害患者的健康或其他人的健康，或者，对于怀孕妇女，严重危害妇女的健康或未出生的婴儿的健康；**(b)** 严重损害身体功能；或者 **(c)** 严重降低任何身体器官或部位的功能。这些状况包括但不限于胸痛、中风、中毒、严重呼吸问题、意识不清、重度烧伤或砍伤、无法控制的流血、或癫痫以及报销管理人可能确定为属于“紧急情况”的其它急症状况。

紧急医疗护理

“急救护理”是指在医院急诊科完成的医疗或行为健康检查，以及其包括在急诊科通常用来评估“紧急情况”的服务。它包括为稳定患者所必需的任何进一步的医疗或行为健康检查和治疗。

符合病情需要的服务将能够得到承保，而不论您是从网络内还是网络外医疗服务提供者获得服务。您从网络外医疗服务提供者获得的急救护理将会得到承保，但是您可能需要支付网络外医疗服务提供者的收费与最大允许金额之间的差额，以及任何适用的共同保险、共付额或自付额。

网络外医疗服务提供者提供的急救护理的最大允许金额将是：

1. 与网络医疗服务提供者一起为提供的急救护理协商的金额；
2. 使用与报销管理人通常用来确定网络外服务付款的方法相同的方法计算出的急救服务金额，但是将网络费用分摊部分替换为网络外费用分摊部分；或者
3. Medicare 会为急救服务支付的金额。

如果您从急诊室被送到医院住院，请确保您或您的医生尽快致电报销管理人。报销管理人将会审查您的护理来决定是否批准住院以及他们将会批准的天数。查看“获得福利批准”了解更多详细信息。如果您或您的医生未能致电报销管理人，您可能需要支付被确定为不符合病情需要的服务费用。

根据您的主治医生，如果符合病情需要，在您的状况稳定之后获得的治疗将能够得到承保。

基因检测

供个人评估他们的各种状况风险的基因检测。

注：仅当依据报销管理人的临床指南使用时才可以利用基因检测。如果您有关于本章节信息的任何问题，请参考报销管理人的网站 www.anthem.com/ca 或者您可以拨打 1-866-940-8306 致电 UC SHIP Member Services 了解更多信息。

恢复服务

福利包括帮助您保持、学习或改善日常生活技能和功能的康复健康护理服务和器件。例子包括针对超过年龄仍不会走路或说话的小孩的疗法。这些服务可能包括针对各种住院和/或门诊情景设计中的有残疾的人的物理和职业疗法、言语病理学和其他服务。

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”了解更多详细信息。

HIV 检测

人体免疫缺损病毒 (HIV) 检测，不论检测是否与初步诊断有关。根据本计划的条款和条件提供本保险范围，这些条款和条件适用于所有其它医疗状况。

居家医疗护理服务

福利可用于由居家医疗护理机构或其它医疗服务提供者在您家里执务的承保服务。想要符合福利资格，作为住院的替代方案您必须基本上禁闭在家里以及必须是，如果在门诊进行的话身体上不能获得需要的医疗服务。服务必须由医师开出处方，以及服务必须是天性如此复杂，使得只有有资质的、有技术的或专业医疗人员才能安全和有效地执行这些服务。

承保的服务包括但不限于：

- R.N. 或 L.P.N. 提供的断断续续的专业护理服务
- 医疗/社会服务
- 诊断服务
- 营养指导
- 患者和/家人/看护人培训
- 居家健康助理服务。您必须正在接受专业护理或疗法。服务必须由为居家医疗护理医生工作的经过适当培训的人员进行。仅当获得报销管理人批准时其它组织才可以提供服务，以及他们的职责必须由居家医疗护理医生的专业护士指派和监督。
- 疗法服务
- 医疗用品
- 耐用医疗设备

— 私人护士

家庭输液疗法

查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

善终护理

下方列出的服务和用品属于承保服务，当其是由安宁院提供的并且是针对绝症伴有的疼痛和其它症状的临终关怀的时候。

临终关怀是指控制疼痛和缓解症状，但是并不是指治疗一种绝症。承保服务包括：

1. 跨学科团队提供的护理，该护理制定和维持了适当的护理计划。
2. 危机时期需要的短期住院护理或作为临时看护的短期住院护理。
3. 专业护理服务、家庭健康助理服务和由注册护士提供或在注册护士的监督下提供的家政服务。
4. 获得许可的义工提供的社会服务和咨询服务。
5. 营养支持，比如静脉营养和饲管
6. 由执业临床医学家提供的物理疗法、职业疗法、言语疗法和呼吸疗法。
7. 对您的状况的临终关怀所需要的药物、医疗设备和用品，包括氧气和相关呼吸疗法用品。
8. 解忧（丧恻）服务，包括在会员死亡之前或之后，检查丧失亲人的家庭的需求以及制定护理计划来满足这些需求。直系亲属中的生存成员在会员死亡之后一年时间内可以使用解忧服务。直系亲属是指您的配偶、子女、继子女、父母、兄弟和姐妹。

您的医师和安宁院医疗主任必须证明您得的是绝症以及生存时间很可能少于六个月。您的医生必须同意由安宁院提供的护理并且在制定治疗计划时必须咨询您的医生。安宁院必须保持一份书面护理计划档案以及根据请求向报销管理人提供。

超出上方列出的范围的承保服务福利，比如作为临床关怀而给予的化疗和放射治疗，可以在安宁院向会员提供。这些额外的承保服务将在本计划的其它部分得到承保。

人类器官和组织移植（骨髓/干细胞）服务

您的计划保险包括符合病情需要的人类器官和组织移植。某些移植（比如角膜）跟任何其它手术那样按照本福利手册的其它地方所描述的常规住院和门诊福利得到承保。

本章节描述您在移植福利期间获得的某些承保的移植程序的福利。无论是在移植福利期间开始之前或之后，任何与承保的移植程序相关的承保服务，按照本福利手册的其它地方所描述的常规住院和门诊福利获得承保。

在本章节，您将看到一些关键术语，它们的定义如下：

承保的移植程序

任何符合病情需要的人类器官、组织和干细胞/骨髓移植和注入，包括必需的采集程序、调动、收集和储存。它还可能包括符合病情需要的脊髓抑制的或减少的密度预备性化疗、放射治疗或这些疗法的结合。

网络移植医疗服务提供者

一种被报销管理人选为 **Center of Excellence** 的医疗服务提供者和/或经 **Blue Cross** 和 **Blue Shield Association** 选择而作为网络移植医疗服务提供者加入网络的医疗服务提供者。医疗服务提供者已经签署了移植医疗服务提供者协议，以便向您提供承保的移植程序以及为移植网络打理某些管理上的职责。对于以下程序，医疗服务提供者可能是网络移植医疗服务提供者：

- 某些承保的移植程序；或者
- 所有承保的移植程序。

网络外移植医疗服务提供者

任何**没有**被报销管理人选为 **Center of Excellence** 的医疗服务提供者和/或被 **Blue Cross** 和 **Blue Shield Association** 选择作为网络移植医疗服务提供者加入网络的医疗服务提供者。

移植福利期间

在网络移植医疗服务提供者设施，移植福利期间从承保的移植程序的前一天开始并在适用的案件费率/全球时间期限内一直持续。取决于所获得的移植的类型和网络移植医疗服务提供者协议，天数可能会不同。对于在网络移植医疗服务提供者设施获得的或由网络移植医疗服务提供者设施协调的服务，请致电案件管理人获取具体的网络移植医疗服务提供者详细信息。

在网络外移植医疗服务提供者设施，移植福利期间从承保的移植程序的前一天开始并在出院当日之前一直持续。

指定的移植

对于所有服务，您必须获得报销管理人的事先认证，包括但不限于以下指定移植相关的手术前测试和与手术后护理：心脏、肝脏、肺部、心肺结合、肾脏、胰腺、胰肾同步或骨髓/干细胞和类似程序。指定的移植必须在 **Centers of Medical Excellence (CME)** 和 **Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC)** 执行或者是由 **UC 家庭医疗服务提供者** 进行。对于在 **CME**、**BDCSC** 或 **UC 家庭医疗服务提供者** 以外的设施中执行的指定的移植，为这些移植提供的服务的收费或者是与其相关的服务的费用，将不会被视作能够得到承保。如果您的医师建议为您的医疗护理进行指定的移植，请拨打您的 ID 卡上的免费电话号码，获得服务前审查。一位案件管理人移植协调员将帮助您与 **CME**、**BDCSC** 或 **UC 家庭医疗提供者** 接触。请查看“获得福利批准”了解详细情况。

事先批准和事先认证

为了使您的福利最大化，当您认为您可能需要移植服务时，您应该尽快致电报销管理人的移植部门商谈您的福利选项。您必须在**进行移植评估和/或病情检查之前**致电移植部门。通过向您提供承保范围信息，他们将帮助您使您的福利最大化，包括承保哪些范围以及是否有任何适用的临床保险指南、医疗政策、网络移植医疗服务提供者规则或除外条款。

请拨打您的身份证明背面的电话号码致电会员服务部并要求提供移植协调员。即使您已经为承保的移植程序获得了事先批准，在移植开始之前，您或您的医疗服务提供者必须致电移植部门获取事先认证，不论移植是在住院还是门诊环境设计中进行。

在计划将承保移植福利之前必须获得事先认证。您的医生必须认证，而报销管理人必须同意，移植是符合病情需要的。您的医生应该尽快向报销管理人发送一份书面事先认证请求，以便开始该程序。没有获得事先认证将会导致福利被拒绝。

请注意，在有些情况下，您的医疗服务者可能要求获得类白细胞抗原 (HLA) 测试、捐赠者搜寻和/或干细胞收集和储存批准，以便在最终决定之前确定需要哪些移植程序。在这种情况下，HLA 测试和捐赠者搜寻费用将作为常规诊断测试得到承保。收集和储存请求将会进行“病情需要”审查并且可能获得批准。但是，这样的 HLA 测试、捐赠者搜寻和/或收集和储存批准并不是对稍后的移植的批准。移植将需要一个单独的“病情需要”决定。

捐赠者福利

器官捐赠者的福利如下：

- 当捐赠器官的人和获得器官的人都是本计划的参保会员时，每位会员都将根据他们的计划获得福利。
- 当获得器官的人是本计划的参保会员，但是捐赠器官的人不是参保会员时，仅捐赠者从任何其它来源都不能获得福利时才可利用本计划的福利。这包括但不限于其它保险、补助金、基金会和政府计划。
- 如果本计划的参保会员向不属于参保会员的人捐赠器官，则不能利用本计划的福利。

运输和住宿

当您获得事先批准并且从您的长期住所到达将要进行承保的移植程序的设施，您需要移动超过 250 英里时，计划将承保合理和必需的移动费用。移动帮助费用包括往返设施的运输费用以及患者和一位陪同人员的住宿费用。如果正在获得护理的成员是未成年人，则合理和必要的运输和住宿费用可以允许携带两位陪同人员。当提交报销时，您必须以令报销管理人满意的方式发送逐项整理好的运输和住宿费用收据。请致电报销管理人获取完整信息。

与在 Centers of Medical Excellence (CME)、Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC) 或 UC 家庭医疗服务提供者进行的经批准的人类器官移植相关的以下移动费用，并且接受者或捐赠者的家离具体的 CME、BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者必须超过 250 英里时，而且前提是相关费用已经事先获得报销管理人的批准：

1. 对于接受者和陪同人员，每次移植疗程，每次疗程最多六趟：
 - a. 往返 CME、BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者的经济舱，每人每趟不超过 \$250。
 - b. 酒店住宿，每天不超过 \$100，每趟最多 21 天，仅限于一间双人房。
 - c. 其它合理费用（不包括餐饮、烟草、酒精和药物费用），每人每天不超过 \$25，每趟最多 21 天。
2. 对于捐赠者，每个移植疗程，仅限于一趟：
 - a. 往返 CME、BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者的经济舱，不超过 \$250。
 - b. 酒店住宿，每天不超过 \$100，最多 7 天。
 - c. 其它合理费用（不包括餐饮、烟草、酒精和药物费用），每天不超过 \$25，最多 7 天。

对于住宿和地面运输福利，计划将承保相关费用，直到达到国内税收法规中规定的现有限额。

不受承保的运输和住宿服务包括但不限于：

1. 儿童保育，
2. 英里数在医疗移植设备的城市的范围内，
3. 租赁汽车、公交车、的士或班车服务，除非经过报销管理人的特别批准，

4. 频繁飞行的路程,
5. 优惠券、代金券或旅行票,
6. 预付款或定金,
7. 针对与移植不直接相关的状况或不属于移植直接结果的状况的服务,
8. 电话呼叫,
9. 洗衣,
10. 邮寄,
11. 娱乐,
12. 捐赠者陪同人员/看护人的移动费用,
13. 捐赠者治疗评估期间发现的疾病的复诊, 以及
14. 餐饮。

某些人类器官和组织移植服务可能受到限制。请查看福利一览表。

免疫

由网络医疗服务者提供的预防性免疫受到本计划的承保。请查看本福利手册的“预防性护理”获取预防性免疫列表。

本列表并没有列出所有情形以及可能发生变化; 请在 www.anthem.com/ca 查看 Anthem Blue Cross 临床指南, 了解更多信息。

住院服务

住院治疗

承保服务包括在医院情景设计中的急症护理。

房间、膳食和护士服务包括:

- 一间两张或两张床以上的房间。
- 一间私人房间。计划将为私人房间承保的最高额度为医院半私人房间的平均费率, 除非您使用私人房间来进行隔离以及没有可用的隔离设施, 使得私人房间变得符合病情需要。
- 经报销管理人批准的特护病房房间。特护病房区必须拥有护理重症或危急病人的设施、设备和支持性服务。
- 产妇正常住院期间的婴儿常规护士护理。
- 饮食、特别膳食。
- 普通护理服务。

辅助服务的福利包括:

- 操作、分娩和治疗房间和设备。
- 处方药。
- 医院或其它医疗服务提供者提供的麻醉药、麻醉用品和服务。
- 医疗和外科绷带和用品、管型和夹板。
- 诊断服务。
- 疗法服务。

住院专业服务

承保服务包括：

1. 医疗护理就诊。
2. 您的状况要求的重症监护。
3. 当您在医院进行外科手术时，由您的外科手术医生以外的医生提供的健康问题的治疗。当您的健康问题的性质或严重性需要用到其他医生的技能时，福利包括在一次住期期间由两位或两位以上的医生提供的治疗。
4. 您的医师要求的个人床边检查。福利可用于由医院要求的员工咨询、由患者要求的咨询、常规咨询、电话咨询或通过电话的 EKG 的信息传送。
5. 外科手术和全身麻醉。
6. 新生儿检查。必须由为小孩接生的医生以外的医师来做检查。
7. 解释诊断测试的专业收费，比如映像、病理报告和心脏病学。

生育健康服务

产科

承保服务包括那些在正常的或复杂的妊娠期间需要的服务以及流产时需要的服务。承保的产科服务包括：

- 在设施或家里分娩的专业和设施服务，包括获得适当许可的助产士的服务；
- 在产妇正常住院期间的新生儿常规护士护理，包括向已参保的男性家属提供的割礼；
- 产前、产后和相关服务；以及
- 符合病情需要的胎儿筛查，这些筛选是指胎儿基因或染色体状态，如果允许的话。

如果在您的“生效日期”日，您正在怀孕，并且处于孕期的前三个月，想要获得网络内水平的承保服务，您必须改到网到医疗服务提供者获取服务。如果在您的“生效日期”日，您正在怀孕，并且从“生效日期”开始之后，您处于您的孕期的第二个或第三个周期（13 周或以上），如果您填写一份持续护理请求表格并提交给报销管理人，则将可以以网络内的水平提供产科护理福利，即使使用的是网络外医疗服务提供者。承保服务将包括由该医疗服务提供者提供的产科护理，直到孕期和随后的产后期间结束。

与产科住院有关的重要提示：根据联邦法律，计划不会限制产妇或新生儿的任何住院分娩时间方面的福利，不会使阴道分娩之后的住院时间少于四十八 (48) 个小时，或者是剖腹产之后的住院时间少于九十六 (96) 小时。但是，作为规则，联邦法律并不阻止产妇或新生儿的主治医师在咨询产妇之后让产妇或她的新生儿在四十八 (48) 小时或九十六 (96) 小时之内出院，如果适用的话。在任何情况下，按照联邦法律的规定，对于阴道分娩之后不超过四十八 (48) 小时或者是剖腹产之后不超过九十六 (96) 小时的住院时间，计划不会要求医疗服务提供者在开处这些住院时间之前获得事先批准。

避孕福利

福利包括处方口服避孕药、注射避孕药和药物贴片。福利还包括避孕器，比如横隔膜、子宫内的器件 (IUD) 和植入物。某些避孕品在“预防性护理”福利里面得到承保。请查看相应的章节了解进一步的详细信息。

节育服务

福利包括节育服务和挽救因疾病或受伤造成的非自己选择的不孕的服务。对自己选择的节育进行挽救，不属于承保范围。妇女节育在“预防性护理”福利里面得到承保。

流产服务

福利包括治疗性流产服务，它是为挽救孕妇的生命或健康或者是因乱伦或强奸的原因，由医疗服务提供者建议执行的流产。计划同时还承保自行选择的流产。

生育能力保存

承保的符合病情需要的生育能力保存服务，当一项必需的医疗治疗可能直接或间接引起病源性不育时。这些医疗治疗可能包括化疗、激素治疗、放射治疗、外科手术或其它被确认可能引发不育风险的药物。计划承保的服务如下：

- 由适当的专业学会（比如美国生殖医学会或美国临床肿瘤学会）认定的标准生育能力保存治疗和收集
- 胚胎冷冻和卵子冷冻：药物、医生费用、麻醉费用、传染病测试和实验室程序
- 精子冷冻
- 生殖材料储存的传染病实验室测试
- 仅对保持 UC SHIP Plan 会员身份的期间提供生殖材料储存；当会员退出计划时，储存费用将不再得到承保
- 与生育能力保存服务相关的外科手术程序*
- 辐射屏蔽
- 与生育能力保存服务相关的处方药

如果服务经过批准（请查看“获得福利批准”了解详细信息），该计划将提供与生育能力保存相关的符合病情需要的福利。当获得 UC SHIP 承保时，在会员的终身时间内计划的最大额度将不得超过 \$20,000。对于生育能力保存，医疗服务提供者按年收费。会员将负责先自行支付并按季度向 Anthem 提交发票进行报销。

在寻求服务之前，需要有事先认证。

医疗后送

对于在国外学习或旅行的会员或在美国的持有非移民签证的国际学生，关于将您运送回您的合法居住国家进行医疗护理和治疗期间发生的费用，计划将支付报销费用。计划将会支付医疗后送福利，如果：(a) 您的疾病或受伤是在您受到本计划承保的期间开始的或发生的；(b) 您的医师书面证明您的医疗状况稳定但是您因事故或疾病需要进一步的护理和治疗；以及 (c) 您乘坐运输工具回到您的合法居住国进行医疗护理和治疗，已经发生了费用。医疗后送福利的最高总额为 \$50,000。

对于因以下情形而发生的或与以下情形相关的费用，根据本计划，福利将不能得到支付：

1. 当您只是轻微损伤、单纯受伤（比如扭伤、单纯骨折或轻微疾病）时的医疗服务后送服务，这些受伤或疾病可以在您正在学习或旅游的国家进行治疗并且不妨碍您参加学习；
2. 当您的医师并没有书面证明您因为在国外旅行或学习期间已经开始或发生的疾病或事故而需要进一步的医疗护理或治疗时的医疗后送服务；以及
3. 陪同您的家庭成员或旅行同伴的机票费用。

精神健康和药物滥用服务

对于某些精神健康和药物滥用服务以及广泛性发育障碍或孤独症，您必须获得事先认证。（请查看本章节的“广泛性发育障碍或孤独症”和“获得福利批准”章节，了解详细信息。）

承保服务包括以下内容：

- 根据州法律我们必须承保的在医院或任何设施中的**住院服务**。住院福利包括以下内容
 - 精神科患者住院治疗、包括房间和膳食、药物、医师和其它医疗服务提供者服务，这些医疗服务提供者是在他们的执照范围内行动的执业医疗护理专家，
 - 严重精神病危机的精神科观察，
 - 解毒—断瘾症状的医疗管理，包括房间和膳食、医师服务、药物、药物依赖恢复服务、教育和咨询，
 - 居住治疗，这是在经批准的居住治疗中心进行的专业的 24 小时治疗。它提供个性化和强化治疗，并且包括：
 - 危机居住计划中的治疗：
 - 医师进行的一周一次或更频繁的观察和评估，
 - 恢复、治疗和教育。
 - 药物滥用（药物依赖）的过渡性居住恢复服务。
- **门诊服务**包括以下内容：
 - 医院或门诊设施的门诊科中的治疗，比如不完全住院治疗/日治疗计划和重症门诊计划，
 - 门诊心理测试，
 - 门诊药物滥用日治疗计划，
 - 在重症门诊精神科治疗计划中的跨学科治疗。
- **诊室就诊**包括以下内容：
 - 个人和团体精神健康评估及治疗，
 - 个人和团体药物依赖咨询，
 - 监测药物治疗的服务，
 - 美沙酮维持治疗，
 - 在诊室情景设计中进行的断瘾症状的医疗治疗、广泛性发育障碍或孤独症行为健康治疗。
- **网上就诊**，如果在您的地区可用。承保服务包括通过网络摄像头、聊天或声音使用互联网看医生。网上就诊并不包括提供常规实验室或其它测试结果报告，请求诊室就诊、获取费用回答、保险范围和付款问题、要求转介给网上护理小组范围外的医生、要求提供福利事先认证或医生间的讨论。从与报销管理人签约的远程医疗服务提供者获得的就诊受计划承保。
- **其它门诊服务**包括以下内容：
 - 不完成住院治疗计划和重症门诊计划，
 - 门诊心理测试，
 - 门诊药物滥用日治疗计划，
 - 在重症门诊精神科治疗计划中的跨学科治疗，
 - 电惊厥疗法，
 - 在诊室情景设计中进行的广泛性发育障碍或孤独症行为健康治疗。
- **广泛性发育障碍或孤独症的行为健康治疗**。住院患者服务、诊室就诊和其它门诊项目和服务在本章节中承保。请查看本章节后面部分的“广泛性发育障碍或孤独症”，了解承保的其它额外服务的说明。

- **心理教育测试。**为了评估和诊断学习障碍造成的功能限制、由神经心理学家或执业临床、教育或咨询心理学家进行的心理教育测试将得到承保。当获得 UC SHIP 承保时，在会员的终身时间内计划的最大额度将不得超过 \$3,000。

您可以向其获得承保服务的医疗服务提供者示例包括：

- 精神病学家，
- 心理学家，
- 神经心理学家，
- 执业临床社会工作者 (L.C.S.W.)，
- 精神健康临床专科护士，
- 执业婚姻与家庭治疗师 (L.M.F.T.)，
- 执业专业咨询师 (L.P.C.)，
- 任何获得州许可提供这些服务的机构，当法律要求我承保这些服务的时候，或者，
- 有资质的孤独症医疗服务提供者、有资质的孤独症服务专家和有资质的孤独症服务专业人员助手。请在下方“广泛性发育障碍或孤独症”章节查看这些术语的定义。

职业治疗

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

诊室就诊和医师服务

承保服务包括：

检查、诊断和治疗疾病或受伤的医疗护理**诊室就诊**（包括第二外科手术意见）。

检查、诊断和治疗疾病或受伤的医疗护理**医生出诊**。请注意，医生到家里看诊与本福利手册前面部分描述的“居家医疗护理”福利是不同的。

向没有预约而来的会员提供的有限的基础医疗护理服务的**零售医疗诊所护理**。通常能够在主要药房或零售商店找到这些诊所。通常由医师助手或护理师提供医疗护理服务。服务仅限于成人和儿童的常规护理和常见疾病治疗。

仅限于成人和儿童的常规护理和常见疾病治疗的**未经预约的医生诊室就诊**。想要使用未经预约的医生诊室就诊，您不必是现有的患者或者是已经预约。

紧急护理，如本章节前面部分描述的“急救和紧急护理服务”信息。

矫正器

请查看本章节前面部分的“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”。

骨质疏松症

与骨质疏松症的诊断、治疗和适当控制相关服务的承保范围，包括但不限于，所有食品和药物管理局批准的技术，包括被视为符合病情需要的骨量测量技术。

门诊设施服务

您的计划包括在以下地方进行的承保服务：

- 医院门诊，
- 独立式流动外科手术设施，
- 精神健康/药物滥用设施，或者
- 经报销管理人批准的其它设施。

福利包括对设施和相关（辅助性的）费用的承保，当适当的时候，比如：

- 外科手术房间和设备，
- 包括特殊药物在内的处方药，
- 医院或其它设施提供的麻醉药、麻醉用品和服务，
- 医疗和外科绷带和用品、管型和夹板，
- 诊断服务，以及
- 疗法服务。

广泛性发育障碍或孤独症

将会向广泛性发育障碍或孤独症的行为健康治疗提供福利。根据本福利手册的条款和条件提供本保险范围，这些条款和条件适用于所有其它医疗状况，除非本章节有特别规定。

受本计划承保的行为健康服务与为其它受承保的医疗状况提供的服务的自付额、共同保险和共付额相同。由有资质的孤独症服务提供者、有资质的孤独症服务业家和有资质的孤独症服务业专业人士助手（请查看下方“定义”）提供的服务将得到适用于医师诊室就诊的计划福利的承保，不论服务是在医疗服务提供者的诊室还是在患者家里提供的。在设施中提供的服务（比如医院门诊科）将获得适用于这些设施的计划福利的承保。

行为健康治疗

受本福利手册承保的行为健康治疗服务是那些专业服务和治疗计划，包括应用行为分析和基于证据的行为干预计划，这些计划在实践中最大程度地促进或恢复患有广泛性发育障碍和孤独症的个人功能并且达到以下所有要求：

- 必须由执业医师和外科医生（M.D. 或 D.O.）开药治疗或由执业心理学家制定治疗方案，
- 治疗必须根据有资质的孤独症医疗服务提供者开处的治疗计划提供，并且受以下其中一种人员管理：(a) 有资质的孤独症医疗服务提供者， (b) 由有资质的孤独症医疗服务提供者监督和雇用的有资质的孤独症医疗服务专业人员，或者 (c) 由有资质的孤独症医疗服务提供者监督和雇用的有资质的孤独症医疗服务专业人员助手，以及
- 治疗计划必须在一个具体的时间轴上有一个可测量的目标，以及必须是有资质的孤独症医疗服务提供者正在接受治疗的具体患者制定和批准的。治疗计划必须至少每六个月由有资质的孤独症医疗服务提供者审查一次，以及在任何适当的时候进行修改，并且必须符合适用的州法律，这些州法律对行为分析服务和集中行为干预服务向某些人提供的服务施加要求，而有资质的孤独症医疗服务提供者根据这些州法律进行以下所有行为：
 - 描述患者将要治疗的行为健康障碍，

- 设计一项干预计划，该计划包括服务类型、小时数和、实现干预计划的目标和目的所需要的家长参与（如有）以及评估和报告患者进度的频率，
 - 提供利用基于证据的实践的干预计划，该计划具有治疗广泛性发育障碍或孤独症的示范临床功效，以及
 - 当实现了治疗目标和目的或服务不再适当时，中断集中行为干预服务。
- 治疗计划不得用于临时护理、日常护理或教育服务的提供或报销，并且不得因为家长参与了治疗计划而使用该治疗计划来对其给予报销。经请求，必须向我们提供治疗计划。

我们医疗服务提供者网络仅限于与 **Anthem** 签约的执业的有资质的孤独症医疗服务提供者，以及可能监督和雇用提供和实施行为健康治疗的有资质的孤独症医疗服务专业人员或专业人员助手的医疗服务提供者。

就本章节而言，适用以下定义：

应用行为分析是指系统教学和环境修正的设计、实施和评估，目的是促进积极社交行为以及减少或改善干预学习和社交互动的行为。

集中行为干预是指任何形式的应用行为分析，这些分析是综合的，被设计用来解决所有功能领域，以及是在多种情景设计中跨越所有情景设计而提供的，取决于个人的需求和进度。可以按照一对一的比例或小组形式提供干预，视情况而定。

根据最新版本的《精神障碍诊断和统计手册》的定义，**广泛性发育障碍**是指一个或多个障碍——其中包括自闭症、雷特障碍、儿童期崩解症、阿斯伯格症和广泛性发育障碍，未另行规定。

有资质的孤独症医疗服务专业人员助手是指未注册和未经认证并达到所有以下要求的个人：

- 由有资质的孤独症医疗服务提供者雇用和监督，
- 根据由有资质的孤独症医疗服务提供者制定和批准的治疗计划提供治疗并实施服务，
- 符合州法规规定的标准，这些法规是根据与小组实践医疗服务提供者行为干预服务中的专业人员助手的使用有关的州法律而正式通过的，以及
- 经过有资质的孤独症医疗服务提供者的认证，拥有足够的教育、培训和经验。

有资质的孤独症医疗服务专业人员是指达到所有以下要求的医疗服务提供者：

- 提供行为健康治疗，
- 由有资质的孤独症医疗服务提供者雇用和监督，
- 根据由有资质的孤独症医疗服务提供者制定和批准的治疗计划提供治疗，
- 是经加利福尼亚地区中心批准成为销售商的行为医疗服务提供者，他根据州法规的规定以副行为分析师、行为分析师、行为管理助手、行为管理咨询师、或行为管理计划的身份提供服务，以及
- 拥有根据适用的州法律审核批准广泛性发育障碍或孤独症服务的培训和经验。

有资质的孤独症医疗服务提供者是指以下其中一种：

- 经国家实体（比如行为分析师认证委员会）认证的个人、实体或集团，它获得国家认证机构委员会的认可，设计、监督或提供广泛性发育障碍或孤独症方面的治疗，前提是服务是在经过国家认证的个人、实体或集团的经验和能力范围内提供的；或者
- 根据州法律注册成为医师和外科医生（M.D. 或 D.O.）、物理治疗家、职业疗法专家、心理学家、婚姻与家庭治疗师、教育心理学家、临床社会工作者、专业临床顾问、言语病理学家或听力学家的个人，这些个人设计、监督或提供广泛性发育障碍或孤独症的治疗，前提是服务是在执业人员的经验和能力范围内。

对于治疗广泛性发育障碍症或孤独症的所有行为健康治疗服务，想要这些服务获得承保，您必须获得事先认证。如果没有获得事先认证，将不会为这些服务支付任何福利（请查看“获得福利批准”章节了解详细信息）。

苯丙酮尿 (PKU)

测试和治疗苯丙酮尿 (PKU) 的福利将按照与任何其它医疗状况相同的费率进行支付。PKU 治疗的承保范围应该包括那些作为执业医师开处的膳食的一部分的配方和特别食物产品，并且这些配方和特别食物产品由向专门治疗代谢性疾病的医师咨询过的医疗护理专家管理，这些专家参与了或获得了报销管理人的批准。膳食必须是被视为符合病情需要，并且能够避免严重身体或精神障碍或者促进正常发展或者对 PKU 有效果。

仅当费用超过普通膳食的费用时，才能承保必需的配方和特别食物产品的费用。“配方”是指一种肠内产品或在家使用的产品。配方必须由医师或护理师开处，或者经获得开处膳食治疗批准的医疗服务提供者的转介，由注册营养学家订购，并且需要符合治疗 PKU 的病情需要。从医师获得的治疗 PKU 的配方和特别食物产品将在您另外的处方药福利中得到承保。想要了解更多信息，请拨打 1-844-265-1879 或访问 www.optumrx.com 联系 OptumRx。不是从医师获得的配方和特别食物产品不属于本计划承保的福利。

“特别食物产品”是指以下所有食物产品：

1. 医师或护理师为治疗 PKU 而开处的，以及
2. 符合具有治疗和护理 PKU 的有资质的医疗专家的建议和最佳实践，以及
3. 替代普通食物产品使用的，比如普通人群使用的杂货店食物。

注：它不包括天生蛋白含量低的食物，但可能包括按照特别的配方制造的每顿蛋白含量少于一克的食物产品。

物理治疗

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

预防性护理

预防性护理包括筛选和其它成人和儿童服务。根据《平价医疗法案 (ACA)》和适用的州法律的要求，所有建议的预防性服务将能够得到承保。这意味，当您使用 UC 家庭医疗服务提供者或网络医疗服务提供者时，许多预防性护理服务能够得到承保，没有自付额、共付额或共同保险。

某些会员福利目前出现症状或经诊断有健康问题的能够得到承保根据“诊断服务”福利而不是本福利，如果承保范围并不属于州或 ACA 建议的预防服务时。

承保服务分落在以下大概的分组中：

1. 美国预防服务工作小组的“A”或“B”级服务。您还可以参考以下网站了解更多信息，[USPSTF A and B Recommendations](#)。

示例包括以下筛选：

- a. 乳腺癌，
- b. 宫颈癌，
- c. 结肠直肠癌，

- d. 高血压,
- e. II 型糖尿病,
- f. 胆固醇,
- g. 儿童和成人肥胖症。

2. 预防免疫接种, 如下:

- a. 白喉/破伤风/百日咳, 一同或单独给药
- b. 麻疹、腮腺炎和风疹
- c. 水痘
- d. 流感
- e. 甲型肝炎和乙型肝炎, 一同或单独给药
- f. 肺炎球菌
- g. 脑膜炎球菌
- h. 脑膜炎球菌 B。必须在 16 岁至 23 岁之间注射联针的第一针。
- i. 炭疽病
- j. BCG
- k. DTaP
- l. Hib
- m. Hib 和 DTP
- n. 日本脑炎
- o. MMRV
- p. 狂犬病
- q. 天花
- r. 伤寒
- s. 黄热病
- t. 带状疱疹
- u. 脊髓灰质炎
- v. 人乳头瘤病毒 [HPV] (女生和男性)。必须在 27 岁之前注射联针的第一针。

请注意, 可能适用某些年龄、性别和数量限制。

3. 由疾病控制与预防中心的免疫接种操作委员会建议的儿童、青少年和成人疫苗注射;

4. 在健康资源和服务管理局支持的指导方针中列出的婴儿、儿童和青少年预防性护理和筛选; 以及

5. 在健康资源和服务管理局支持的指导方针中列出的妇女预防性护理和筛选, 包括:

- a. 妇女避孕药、节育处理和咨询。这包括通用药和单一来源的品牌药以及注射避孕药和贴片。横隔膜、子宫内的器件 (IUD) 和植入物等避孕器同样能够得到承保。根据您的主治医生, 符合病情需要时, 多来源的品牌药将作为预防性护理福利得到承保。

为了让这些药物能够作为预防性护理得到承保, 避孕处方药必须是通用药。想要了解更多信息, 请拨打 1-844-265-1879 或访问 www.optumrx.com 联系 OptumRx。

- b. 母乳喂养支持、用品和咨询。吸乳器的福利将仅限于每次怀孕一个吸乳器。
- c. 妊娠糖尿病筛选。
- d. 预防性产前护理。

6. 由美国预防服务工作小组建议的为 18 岁及以上的会员提供的预防性戒烟护理服务包括:

- a. 咨询

7. 作为为会员提供的年度预防性物理检查的一部分的肺结核 (TB) 筛选。只能在校园学生医疗服务部提供免费向学生会员提供该服务。参保的家属可以在校园外寻求服务。
8. 测量具体疾病的抗体水平的滴度实验室测试。可以执行免疫接种滴度来决定 会员是否应该接种疫苗。

您可以拨打 1-866-940-8306 致电 UC SHIP 会员服务部，或者浏览联邦政府网站 <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>、<http://www.ahrq.gov> 和 <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/index.html>，获取更多关于这些服务的详细信息。

修复用品

请查看本章节前面部分的“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”。

放射治疗

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

康复服务

福利包括在医院、独立式设施、专业护理设施中的服务或在门诊日康复计划中的服务。

承保服务包含一个协调的团队方案和多种类型的治疗（包括专业护理、物理、职业和言语疗法）和社会工作者或心理学家的服务。

想要这些服务成为承保服务，康复服务必须包含一个在合理时间内您能够达到的目标。当治疗不再符合病情需要以及您没有朝着这些目标进步时，福利将结束。

请查看本章节的“疗法服务”了解进一步的详细信息。

身故遗体送返费用

计划将支付发生的费用并达到人类遗体运送的最低法律要求，直到达到保险的最大额，费用包括准备您的遗体并从美国运送到您的永久合法居住地，或者，如果您是美国的永久合法居民，从您正在的旅行的国家运送到美国，视以下情形而定：

福利状况

如果您在这些状况下死亡，福利将支付福利：

1. 您的死亡发生在您参加了本保险的时候；
2. 您的死亡发生在：
 - 对于永久合法居住国不是美国的学生或家属，当您在美国的时候；或者
 - 对于属于美国合法居民的学生或家属，在外美国外面旅行的时候；以及
3. 在准备您的遗体并运送到您的合法居住国安葬时，一位或多位人员产生了费用。

承保的最大额为 \$25,000

除外条款

对于因以下情形而发生的或与以下情形相关的费用，根据本计划，将不能得到支付：（给这些除外条款和限制条款起的标题仅出于方便您参考；它们并不是除外条款和限制条款不可或缺的一部分，并且不会改变它们的含义。）

不予承保。在您的生效日期之前获得的服务。

在美国国内准备和运送遗体。对于属于美国合法居民并在美国国内死亡的学生或家属，在美国国内提供的准备和运送您的遗体的服务。

移动费用。将任何陪同遗体的人员运送到合法居住国的运输，或出于探视目的旅行。

葬礼费用。葬礼费用包括但不限于探悼和正式的葬礼服务、使用灵车运送遗体到葬礼现场和墓地以及埋葬。

遗体保存技术和火葬。遗体保存技术费用（除非法律要求）；遗体火化费用。

专业护理机构

当您需要住院专业护理和相关的恢复和康复护理服务时，如果获得护理的设施是属于经州法律许可或认证的专业护理机构，则可以使承保服务。监护护理不属于承保服务。

戒烟

请查看本福利手册的“预防性护理”章节。

言语治疗

请查看本章节中后面部分的“疗法服务”。

手术

您的计划根据住院病人或门诊病人来承保手术服务，包括诊室手术。承保服务包括：

- 1) 已接受的手术和切开程序；
- 2) 其它侵入式程序，比如血管造影、动脉搏描记、羊膜穿刺、大脑或脊柱穿刺；
- 3) 内视镜检查，比如关节镜检查、支气管镜检、结肠镜检查、腹腔镜检查；
- 4) 骨折和变位治疗；
- 5) 符合病情需要的麻醉和手术支持；
- 6) 符合病情需要的手术前和手术后护理。

减肥手术

与符合病情需要的减肥手术相关的服务和用品，仅适用于病态肥胖以及仅当在指定的 BDCSC 设施中进行或者是由 UC 家庭医疗服务提供者提供时才能适用。

注：需要事先认证。对于在 CME、BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者以外的设施中执行的减肥手术，为这些手术提供的服务的收费或者是与其相关的服务的费用，将不会被视为能够得到本计划的承保。

肥胖症治疗移动费用

仅当会员的家离最近的肥胖症治疗 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者的距离超过五十 (50) 英里时，才提供与承保的减肥手术程序相关的以下移动费用福利。所有移动费用必须事先获得报销管理人的批准。以 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者为中心的五十 (50) 英里的半径范围将由肥胖症治疗 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者的承保范围决定。（请查看“定义”。）

- 会员到 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务者处的来回运输最高每趟 \$130，最多三 (3) 趟（一趟手术前就诊、初次手术和一趟术后随访就诊）。
- 一位陪同人员到 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务者处的来回运输最高每趟 \$130，最多两 (2) 趟（初次手术和术后随访就诊）。
- 对于手术前就诊和术后随访就诊，会员和一位陪同人员的酒店住宿不得超过每天 \$100，每趟最多两 (2) 天，或根据病情需要。仅限于一间双人房。
- 在会员初次手术住院期间，一位陪同人员的酒店住宿不得超过每天 \$100，最多四 (4) 天。仅限于一间双人房。
- 其它合理费用不得超过每天 \$25，每趟最多四 (4) 天。饮食、烟草、酒精和药物费用不在承保范围内。

会员服务部将会确认肥胖症治疗移动福利是否与选择的 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者提供的服务有关。可以通过拨打您的 ID 卡上的电话号码致电会员服务部获取与报销的有关详细信息。为了获得报销，将会向您提供一张移动报销表格，用来提交所有相关收据的合法副本。

口腔手术

重要提示：虽然本计划提供某些口腔手术保险，但是许多类型的口腔手术程序不在本医疗计划的承保范围内。

福利还将仅限于某些口腔手术，包括：

- 对经医疗方式确诊的唇裂、腭裂或外胚层发育不良的治疗；
- 身体畸形的正颌外科手术，这些身体畸形阻止上和/或下颌正常功能以及符合使受影响部位获得功能性能力的病情需要。
- 意外伤害的口腔/纠正手术（如牙科服务章节所述）。
- 非牙科病变的治疗，比如肿瘤切除和活组织检查。
- 软组织感染的切割和排水，不包括牙源性囊肿或脓肿

重塑手术

福利包括用来纠正由先天或后天异常情况、疾病、受伤造成的畸形的重塑手术，或用来建立更加正常的外形的早期治疗。福利包括用来恢复乳房切除术之后不对称情况的手术。仅当首次治疗本应属于本计划的承保服务时，出于早期治疗需要的重塑服务才能够得到承保。

注：本章节并不适用于正颌外科手术。请查看上方的“口腔手术”了解该福利。

乳房切除术注意事项

正在获得乳房切除术福利或术后随访护理福利的会员以及选择乳房重塑的会员还将获得以下承保范围：

- 进行了乳房切除术的乳房的重塑手术；
- 为了获得对称的外形而对另一侧乳房进行的手术和重塑手术；以及
- 假体和对乳房切除术所有阶段的身体问题的治疗，包括淋巴水肿。

将与患者和患者的主治医生商谈之后提供本承保范围，以及本承保范围将受计划本应适用的年度自付额、共同保险、共付额分摊部分的影响。

远程医疗

将对通过远程医疗方式适当提供的承保服务提供福利，但需受本福利手册的条款和条件的约束。这些服务不需要医疗服务提供者和患者之间存在面对面的接触，以及对提供服务的情景设计类型没有限制。“远程医疗”是当患者距离医疗服务提供者很远的时候在咨询、诊断、治疗、教育和管理患者医疗护理方面使用信息和通讯技术来提供医疗服务的一种模式。远程医疗并不包括患者和医疗服务提供者之间、或医疗服务提供者与医疗服务提供者之间通过电话、传真或电子邮件方式进行的咨询。

颞下颌关节紊乱症 (TMJ) 和颌下颌关节紊乱症服务

福利可用于治疗颞下颌和颌下颌紊乱症。颞下颌关节在头部的一侧连接下颌和颞骨，而颌下颌关节涉及头部和颈部肌肉。

承保服务包括 TMJ 复位用的可摘除矫治器以及相关手术、医疗护理和诊断服务。承保服务并不包括涉及牙齿的移动或复位、修复牙齿（填料）或假体（牙冠、齿桥、假牙）的固定的或可摘除的矫治器。

疗法服务

物理医学治疗服务

您的计划保险包括下方描述的疗法服务。想要成为承保服务，疗法必须能够在一个合理的时间内改善您的功能水平。承保服务包括：

- **物理治疗**—通过物理方式进行治疗，缓解疼痛、恢复功能以及在疾病、受伤或失去手或脚之后避免残疾。它包括水疗、热、物理因素、生物力学和神经生理原理和装置。它不包括按摩疗法服务，除非是执业物理治疗师提供的服务。
- **言语疗法和言语病理 (SLP) 服务**—用来确定、评估和治疗儿童和成人言语和吞咽障碍症的服务。疗法将开发或治疗沟通或吞咽技能，以此纠正言语障碍。
- **职业疗法**—使身体残疾的个人恢复进日常生活活动能力，比如行走、吃东西、饮水、穿衣、使用马桶、从轮椅移到床上以有洗澡。它还包括针对任务的疗法，而个人的工作需要进行这些任务。职业疗法并不包括娱乐或行业疗法，比如兴趣爱好、艺术和雕刻。
- **脊椎按摩疗法/整骨疗法/手法推拿**—包括用来治疗骨骼、关节和背部问题的疗法。两种疗法很相似，但是脊椎按摩疗法注重脊椎关节和神经系统，而整骨疗法同时还注重关节和周围的肌肉、肌腱和韧带。
- **针灸**—针灸医生在他们执照范围内对神经肌肉骨骼疼痛进行的治疗。治疗的方法为沿着具体的神经路径插针，以此缓解疼痛。

其它疗法服务

福利还可以用于：

- **化疗**—通过化学或生物抗肿瘤药来治疗疾病。
- **放射治疗**—通过 X 光、镭或放射性同位素来治疗疾病。承保服务包括在疗法和治疗计划中使用的治疗（远距放射疗法、短距离放射治疗和术中放射治疗、辐射量子或高能粒子源）材料和用品。
- **血液透析治疗**。这包括与肾衰竭和慢性（末期）肾脏疾病相关的服务，包括血液透析、在家间歇性腹膜透析、在家持循环腹膜透析和在家持续走动腹膜透析。

以下肾透析服务能够得到承保：

- 在门诊透析设施中门诊病人维护性透析治疗；
- 在家透析；以及
- 在家自行透析培训，包括向完成在家自行透析时给予帮助的个人提供的相关说明。
- **输液疗法**—由输液疗法医生在您家里或在由有资质的医疗护理提供者设计的任何其它门诊情景中提供的以下服务和用品，目的是通过静脉满足您的日总营养摄入或流质要求，包括但不限于注射药物疗法和全肠道外营养 (TPN)、与疾病或受伤相关的药物治疗、化疗、抗生素疗法、气溶疗法、抗分娩疗法、特别疗法、静脉水合作用或疼痛控制：
 - 药物、辅助医疗用品和用量供应（每次用量不得超过 14 天）；但是，只是提供而没有给药的药物不能获得承保；
 - 静脉输液和药物治疗的药房配药和分发服务（包括药房支持）；
 - 与输液疗法的给药相关的医院和在家临床看诊，包括专业护理服务，包括为以下方面提供的服务：(a) 患者或轮流看护人培训；以及 (b) 为监测疗法情况而进行的看诊；
 - 耐用医疗设备（如下方所示）的租用和购买费用；这些设备的维护和维修费用；
 - 监测患者对治疗方案的反应的实验室服务。
 - 全肠道外营养 (TPN)、肠内营养治疗、抗生素疗法、疼痛控制、化疗以及还可能包括注射（肌肉注射、皮下注射或连续皮下注射）。

请注意：只有指定的网络医疗服务提供者获得了报销管理人的批准，提供血友病治疗药物。想要找出获批准的能够提供血友病治疗药物的网络医疗服务提供者，如果您在做本决定时有任何相关问题，请拨打您的身份证明上打印的免费电话号码。您从经报销管理人批准的网络医疗服务提供者以外的医疗服务提供者获得的血友病治疗药物将被视为网络外医疗服务提供者收费，适用与这些服务相关的费用分摊和任何限制条款。

输液疗法服务需要接受服务前审查，确定是否符合病情需要。请查看“获得福利批准”了解详细情况。

变性服务

如果医师已经确诊您患有性别认定障碍或性别焦虑症，将会为与变性相关的服务和用品提供福利。根据本福利手册的条款和条件提供本保险范围，这些条款和条件适用于所有其它医疗状况，包括病情需要要求、利用管理和美容服务除外条款。

承保范围包括但不限于与变性相关的符合病情需要的服务，比如变性手术（即从女人变成男人的乳房切除手术、女人变成男人的阴部手术以及从男人变成女人的阴部手术）、激素疗法、心理疗法、施主能级供体部位的电解作用和声线训练。如果计划包括了上述服务的承保范围，根据本福利手册通常适用于该类服务的福利，将对具体的服务提供保险。例如，变性手术将按照与任何其它受承保的网络一样的条件得到承保，根据本福利手册的福利，符合病情需要的手术或激素疗法将得到承保。

一些特定服务要求事先批准才能提供保险。请参考“获取福利批准”获取与如何获得适当审查有关的信息。

变性手术移动费用

与获批准的变性手术相关的以下移动费用，该变性手术在报销管理人指定的设施中进行以及获得了批准进行所请求的变性手术，前提是报销管理人的批准了相关费用（请参考“获得福利批准”章节了解详细信息），并且最多六趟：

- a. 到报销管理人指定的获得批准进行所请求的变性手术的设施的双程经济舱铁机票，每人每趟不得超过 \$250；

- b. 酒店住宿，每天不超过 \$100，每趟最多 21 天，仅限于一间双人房；以及
- c. 其它合理费用，每人每天不超过 \$25，每趟最多 21 天。

当您请求报销受承保的移动费用时，您必须提交一份填写好的移动报销表格并将所有适用的收据的副本按逐条整理好。不接受信用卡存根。受承保的移动费用并不受自付额或共付额的影响。请拨打您的身份证明背面的电话号码致电会员服务部，获取进一步的信息和/或获取移动报销表格。

不予承保的移动费用包括但不限于：饮食、酒精、烟草、或任何其它非食物物品；儿童看护；获得批准的设施所在城市范围内的英里数、汽车租赁、巴士、的士或穿梭巴服务，除非经过我们特别批准；频繁飞行的路程、优惠券、代金券或旅行票；预付款或定金；不是与变性程序直接相关的或由变性程序直接导致的状况相关的服务；电话呼叫；洗衣服；邮寄；或娱乐。

如果变性服务章节没有列出或描述具体的福利，服务将不能得到承保。

紧急护理服务

通过存在是紧急情况而不是需要急救的健康问题。紧急的健康问题是一种不能等到常规安排的诊室就诊便要求获得护理的意料之外的疾病或受伤。紧急的健康问题并没有威胁到生命并且不需要使用急诊室。紧急的健康问题包括耳痛、喉咙痛和发热（没有超过 104 度）。紧急护理福利包括：

- X 光服务；
- 骨折护理；
- 测试，比如流感检测、验尿、妊娠试验、链霉素快速检测；
- 实验室服务；
- 简单刀伤的缝线；以及
- 排脓。

眼科服务

福利包括眼部受伤和疾病的医疗和手术治疗。预防性护理福利承保了联邦法律要求的某些眼科筛查。

福利不包括眼镜和隐形眼镜，除“修复用品”福利中列出了该服务。

眼科服务—小儿

会员可以利用以下眼科护理福利，直到个人年满十九 (19) 岁的月份的最后一天。计划将承保本章节列出的眼科护理。

常规眼科检查

如有需要，计划将承保完整详细的眼科检查。眼科检查用于检查您的视力的所有方面，包括眼睛结构以及它们的协调程度。

眼镜镜片

包括了以下镜片选项，当从网络医疗服务提供者获得这些镜片选项时，不会有额外的费用：

- 过渡镜片
- 光敏塑料镜片
- 偏光镜片
- 标准聚碳酸酯

- 工厂粗面涂层
- UV 涂层
- 防反射涂层（标准、高级或超高级）
- 色调（时尚和梯度）
- 超大尺寸和玻璃-灰色 #3 处方太阳镜镜片
- 混合分割镜片
- 中等视力镜片
- 高指数镜片

承保的眼镜镜片包括以下镜片的标准塑料 (CR39) 镜片或玻璃镜片，最厚 55mm:

- 单视觉
- 双光眼镜
- 三焦距透镜 (FT 25-28)
- 进展型
- 透镜

镜框

- 镜框仅限于每个福利年度一次

选择性隐形眼镜

- A 每个福利年度承保一 (1) 年用量的隐形眼镜
- 承保范围包括选择性和非选择性隐形眼镜的配镜、评估和跟进护理（请查看下方内容）
- 选择性隐形眼镜是指出于舒适或外形的原因您选择用来替代眼镜的隐形眼镜。您可以选择选择性隐形眼镜替代您的眼镜镜片福利。

非选择性隐形眼镜

- 当使用隐形眼镜来替代眼镜时，非选择性隐形眼镜需要符合病情需要并且是适当的，将能够大大地改善视力和/或改善双眼视觉，包括复视或抑制。当符合病情需要时将提供非选择性隐形眼镜，包括但不限于以下情形：
 - 圆锥形角膜（当使用标准眼镜镜片不能将患者的一只眼或者是双眼纠正至 20/40 时）、病理性近视、无晶状体、屈光参差症、网膜异象症、无虹膜、角膜疾病、创伤后障、不规则散光
 - 球面镜片等值超过-12D 或 +9D 的高度屈光不正
 - 3D 或以上屈光参差症
 - 当与最好的纠正的标准眼镜镜片相比，患者视力可以在视力表上改进三行

注：如果您获得选择性或非选择性隐形眼镜，则您将没有可用的眼镜镜片福利，直到您符合“福利一览表”中列出的福利频率。

视力低下

视力低下是视力的严重丧失，但不是完全失明。擅长视力低下护理的医疗服务提供者可以评估并开处光学装置以及提供培训说明来最大程度地提高视力低下的会员的剩余视力。

视力低下福利包括：

- 综合视力低下检查
- 光学/非光学辅助器，包括大功率眼镜、放大器和望远镜等物品。
- 补充测试和跟进护理（任何五年期间内最多四次就诊）

不予承保的范围

在本章节，您将找到一份对不受您的计划承保的物品的综述。如果服务、用品或设备符合病情需要，被排除的物品将不予承保。本章节的目的仅在于帮助指出某些可能被误认为是承保服务的物品。本章节并不是为了列出所有被您的计划排除的物品的清单。

- 1) **战争行为、灾难或核事故** 当重大灾难、传染病、战争、或超出报销管理人控制范围的其它事件发生时，报销管理人将做出善意努力，向您提供承保服务。因缺少可用的设施或员工而导致的任何服务延迟或不能提供服务，报销管理人将不会承担责任。

将不会对战争、军队服役、核爆炸、核事故、核能量泄露、暴乱或非暴力反抗造成的任何疾病或受伤提供福利。本除外条款并不适用于恐怖主义行为。

- 2) **管理费**

- a) 报销表格填写收费，
- b) 获取医疗记录或报告收费，
- c) 由医师或其它医疗服务提供者收取的会员资格、管理或使用费用。示例包括但不限于对教育小册子收取的费用或者是打电话给您向您提供测试报告的费用。

- 3) **Alpha Feto Protein Program** 参加 Expanded Alpha Feto Protein Program（由加利福尼亚州医疗服务部管理的州范围内的产前测试计划），不能得到承保。

- 4) **替代/补充药物** 与替代或补充药物相关的服务或用品。这包括但不限于：

- a. 全身治疗的药物，
- b. 顺势疗法药物，
- c. 催眠，
- d. 芳香疗法，
- e. 按摩和按摩疗法，
- f. 灵气疗法，
- g. 草药、维生素或膳食产品或治疗方法，
- h. 物理疗法，
- i. 温度记录，
- j. 调整分子疗法，
- k. 接触反射分析，
- l. 生物能量同步技术 (BEST)，
- m. 虹膜的虹膜学研究，
- n. 听觉统合训练 (AIT)，
- o. 结肠灌洗，
- p. 磁场干预疗法，
- q. 电磁疗法，
- r. 神经反馈/生物反馈

- 5) **在生效日期之前或者在终止日期之后** 您在您的生效日期之前或在您的保险结束之后获得的护理的收费，除非本计划另有书面说明。

- 6) **某些医疗服务提供者** 您从没有获得法律许可而提供承保服务的医疗服务提供者获得的服务，如本福利手册所述。示例包括但不限于，按摩师（按摩疗法）和物理治疗师的技师。
- 7) **超过最大允许金额的收费** 超过承保服务的最大允许金额的收费。
- 8) **没有医疗记录支持的收费** 在您的医疗记录中没有描述的服务的收费。
- 9) **非承保服务的并发症** 为直接与不受本计划承保的服务相关的问题提供的护理。直接相关是指作为非承保服务的直接结果而发生的护理并且其如果没有非承保服务的存在的话便不会发生。本除外条款并不适用于由妊娠引起的问题。
- 10) **美容服务** 向美容服务提供的治疗、服务、处方药、设备或用品。美容服务的目的在于保存、改变、或改善您的外形或由于精神病治疗、心理或社交原因而提供美容服务。对于改变您的皮肤质地或外形或改变面部或身材大小、形状或外形（比如您的鼻子、眼睛、耳朵、面颊、下巴、胸口或乳房）的手术或治疗，没用福利可用。
- 本除外条款并不适用于乳房切除术、变性乳房切除术之后为使乳房对称而进行的重塑手术、纠正出生缺陷和出生畸形的手术或恢复被疾病或创作改变的任何身体部分的功能的手术。
- 11) **法院命令的测试** 法律命令的测试或护理，除非符合病情需要。
- 12) **犯罪** 因您犯罪或尝试犯罪而导致的受伤或疾病的治疗。如果您的犯罪行为仅仅是医疗或精神状况导致的，或者如果您是犯罪的受害人（包括家庭暴力），本除外条款并不适用。
- 13) **监护护理或休养疗法** 与主要是为了改变环境或进行物理疗法的住院期间相关的住院病房和膳食收费。监护护理或休养疗法，除非在“承保范围”章节的临终关怀或在家输液疗法的规定中有具体规定。由疗养院、敬老院、私人疗养院或任何类似设施提供的服务。
- 14) **牙科治疗（19 岁或以上）** 被排除的牙科治疗包括但不限于预防性护理和氟化物治疗；牙科 X 光、用品、矫治器和所有相关的费用；以及牙齿、下巴或牙龈诊断和治疗，比如：
- 拔牙、修牙和补牙；
 - 牙科问题的医疗护理或手术（除非被本福利手册列为承保服务）
 - 帮助牙科临床结果的服务；或者
 - 矫正服务
- 本除外条款并不适用于必须由法律保障的服务。
- 15) **教育服务** 出于教导、职业或自我培训目的用品或服务，除非本福利手册别有规定。
- 16) **非急救护理的急诊室服务** 在急诊室为不符合急救定义的状况提供的服务。这包括但不限于在急诊室进行的拆线。
- 17) **实验性/临床研究性服务** 被认为是实验性/临床研究性的用品或服务。这还适用于与实验性/临床研究性服务相关的服务，不论您是在您获得实验性/临床研究性服务或用品之前、期间或之后获得这些服务。
- 如果报销管理人认为某种治疗方法是实验性/临床研究性的，事实上，即使服务或用品是某个状况唯一可用的治疗方法，也不能使它符合承保资格。
- 18) **眼镜和隐形眼镜（19 岁或以上）** 纠正您的视力的眼镜和隐形眼镜。本除外条款并不适用于受承保的眼睛手术之后需要的镜片。
- 19) **眼睛保健** 视轴矫正法和视觉疗法。
- 20) **眼睛手术** 修正屈光不正（比如近视）的眼睛手术。这包括但不限于 LASIK、放射状角膜切开术或角膜磨削术以及准分子激光屈光角膜切除术，除非本福利手册有列明。
- 21) **家庭成员** 由您的家庭成员开处、订购、推荐或提供的服务，包括您的配偶、子女、兄弟、姐妹、父母、女婿媳妇或您自己。

- 22) **食物或膳食性补充品** 营养的和/或膳食性的补充品，除非本计划有规定或法律有要求。本除外条款包括但不限于那些能够在柜台购买的营养配方和膳食补充品，根据法律这些配方和膳食补充品并不需要书面处方或由执业药剂师分发。
- 23) **足部护理** 常规足部护理，除非符合病情需要。本除外条款适用于鸡眼和老茧的切除或去除；修甲；卫生和预防性足部护理，包括但不限于：
- a) 清洁和浸泡双脚。
 - b) 给皮肤涂面霜来护理肤色。
 - c) 在足部没有疾病、受伤或症状的情况下提供的其它服务。
- 24) **足部矫正** 足部矫正、矫正鞋或鞋子或支持物品，除非用于是影响下肢的疾病，比如严重糖尿病
- 25) **足部手术** 扁平足；足部半脱位；脚部虚弱、不自然、不稳定；脚背痛的手术治疗。
- 26) **免费护理** 如果您没有本计划您也不需要支付费用的服务。这包括但不限于政府计划、在入狱或坐牢期间获得的服务、您从工人补偿金福利获得的服务以及免费诊所获得的服务。
- 如果您不能使用工人补偿金福利，本除外条款并不适用。如果您获得全部或部分福利，本除外条款将适用。无论您是否索要福利或补偿金，以及无论您是否从任何第三方获得支付，本除外条款同样适用。
- 27) **基因疗法** 基因疗法以及任何与之相关的药物、程序、医疗护理服务，它们将基因材料介入进个人身上或与这种介入有关，以此替换或纠正缺陷或缺失的基因材料。
- 28) **健康俱乐部会员资格和健康服务** 健康俱乐部会员资格、健身设备、健身或私人教练收费，或对用于健身的活动、设备或设施收取的任何其它收费，即使是由医师命令的。本除外条款还适用于保健 spa。
- 29) **居家护理**
- a) 由注册护士或其他医疗工作者提供的服务，这些人员不属于居家医疗护理提供者的雇员或受其批准和安排。
 - b) 食物、住房、家政服务和递送到家的餐饮。
- 30) **住院病人诊断测试** 与住院期间相关的住院房间和膳食收费，主要是本来可以在门诊安全进行的诊断测试的费用。
- 31) **生活方式计划** 改变个人生活方式的计划，包括但不限于膳食、锻炼、意象或营养。本除外条款不适用于由报销管理人批准的心脏康复计划。
- 32) **维持疗法** 当没有明显进步或者不太可能有进步时提供的康复治疗。维持疗法包括帮助您保持您目前的功能水平并防止功能损失的护理，但是并没有带来任何更好的改变。本除外条款并不适用于“承保范围”章节中描述的“康复服务”。
- 33) **医疗设备、器件和用品**
- a) 因为误用、滥用或丢失/被盗，替换或修理购买的或租用的设备。
 - b) 手术支持、束身内衣或衣物，除非是出于手术或受伤复原的目的。
 - c) 不符合病情需要而增强标准设备和器件的功能。
 - d) 超过您的情况的病情需要的含有舒适、豪华或方便物品或特色的用品、设备和电动用品。将根据承保服务中相同目的以及符合病情需要的标准物品的最大允许额来进行报销。任何超过承保服务标准物品的最大允许额的费用由您负责支付。
- 34) **错过或取消的预约** 对错过或取消预约收取的费用。
- 35) **未注册医疗服务提供者** 由未注册的医疗服务提供者提供的治疗或服务，以及医疗服务提供者不需要经过注册便可以提供的治疗或服务。这包括从由执业医师监管的未注册医疗服务提供者获得的治疗或服务

务，除非报销管理人有具体规定或安排。在一定程序上，根据“广泛性发育障碍”章节，本除外条款并不适用于符合病情需要的广泛性发育障碍和孤独症治疗。

- 36) **不符合病情需要的服务** 报销管理人给出结论认为不符合病情需要的服务。这包括不符合医疗政策、临床承保范围或福利政策指南的服务。
- 37) **没有明确列出** 没有被本计划明确列为承保服务的服务。一些没有明确列出的服务可能属于计划的承保范围。请拨打您的身份证明上的电话号码致电客服服务部获取更多信息。
- 38) **营养或膳食性补充品** 营养的和/或膳食性的补充品，除非本福利手册有说明或受法律保障。本除外条款包括但不限于那些能够在柜台购买的营养配方和膳食补充品，以及那些您不需要书面处方或者不需要从执业药剂师获得的配方和膳食补充品。
- 39) **不按标签使用** 不按标签使用，除非法律要求计划必须对其承保或者经过报销管理员批准。
- 40) **口腔手术（19岁和以上）** 拔牙、对受影响的牙齿进行的手术以及其它治疗牙齿或骨头和直接支持牙齿的牙龈的口腔手术，除非本福利手册有列明。
- 41) **门诊处方药和药物治疗** 门诊处方药或药物治疗和胰岛素，除非在“承保范围”章节的“家庭输液疗法”和“治疗性/选择性流产”的规定中有明确说明。非处方药、柜台购买的专利或专有药物或药品。化妆、保健或美容辅助用品。请查看您的药房福利计划手册，了解门诊处方药、药物和胰岛素的相关信息。但是，符合病情需要以及符合“承保范围”章节的“耐用医疗设备和医疗器件、矫正器、修复用品、以及医疗和手术用品”规定的耐用医疗设备要求的医疗辅助用品，能够得到承保，但需要受适用于该福利的本计划的所有条款的约束。
- 42) **个人护理和方便**
- a) 出于个人舒适、方便、保护或清洁而使用的物品，比如空调、加湿器、净水器、运动头盔、加高的马桶座以及淋浴椅，
 - b) 急救用品和在家保存的其它通用物品（绷带、棉签涂药器、温度计、凡士林、胶带、未消毒手套、电热垫），
 - c) 在家锻炼或治疗设备，包括跑步机和家庭健身房，
 - d) 游泳池、涡旋浴缸、spa 或水疗设备，
 - e) 无刺激枕头、床垫或水床，或者
 - f) 住宅、汽车、业务地点结构更改（坡道、电梯、电梯椅子、扶手电梯、货梯、椅子滑道、急救警报设备、扶手）。
- 43) **私人契约** 按照会员和医疗服务提供者之间的私人契约提供的服务或用品，根据《社会保险法》十八部 1802 (42 U.S.C.1395a) 章的规定，禁止使用 Medicare 计划对其进行报销。
- 44) **私人护理** 私人护理服务，除非本福利手册有列明。
- 45) **修复用品** 运动或美容目的的修复用品。这包括假发和头发修复用品。
- 46) **居所** 治疗医疗或行为健康状况的居所，除非是在医院、安宁院、专业护理设施或居住治疗中心提供的。
- 47) **性功能障碍** 为男性或女性性问题提供的服务或用品。
- 48) **运动相关的状况** 因进行校际体育运动比赛或练习而受伤时发生的费用。本除外条款并不适用于校内或俱乐部运动。如果学生蒙受的不受承保的医疗费用是因以下方面而产生的，则本除外条款同样不适用：
- (1) 全国大学体育协会 (NCAA) 或全国大学校际体育协会 (NAIA) 提供的保险承保范围中每次受伤的最大额度；或者

(2) 在这些 NCAA 和 NAIA 承保范围内的具体限制或除外条款，或由 UC 体育部提供的任何其它承保范围，这些承保范围用于在校际体育运动比赛或练习中发生的医疗支出，以及用于本应符合 UC SHIP 资格的支出。

与 UC 体育部提供的保险/福利一起，本规定确保，校际体育不会因 NCAA 或 NAIA 支持的校际体育运动的练习和比赛而承受任何自付费用。

- 49) **特殊鞋类** 承受足部畸形的个人所需要的鞋类。
- 50) **待命收费** 医师或其他医疗服务提供者的待命收费。
- 51) **节育** 用来挽救选择性节育的服务。
- 52) **代孕妈妈服务** 向进行代孕的不受本计划承保的个人提供的用品和服务（包括但不限于另一个女人为不育夫妇孕育小孩）。
- 53) **牙齿（先天性异常）** 先天性牙齿缺失、错位或牙齿拥挤的治疗，即使只是先天性异常的一部分，除非本计划的“小儿牙科服务”中有说明或者法律有要求。本除外条款并不适用于未满 19 岁的会员。
- 54) **电话和传真机咨询** 通过电话或传真机提供的咨询，除非“承保服务”章节的“远程医疗”中有明确规定
- 55) **移动费用** 英里数、住宿、餐饮和其它会员相关的移动费用，除非在本计划的肥胖症治疗、移植或变性手术中有描述。
- 56) **静脉治疗** 通过任何方式进行的出于美容目的的静脉或毛细血管扩张的真皮血管治疗（包括硬化疗法或其它手术）。
- 57) **放弃的网络外费用分摊** 对于任何服务，根据本计划的条款您需要为其支付共付额、共同保险或自付额，而共付额、共同保险或自付额被网络外医疗服务提供者放弃。
- 58) **减肥计划** 不管是否在医疗监督下进行的，除非受到本福利手册的承保。

本除外条款包括但不限于商业减肥计划（减肥观察者、克莱格体重管理、LA 减肥）和禁食计划。

本除外条款并不适用于联邦法律作为“预防性护理”福利的一部分而要求的体重管理计划。

报销支付

本章节描述报销管理人如何进行报销以及当您提交报销时需要哪些信息。当您从网络医疗服务提供者获得护理时，您不需要提交报销请求，因为网络医疗服务提供者将会为您进行操作。如果您从网络外医疗服务提供者获得护理，您将需要确保提交报销请求。许多网络外医疗服务提供者、医师和其它医疗服务提供者仍然会为您提交报销请求，虽然他们并没有义务这样做。如果您要提交报销请求，请使用本章节后面部分描述的报销表格。

最大允许额

综述

本章节描述报销管理人如何确定承保服务的报销金额。对于您获得的承保服务，由网络和网络外医疗服务提供者提供的服务的报销将根据本计划的最大允许金额进行。请查看“**计划内安排**”章节了解额外信息。

最大允许金额是指对于以下服务和用品本计划将允许的最大报销金额：

- 符合承保服务定义的服务，只要这些服务和用品属于您的计划的承保范围并且没有被排除；
- 符合病情需要的服务；以及
- 根据所有适用的事先批准、利用管理或在您的计划中规定的其它要求提供的服务。

如果您没有达到您的自付额或有共付额或共同保险，您将需要支付最大允许金额的一部分。此外，当您从网络外医疗服务提供者获得承保服务，您可能需要负责支付最大允许额和医疗服务提供者实际收取的金额之间的差额。这个金额可能是非常大的。

当您从合资格的医疗服务提供者获得承保服务，报销管理人将（如适用）对为这些服务提交的报销使用报销程序规则。这些规则评估报销信息，以及除了别的之外，确定报销中包含的和程序和诊断规范的准确性和适当性。这些规则的适用可能会影响最大允许额的确定。这些规则的适应并不是表示您获得的承保服务不符合病情需要。它表示报销管理人已经确定，报销已经被按照程序编码规则和/或报销政策进行了提交。例如，当有一个程序代码包含了正在进行的所有程序时，您的医疗服务提供者可能已经使用多个程序代码提交了报销。当这种情况发生时，将根据一个程序代码而不是每个开账代码的单独的最大允许额来确定最大允许额。

相似地，如果在同一天由同一个医师或其它医疗专家进行了多个程序，对于那些第二次的和后面的程序，最大允许额可能会减少，因为，为这些程序按照 100% 的最大允许额进行报销将代表是对主要程序的组成部分的重复支付，而这些主要程序的组成部分可能被视为是附带的或包含在主要程序内的。

医疗服务提供者网络状态

取决有医疗服务提供者是网络医疗服务提供者还是网络外医疗服务提供者，最大允许额可能会有所不同。

网络医疗服务提供者是在这个具体计划的托管网络内的或在一个特别的 **Center of Excellence**/或其它紧密管理的特别网络内的医疗服务提供者，或者是已经与报销管理人签署了参与合约的医疗服务提供者。对于由网络医疗服务提供者执行的承保服务，本计划的最大允许额是医疗服务提供者已经同意接受作为承保服务报销额的费率。由于网络医疗服务提供者已经同意接受最大允许额作为对这些承保服务的全额支付，他们不得向您发送账单或收取上方的最大允许额金额。但是，如果您没有达到您的自付额或有共付额或共同保险，您可能会收到账单或者被要求支付最大允许金额的全部或一部分。请致电会员服务部，获取查找网络医疗服务提供者的帮助，或访问 www.anthem.com。

没有与报销管理人签署任何合约的医疗服务提供者以及不在报销管理人的任何网络内的医疗服务提供者属于网络外医疗服务提供者，需受到管理某些特定辅助性医疗服务提供者提交的报销的 **Blue Cross Blue Shield Association** 规则的约束。

对于您从网络外医疗服务提供者获得的承保服务，本计划的最大允许额将是以下其中一种，由报销管理人确定：

1. 根据报销管理人网络外费用一览表/费率确定的金额，报销管理人已经自行确定该金额，以及报销管理人保留在考虑以下一种或多种情况之后不时对其进行修改的权利：被与报销管理人签约的相似/类似的医疗服务提供者接受的报销金额，Centers for Medicare 和 Medicaid Services 为同样的服务或用品支付的报销金额，以及其它行业费用、报销和利用数据；或者
2. 根据从 Centers for Medicare 和 Medicaid Services（“CMS”）获得的报销或费用信息确定的金额。当根据 CMS 使用的报销水平或方法来确定最大允许额时，报销管理人将更新这些信息，这些信息按照地理位置进行调整，每年至少一次；或者
3. 根据第三方销售商提供的信息确定的金额，这个金额可能反映以下因素中的一个或多个：(1) 治疗的复杂性或严重性；(2) 治疗要求的技术水平和经验；或者 (3) 水平相当的医疗服务提供者提供护理的费用和成本；或者
4. 由报销管理人或第三方销售商协商的金额，这个金额经过医疗服务者的商意。这可能包括通过案件管理协调的服务费率；或者
5. 与医疗服务提供者收取的总费用相等的金额，但是前提是该收费少于通过使用上方描述的一种方法计算出的最大允许额。

没有为本产品签约但是为其它产品已经与报销管理人签约的医疗服务提供者同样被视为网络外医疗服务提供者。对于本计划，从这些医疗服务提供者获得的服务的最大允许额将是上方所示的五个方法中的一个，除非报销管理人和该医疗服务提供者规定了一个不同的金额。

对于不在 Anthem 的服务区域的由网络外医疗服务提供者提供的承保服务，可能使用当地的 **Blue Cross Blue Shield** 计划的非合作医疗服务提供者费用一览表/费率或由适用的州或联邦法律要求的价格安排来确定报销的价格。在某些情况下，可能根据账单开出的费用、从 Anthem 服务区域获得医疗服务时所使用的价格或者一个经过特别协商的价格来确定地区外报销的最大允许额。

不像网络医疗服务提供者，网络外医疗服务提供者可能向您关送一份账单并收取医疗服务提供者费用金额中超过本计划最大允许额的部分。您负责支付最大允许金额和医疗服务提供者收费之间的差额。这个金额可能是非常大的。选择网络医疗服务提供者将很可能为您带来更低的自付费用。请致电会员服务部，获取查找网络医疗服务提供者的帮助，或访问 www.anthem.com。

对于从网络外医疗服务提供者获得的特定服务，会员服务部还可以协助您确定本/您的计划的最大允许额。为了协助您，您将需要从您的医疗服务提供者获得其将要提供的服务的具体的程序代码和诊断代码。您还将需要知道医疗服务提供者的收费来计算您的自付费用责任。虽然会员服务部能够协助您获得这些服务前信息，但是将根据医疗服务提供的实际报销来确定您的报销最终的最大允许额。

会员费用分摊

对于某些受承保的服务，您可能需要支付最大允许金额的一部分作为您的费用分摊金额（例如自付额、共付额和/或共同保险）。

您的费用分摊金额和自付费用额度可能会不同，取决于您是从网络还是网络外医疗服务提供者获得服务。特别地，当您使用网络外医疗服务提供者时，您可能需要支付最高的费用分摊金额或您的福利可能会有一个限额。请查看本福利手册的“福利一览表”，了解您的费用分摊责任和限制，或致电会员服务部，了解本计划的福利或费用分摊金额是如何由于您使用的医疗服务提供者的不同而不同的。

对于未承保的服务，报销管理人将不会给予报销。对于未受承保的服务，不论该服务是由网络医疗服务提供者还是网络外医疗服务提供者提供的，您可能需要负责支付由您的医疗服务提供者收了的总金额。未承保的服务包括专门被您的保单条款排除在外的服务以及在福利已经被用尽之后获得的服务。比如，超过您的终生最大额、福利上限或天数/就诊次数限额时，福利可能会被用尽。

示例：

- 您选择一个网络外科医生。费用是 \$2500。手术的最大允许额是 \$1500；当您使用网络外科医生时您的共同保险责任是 \$1500 的 20%，即 \$300。报销管理人支付 \$1500 的 80%，即 \$1200。网络外科医生接受总额 \$1500 作为手术的报销额，而不论收费是多少。您的总自付责任将是 \$300。
- 您选择一个网络外外科医生。网络外外科医生的服务收费是 \$2500。外科手术服务的最大允许额是 \$1500；在达到网络外自付额之后，您对网络外外科医生的共同保险责任是 \$1500 的 30%，即 \$450。报销管理人支付剩余的 \$1500 的 70%，即 \$1050。此外，网络外外科医生可能会向您收取 \$2500 与 \$1500 之间的差额，所以您的总自付费用将是 \$450 加上额外的 \$1000，总额为 \$1450。

获批准的服务

在一些情况下，比如，承保服务没有可用的网络医疗服务提供者，对于您从网络外医疗服务提供者获得的承保服务，报销管理人可能会批准网络费用分摊金额（自付额、共付额和/或共同保险）作为报销金额。在这种情况下，您必须在获得承保服务之前联系报销管理人。如果您从网络外医疗服务提供者获得急救服务并且直到提供承保服务之后您才能够联系报销管理人，报销管理人同样可能批准网络费用分摊金额作为承保服务的报销金额。如果报销管理人批准网络费用分摊金额作为从网络外医疗服务提供者获得的承保服务的报销金额，您还可能仍然需要支付最大允许额和网络外医疗服务者收费之间的差额。请联系会员服务部获取“获批的服务”的信息或请求获得批准。

示例：

您要求提供专科医疗服务提供者服务；但是在您居住的州没有该专科的网络医疗服务提供者。您在获得任何承保服务之前联系报销管理人，而他们批准您到可用的网络外医疗服务提供者获得该承保服务，以及他们同意这将适用网络费用成本分摊。

您的计划对网络外医疗服务提供者的共付额为 \$45，而对合作的该服务的医疗服务提供者的网络医疗服务提供者的共付额为 \$25。网络外医疗服务提供者对该服务的收费是 \$500。最大允许额为 \$200。

由于报销管理人已经批准在这种情况下适用网络费用分摊金额，您将负责支付 \$25 网络共付额，以及报销管理人将负责支付最大允许额 \$200 中剩余的 \$175。

由于网络外医疗服务提供者对该服务的收费是 \$500，您可能收到网络外医疗服务提供者对 \$500 收费与 \$200 最大允许额之间的差额开出的账单。与您的 \$25 的网络共付额相加，您的总自付费用将是 \$325。

报销审查

报销管理人拥有相关程序，在支付之前或之后对报销进行审查，以便发现欺诈、浪费、滥用和其它不当行为。对于由于这些审查程序的结果而被确定为不应支付的那些服务，网络外医疗服务者将会对向其寻求服

务的会员收取相应的差额。根据这些程序中的审查，报销可能还会因医疗服务提供者与报销一同提交医疗记录而被确定为不应支付。

报销与证据丢失注意事项

当您已获得了承保服务，为了能够让福利得到支付，报销管理人必须在 90 天内收到您的报销的书面通知。您的报销必须有报销管理人需要用来确定福利的信息。必须按条整理获得的服务以及收费，并且清晰准确地进行描述。如果按理不能够在该时间表内提交报销，将允许一个最长 12 个月的延期。必须使用报销表格；不接受被注销的支票或收据。**如果您或您的医疗服务提供者未向我们提供额外的信息而使报销管理人不能完成报销程序，报销可能被拒绝。**

报销表格

通常大多数医疗服务提供者都会提供报销表格。如果没有可用的表格，请联系您的学生医疗和咨询服务部或通过网站 www.ucship.edu/ucship，或拨打 1-866-940-8306 联系 UC SHIP Member Services 并要求其向您发送报销表格。如果您没有收到报销表格，可提交提供服务的书面通知，而不需要提交报销表格。需要在报销表格上提供的信息同样需要附在报销书面通知上。这包含：

- 患者姓名。
- 患者与学生的关系。
- 身份证明号码。
- 服务日期、类型和地点。
- 您的签名和医疗服务提供者的签名。

会员的配合

为了能够依据 Medicare、工人补偿金或任何其它政府计划获得或确保能够获得报销，我们期望您能够完成所需要的所有这些批准、同意、豁免、任务和其它文件并提交给报销管理人。如果您不配合，您将需要负责任何服务收费。

福利支付

报销管理人可能会直接向网络医疗服务提供者支付承保服务的福利。如果您使用网络外医疗服务提供者，但是，报销管理人可能会向您做出福利支付。还可以向替代收件人（学生的被认可的任何子女，根据 Qualified Medical Child Support Order (QMSCO)，拥有加入计划的权利）或对该个人有监护权的父母或指定的代表作出支付，或发送与收据和/或报销裁定有关的通知。做出的任何福利支付将免除计划对承保服务进行支付的义务。根据任何适用的州法律的规定，您不能将您的福利权利转让给任何其它人，除非 Qualified Medical Child Support Order 有要求。

医疗服务提供者一旦执行了承保服务，报销管理人将不会请求我们保留所提交的报销付款。

计划内安排

区域外服务

概述

Anthem 与其它 Blue Cross and Blue Shield Licensees 拥有各种各样的关系。通常，这些关系被称为“计划内安排”。这些计划内安排根据由 Blue Cross Blue Shield Association（“协会”）公布的规则和程序运作。每当您在 Anthem 服务的地理区域（“Anthem”服务区域）外使用医疗服务，将通过一个这些计划内安排来处理这些服务的报销。计划内安排的描述如下：

当您在 Anthem 的服务区域外获得护理，您将从两种医疗服务提供者之中的一种获得该服务。大多数医疗服务提供者（“合作医疗服务提供者”）与该地理区域内的当地的 Blue Cross 和/或 Blue Shield Plan（“Host Blue”）签约。一些医疗服务提供者（“非合作医疗服务提供者”）没有与 Host Blue 签约。我们在下方说明我们是如何对两种类型的医疗服务提供者进行支付的。

计划内安排资格—报销类型

根据上方的描述，大多数报销类型都符合通过计划内安排获得处理的资格。没有包含在内的报销的例子有您从药房获得的处方药以及大多数牙科或眼科福利。

A. BlueCard® Program

根据 BlueCard® Program，当您在 Host Blue 服务的地理区域内获得承保服务，Anthem 将仍然会履行它们的合约责任。但是，Host Blue 负责：(a) 与它的医疗服务提供者签约；以及 (b) 处理它与这些医疗服务者之间的交流。

当您在 Anthem 的服务区域外获得承保服务，而通过 BlueCard Program 处理报销，将根据以下较低的金
额计算您支付的金额：

- 承保服务的账单收费；或者
- Host Blue 向 Anthem 提供的协商的价格。

通常，该“协商的价格”将会是 Host Blue 向医疗服务提供者支付的反映实际价的一个简单折扣。有时，它是考虑了与该医疗服务提供者的特别安排之后估算的价格。有时，这样的安排可能是根据折扣做出的一项平均价格，这给由类似类型的医疗服务提供者提供的服务带来预期的平均节储蓄。

如上面所看到的那样，估算的价格和平均价格同时还会考虑相关调整，以便对过去的报销价格的过高估算或过低估算进行纠正。但是，这些调整将不会影响 Anthem 对您的报销所使用的价格，因为在已经支付了报销之后，将不会再应用它们。

B. 协商的（非 BlueCard Program）安排

至于一个或多个 Host Blues，Anthem 可能通过为国家账号协商好的安排来处理您的承保服务报销，而不是使用 BlueCard Program。

将根据承保服务账单收费或 Host Blue 向 Anthem 提供的协商价格（请参考 A 部分 BlueCard Program 中的协商价格）中较低的价格来计划根据本安排您为承保服务支付的金额。

D. 计划内计划：联邦/州税费/附加费/费用

联邦或州法律或法规可能要求附加费、税费或其费用。如果适用，Anthem 将加入任何该类附加费、税费或其它费用作为报销收费而向您收取。

E. 服务区域外的非合作医疗服务提供者

在 Anthem 服务区域外发生的非合作医疗服务提供者报销的定价方法在“报销支付”中有描述。

F. BlueCard Worldwide® Program

如果您打算到美国以外的地方旅行，请致电会员服务部，找出您的 BlueCard Worldwide 福利。在美国以外的地方获得的服务的福利可能会与在美国获得的服务的福利不同。请记得携带最新的医疗身份证明。

当您在海外旅行并且需要医疗护理时，您可以随时呼叫 BlueCard Worldwide Service Center。这个电话一天 24 小时，一周七天开通。免费电话号码是 800-810-2583。或者您可以拨打 804-673-1177 致电他们。

如果您需要住院护理，您或您的代表，应该联系报销管理人获得事先批准。请紧记，如果您需要急救医疗护理，请到最近的医院。在您获得护理之前，您不需要打电话给报销管理人。

请参考本福利手册“获得福利批准”章节了解进一步的信息。您可以了解当您需要被送入医院接受急救或非急救护理时如何获得事先批准。

BlueCard Worldwide 如何支付报销

在大多数情况下，当您与 BlueCard Worldwide 商定住院护理时，BlueCard Worldwide 将会为您提交报销。您需要先支付的唯一金额是任何可能适用的共付额、共同保险或自付额金额。

通常您将需要先支付以下服务：

- 医生服务；
- 不是通过 BlueCard Worldwide 安排的住院护理；以及
- 门诊服务。

您将需要为任何先支付的付款提交报销表格。

当您需要 BlueCard Worldwide 报销表格时，您可以通过以下方式获得国际报销表格：

- 拨打上方电话号码致电 BlueCard Worldwide Service Center；或者
- 网上访问 www.bluecardworldwide.com。

您将在表格上找到报销的邮寄地址。

UC 贴士注意事项：为大学公事而出差的学生，大学将为其提供一份出差意外保单，该保单由 UC Office of the President 管理，不会向学生收取额外的费用。关于本福利的更多信息以及想要注册本计划，请转到：

<http://www.ucop.edu/risk-services/loss-prevention-control/travel-assistance/>

请注意，为了在国外获得急救援助并利用本福利（包括为了大学公事而在外国国家工作和研究时的医疗后送和身故遗体送返），您必须在您出发之前在上方所列的网站上进行注册。注册很简单，并且不用 5 分钟。

在所有情况下，加利福尼亚大学主席办公室的旅行意外保单是主要的以及将在本计划提供福利之前支付福利。

当会员参加了不只一个计划时的福利协调

对于不是由学生医疗和咨询服务部提供的任何服务，相对所有其它计划（包括 Medicare）来说，本计划的承保范围是第二性的承保范围，除了 Medi-Cal、MRMIP 和 TRICARE。对任何其它服务来说，在学生医疗和咨询服务部执行的服务是主要的。

如果您参加了不只一个医疗计划，将对您在本计划中的福利与其它计划的福利进行协调。这些协调规定单独适用于每个会员、每个计划年度，并且基本上由加利福尼亚法律确定。您拥有的任何医疗或小儿牙科保险，将按照以下所示的方式进行协调。

定义

在本章节中使用的关键术语的意义如下方所示。当下方所示的任何关键术语出现在这些规定中，每个词语的首字母将会大写。当您看到这些首字母大写的词语，您应该参考本“定义”规定。

可列支费用是指任何必需的、合理的和习惯性的支出项目，这些项目至少部分属于为进行报销的个人提供保险的任何计划的承保范围。当一个计划以服务的形式而不是以现金支付的形式提供福利时，每次提供的服务的合理现金价值将同时被视为“可列支费用”和已支付的福利。不在为进行报销的个人提供保险的任何计划的承保范围内的支出不属于“可列支费用”。

以下情形不属于可列支费用：

1. 医院私人房间的使用不属于可列支费用，除非依照普遍接受的医疗实践，患者留在医院私人房间是符合病情需要的，或者其中一个计划通常会为医院私人房间提供承保。
2. 如果您受到两个计划的承保，而它们根据合理和习惯性的金额或相关价值一览表补偿方法或一些其它类似补偿方法来计算福利，则超出合理和习惯性金额中的较高者的任何金额不属于可列支费用。
3. 如果个人受到两个计划的承保，而它们根据协商好的费率或费用来提供福利或服务，则超过协商好的费率中的较低者的金额不属于可列支费用。
4. 如果个人受到两个计划的承保，其中一个根据合理和习惯性的金额或相关价值一览表报销方法和一些其它类似报销方法来计划其福利或服务，而另一个计划根据协商好的费率或费用来提供其福利或服务，则超过协商好的费率的任何金额不属于可列支费用。
5. 由于您没有遵守计划规定而被主要计划扣减的任何福利金额不属于“可列支费用”。某些类型的规定的例子包括第二外科手术意见、利用审查要求和网络医疗服务提供者安排。
6. 如果您告知报销管理人，根据国内税收法规第 223 章的定义，所有为您提供保险的计划都是高自付额医疗计划，而您打算向根据国内税收法规第 223 章设立的医疗储蓄账户缴纳款项，则受主要的高自付额医疗计划的自付额影响的任何金额不属于可列支费用。

其它计划是指以下任何其中一种：

1. 集体保险、统保或特许保险；
2. 集体服务计划合约、集团实践、集体个人实践和其它集体支付保险；
3. 劳动管理托管计划、工会福利组织计划、雇主组织计划、员工福利组织计划或自保员工福利计划等计划的集体保险。
4. Medicare 支付。根据法律规规定，相对于任何私人保险计划或其它非政府计划（包括自保计划）而言，如果它的福利是于第二性的，则这不包括 Medicare。
5. 全国大学体育协会 (NCAA) 或全国大学体育协会 (NAIA)

术语“其它计划”单独指每个协议、保单、合约或其它服务和福利安排，并且仅指这些协议、保单、合约或安排中保留了在确定福利时将其它计划的服务或福利考虑在内的权利的部分。

主要计划是指其福利将会首先被确定的计划。

本计划是指本计划中根据本规定提供福利的那部分。

福利影响

如果本计划和任何其它计划中的福利超过该日历年的“可列支费用”，则在确定个人在任何日历年内在本计划中的福利时，本规定将适用。

1. 如果本计划是“主要计划”，则将首先确定它的福利，而不考虑任何其它计划的福利或服务。
2. 如果本计划不是“主要计划”，则可能会减少它的福利，因此所有计划的福利和服务不会超过“可列支费用”。
3. 如果您仅受到本计划的承保，本计划的福利将永远不会大于本应支付的福利的总额。

福利确定顺序

以下规则中适用的第一条将确定福利的支付顺序：

1. 会员是在学生医疗和咨询服务部接受治疗。**UC SHIP** 是这些服务的主要计划。您可能需要向您的其它医疗计划提交您的收据进行报销。
2. 没有“福利协调”规定的计划先于拥有“福利协调”规定的计划进行支付。在所有情况下，这将包括 **Medicare**，除非法律要求本计划先于 **Medicare** 进行支付。

注：本计划对所有其它保单来说都是第二性的保险，除了 **Medi-Cal**、**MRMIP** 和 **TRICARE**。

3. 在大多数情况下，将您作为会员来承保的计划会比将您作为家属来承保的计划先支付。但是，**UC SHIP** 对所有其它计划来说都是第二性的保险，除了 **Medi-Cal**、**MRMIP** 和 **TRICARE**。另一种例外情况是，如果您已经退休并且符合 **Medicare** 资格，**Medicare** 在 (a) 将您作为现有职员的家属而提供保险的 plan 之后支付，但是在 (b) 将您作为退休员工而提供保险的 plan 之前支付。

报销管理人依据本规定具有的权利

及时通知责任。报销管理人不负责福利的协调，除非做出请求的一方已经提供了与本规定的应用相关的及时信息。

合理的现金价值。当任何其它计划以服务的形式而不是以现金支付的形式提供福利时，所提供的服务的合理现金价值将被视为“可列支费用”。该服务的合理现金价值将被视为一项已支付的福利，而我们的责任则相应减少。

支付设施。如果依据任何其它计划支付了本应依据本计划支付的款项，报销管理人有权向该其它计划支付他们确定批准的任何金额，从而满足本规定的宗旨。任何该类金额将被视为一项依据本计划支付的福利，以及该类支付将完全符合报销管理人在本规定中的责任。

追偿权。如果依据本计划做出的支付超过为满足本规定宗旨所必需的最大金额，则报销管理人有权向作为这些款项的支付对象的任何个人或组织或向任何保险公司或服务计划追偿该超出的金额。

代位追偿权和补偿

当计划由于您忍受的受伤或疾病而向您支付了福利，而您有权利从任何来源获得赔偿金或已经获得赔偿金时，这些规定适用。“赔偿金”包括但不限于从任何个人或团体获得的金钱、任何个人或团体的责任保险、未参保的/参保不足的驾车旅行者收益、工人补偿金保险或资金、“不追究过错”的保险和/或机动车医疗支付保险、不论其方式是诉讼、和解还是其它方式。不论您或您的代表或任何协议如何描述您收到的追偿金额，它将受到这些规定的约束。

代位追偿权

计划有权利向因为您的疾病或受伤而有责任向您补偿的任何团体追偿它代表您做出的付款。以下规定适用：

- 对于计划已经支付的全部福利金额，计划对赔偿金拥有优先权，而不论您是否能够得到充分补偿，以及不论您收到的付款是否能够让您在您的损失、疾病和/或受伤中保持健康。
- 您和您的法定代表必须竭尽所能来让计划实施它的权利，以及不能做任何妨碍这些权利的事情。
- 如果您或您的法定代表未采取任何必要的行动来让计划实施它的代位追偿权，则计划有权从计划的任何未来福利中扣除计划将要支付的金额。
- 计划有权采取它认为适合对任何个人、团体或实体采取的所有法律行动，以此追偿计划已经支付的福利。
- 如果能够提供补偿金的总资产不能满足计划的全部代位追偿报销以及任何由您提出的报销，则在将赔偿金的任何部分用于支付您的报销、您的律师费、其它支出或费用之前，计划的代位追偿报销应该首先得到满足。
- 计划不負責任何律师费、律师留置权、您产生的其它支出或费用。“共同基金”学说不适用于由您聘任的任何律师追偿回来的任何资金，不论追偿回来的资金是否被用来偿还计划已经支付的福利。

补偿

如果您获得一项赔偿金，而对于计划已经代表您支付的福利，计划没有获得偿还金额，则计划有权利按照它代表您支付的福利金额获得偿还金额，以及以下规定将适用：

- 您必须立即使用赔偿金向计划偿还其已经代表您支付的计划福利，而不论您收到的付款是否能够让您在您的损失、疾病和/或受伤中保持健康。
- 即使和解协议或法院命令已经对您的赔偿金（比如疼痛和痛苦）做出了任何分配或指定，对于任何赔偿金，计划都有权优先获得完整补偿。另外，计划的权利将不会因为您的疏忽而被减少。
- 您和您的法定代表必须为计划托管总赔偿金（在扣除律师费、其它支出或费用之前的总赔偿金额）的收益，并且在您收到赔偿金之后立即向计划支付。您和您的法定代表承认，属于计划衡平法留置权部分的赔偿金是计划的资产。
- 在计划根据这些规定获得补偿之前，不得浪费或分配任何赔偿金。
- 您必须优先补偿计划，并且不得抵消或扣除任何律师费、其它支出或费用。“共同基金”学说不适用于由您聘任的任何律师追偿回来的任何资金，不论追偿回来的资金是否被用来偿还计划已经支付的福利。
- 如果您未偿还计划，计划有权利从计划的任何未来福利中扣除计划已经支付但未被偿还的福利金额或您的赔偿金（少于计划支付的金额），如果：
 1. 计划代表您支付的金额没有被偿还或者计划没有获得赔偿；或者

2. 您不配合。

- 如果您没向计划披露您的和解金额，计划有权从计划的任何未来福利中扣除属于计划的留置权部分的金额。
- 计划已经对医疗服务提供者进行了支付时，它还有权直接向该医疗服务提供者追偿计划已经支付的金额中任何没有被偿还的部分或您的赔偿金（取较少者）。在这种情况下，则您有义务向医疗服务提供者支付其收取的全部金额，以及计划将没有任何义务向医疗服务提供者进行支付或向您补偿。
- 计划有权从任何赔偿金优先获得补偿，即使赔偿金不能全部满足裁判、和解或上述损害报销或完全补偿您或让您保持健康。

您的责任

- 您必须立即向计划通知，导致您受伤或患病的事故或意外是如何发生的、何时在哪里发生的、所涉及的相关方的所有信息以及计划要求的任何其它信息。
- 您必须在调查、和解中以及在保护计划的权利方面与计划配合。如果您或您的法定代表未采取任何必要的行动来使计划能够实施其代位追偿权或补偿权利，则计划将有权从计划的任何未来福利中扣除计划已经支付的金额。
- 您不得做出任何损害计划的权利的事情。
- 您必须向计划发送所有警察报告的副本、通知或其它收到的与导致您受伤或患病的故事或意外相关的文件。
- 如果您聘用了律师或者如果以您的名义提起了诉讼，您必须立即通知计划。
- 如果一项审讯已经开始，如果发生了和解或者如果在某个案件中提起了可能具有决定性意义的动议，您必须立即通知计划。

报销管理人可以全权全面地解释本计划中代位追偿权和补偿规定的条款并保留视情况需要而做出变更的权利。

如果获得承保的个人是未成年人，则由未成年、未成年人的受托人、监护人、父母或其他代表追偿回来的任何金额均应该受本规定的约束。同样地，如果参保人的亲属、继承人和/或代理人因为参保人承受的疾病而提出赔偿，则该赔偿金应受本规定的约束。

计划有权利追偿它的律师费和在实施本规定时产生的费用。

对于任何医疗支付规定、不追究错误的机动车保险保单或个人伤害保护保单而言，计划应该是第二性的，不论您是否做了任何相反的选择。对于任何超额保险保单（包括但不限于学校和/或运动保单）而言，计划也是第二性的。

会员权利和责任

作为会员，当您在接受医疗护理时，您拥有相应的权利和义务。作为您的医疗护理合作伙伴，报销管理人想要确保在提供您的医疗福利时您的权利能够获得尊重。这意味着，让您能够使用报销管理人的网络医疗服务提供者以及您想要为您的健康做出最佳决定时所需要的信息。作为会员，您还应该在您的护理中起到积极的作用。

这些是您的权利和责任：

您有权利：

- 与您的医疗服务提供者自由和私下商谈您的状况所需要的所有医疗护理选项和治疗，不管费用如何或者是否受您的计划的承保。
- 与您的医生合作做出与您的医疗护理相关的选择。
- 被人用尊重和有尊严的方式对待。
- 期望我们通过报销管理人的隐私政策、州和联邦法律保密您的个人医疗信息。
- 获得您所需要的信息，从而确保您能够从您的医疗计划获得最大福利，以及分享您的反馈。这包括以下方面的信息：
 - 报销管理人的公司和服务。
 - 报销管理人的医疗服务提供者网络。
 - 您的权利和责任。
 - 您的医疗计划的规则。
 - 您的医疗计划的运作方式。
- 做出以下方面的投诉或提起以下方面的上诉：
 - 您的医疗计划和您获得的任何护理
 - 您的医疗计划做出的任何承保服务或福利决定。
- 在任何状况、生病或疾病的情况下，对护理说不，而不会影响您在将来可能获得的任何护理。这包括要求您的医生告诉您这在现在及在将会如何影响您的健康。
- 从医疗服务提供者获取关于您的病因、您的治疗和结果的最新信息。如果您不理解这些信息，您可以要求提供帮助。

您有义务：

- 阅读所有关于您的医疗福利的信息并在有疑问时寻求帮助。
- 遵守所有医疗计划规则和政策。
- 尊重所有医生、医疗服务提供者和员工。
- 遵守所有已安排的预约。如果您可能迟到或需要取消预约请致电您的医疗服务提供者诊室。
- 尽量理解您的健康问题以及与您的医疗服务提供者合作做出您完成同意的治疗计划。
- 如果您对正在接受的任何类型的护理不理解或者不理解作为您的治疗计划的一部分他们想要您怎样做，请告知您的医疗服务提供者。
- 遵守您已经向您的医疗服务提供者同意的医疗护理计划。
- 向报销管理人或其它医疗服务提供者提供所需要的信息，帮助您获得可能最佳的护理以及根据您的医疗计划您有资格获得的所有福利。这可能包括与您在计划的保险一同享用的其它医疗和保险福利有关的信息。

- 在计划的承保期间，如果您的姓名和或址有任何变更，请通知校园登记员办公室。

如果您需要更多信息或者想要联系报销管理员，请到 **anthem.com** 并选择“客户支持”>“联系我们”。或拨打您的身份证明上的电话号码致电会员服务部。

报销管理人希望能够向它的会员提供高质量的福利和会员服务。依据计划提供的服务福利和服务承保范围受本福利手册的约束，而不是受本会员权利和责任声明的约束。

承保范围的终止与继续

承保范围的终止

对学生而言，承保范围按照下方规定结束：

1. 如果计划终止，学生的承保范围同时终止。本计划可能在不作出通知的情况下随时被取消或被更改。如果计划终止或改变，参保学生将仍然可以获得在计划终止或变更之前已经发生但是没有提交或支付的报销。
2. 如果计划不再为承保学生所属的学生类别提供承保范围，学生的承保范围将在该变更的生效日期当日终止。
3. 如果学生从大学毕业，学生的承保范围将持续到学生毕业时所处的承保期限的最后一天。
4. 如果学生退学或被大学开除，将由校园政策来确定在退学或被开除之后承保范围是否仍然继续。请联系学生医疗保险办公室，获取更多信息。
5. 计划的参保状态可能会因下方所列的原因而被终止。应该将终止结果书面通知学生。终止应该在书面通知之日起 30 日后才生效。
 - a. 关于 UC SHIP 的资格，您故意提供虚假的重要信息，或在任何文件上虚报信息或未通知计划报销管理人您或您家属的状态变化。
 - b. 您故意允许您自己或您的家属以外的其他人使用您的计划身份证明来获得服务；或者
 - c. 您通过虚假的、严重误导的或不正当的信息、行为或疏忽故意获得或尝试获得计划的服务。

不得基于性别、种族、肤色、宗教、性取向、血统、出身国、身体残疾或疾病状态而终止计划的参保状态。

UC SHIP 主任负责做出计划终止和计划参与方面的最终决定。

6. 如果注册学生的计划被终止并且其没有主要的医疗保险，根据加利福尼亚大学校务委员的要求，学生医疗和咨询服务部员工将向学生提供协助，找出符合大学的最低医疗福利标准的医疗保险计划。学生还可以联系coveredca.com查看 Covered California 交换计划。学生完全负责他或她参加的任何计划的费用以及任何不受该计划承保的医疗护理，包括申请保险和计划保费的费用。

对于家属，当学生的承保范围终止时家属的承保范围终止，或者当家属不再符合家属资格要求时终止，而不论哪一种情况先发生。

重要提示：如果婚姻或家庭伴侣关系终止，或者如果一个受承保的子女失去家属子女的状态，学生必须向 Wells Fargo Insurance Services 提供或发送关于资格状态终止和丧失的书面通知。根据“合资格状态”规定，当前配偶或家庭伴侣或者家属子女（如有）不再符合资格标准时，他们的承保范围将结束。如果学生未向 Wells Fargo Insurance Services 通知他们的婚姻或家庭伴侣关系已终止，或者是子女失去了家属状态，计划因而遭受了损失，则我们可能向学生追偿任何由此产生的实际损失。未向 Wells Fargo Insurance Services 提供书面通知将不会延迟或阻止配偶、家庭伴侣或子女保障的终止。如果学生在婚姻、家庭伴侣关系终止或子女丧失家庭子女状态之后立即书面通知 Wells Fargo Insurance Services 取消前配偶、家庭伴侣或子女（如有）的保障，则该类通知将被视为符合本规定的要求。

您有权利根据“终止之后的福利延续”中规定的条款获得持续福利。

终止后的其它保险选项。通过 Health Insurance Marketplace、Medicaid 或其它集体医疗计划选项（比如配偶或家庭伴侣计划），还有其它适合您和/或您的家人的保险选项。您可以在 <https://www.healthcare.gov/> 了解关于这些选项的许多信息。

如果您允许任何其他人员使用您的或任何其他会员的计划身份证明；使用其他人的身份证明；或者使用无效的身份证明来获取服务，集团收到书面通知之后将立即终止您的保险。任何涉及不当使用计划身份证明的个人将需要负责以及必须向报销管理人返还通过这些不当使用获得的服务的最大允许额。

如果在您的会员关系终止时您或任何家庭成员正在医院接受受承保的护理，则将会继续提供医院住院护理福利，直到您出院当日或者直到 30 日后（取决于哪一个先发生），除非会员关系终止的原因是您的 UC SHIP 取消了本计划或您未支付的要求的保费。

终止之后的福利延续

如果在计划终止当日或当保险本应终止的时候，会员作为住院病人被限制在医院进行治疗，则对于会员住院所要治疗的疾病或受伤，福利将会继续。对于任何其它疾病、受伤或状况的治疗服务，将不提供任何福利。会员的福利将会被延迟一段 30 天的期限，根据医师的护理以及符合病情需要的服务，将会员作为住院患者限制在医院。依据本计划任何可支付的福利将不得超过在标题为“福利一览表”章节中显示的任何福利最大金额。

一般规定

超出合理控制的行为（不可抗力）

如果本保险要求履行的任何行为由于任何天灾、罢工、停业、劳工问题、限制性政府法律或法规或超出一方控制的任何其它原因而被阻止或延迟，则行为的履行时间将被延长一段相当于延误时间的期间，以及在延期期间的违约行为将被宽恕。但是，在这种情况下，所有相关方应该尽到合理努力来履行他们各自的义务。

报销管理人将坚守计划发起人的指示说明并允许计划发起人根据适用的州和联邦法律的规定遵守计划发行人的责任。计划发起人有责任遵守所有这些适用的州和联邦法律，而报销管理人不会为它的守法情况承担任何责任。

所有限制适用

除了 University of California Student Health Insurance Plan 的官员之外，没有任何代理或其它个人可以不顾本福利手册中包含的任何条件或限制，延长向计划支付的期限或通过做出任何承诺或陈述或提供或接受任何信息来约束计划。

护理协调

报销管理人通过不同的方式向网络医疗服务者进行支付，让其向您提供承保服务。例如，有时，对于网络医疗服务提供者提供的每项承保服务，他们可能会向网络医疗服务提供者支付一个单独的金额。报销管理人同时还可能会为与医疗状况的治疗相关的所有承保服务向他们支付一项金额。其它时候，报销管理人可能支付一项定期的固定的事先确定的金额来保障承保服务的费用。此外，报销管理人可能向网络医疗服务提供者支付金钱奖励或其它金额，以此帮助改善护理质量和/或促使以具有成本效益的方式提供医疗护理服务或因网络医疗服务提供者对会员护理所作的协调对其进行补偿。在有些情况下，网络医疗服务提供者可能由于他们不符合某些标准而需要向报销管理人进行支付。您不需要分摊网络医疗服务提供者根据这些计划向报销管理人做出的付款。

超出计划控制能力的情况

报销管理人应该作出善意的努力来安排一个替代的福利管理方法。如果发生了超出报销管理人或 UC SHIP 控制能力的情况，包括但不限于：重大灾难、流行病、全部或部分设施被破坏、暴乱、公民暴动、超出报销管控制能力的劳工争议、网络医疗服务提供者很大一部分的人员不能用或类似原因，或由计划提供的医疗护理服务的供应延期或不切实际，则报销管理人应该做出善意努力安排一个替代方法来管理福利。在这种情况下，报销管理人和网络医疗服务提供者将根据目前为止切合实际的计划以及根据他们最好的判断来管理和提供服务；但是报销管理人和网络医疗服务提供者不应承受因延迟或因不能管理或安排服务而产生的任何责任或义务，如果不能管理或安排服务的原因或者延迟的原因是由这种情况造成的。

笔误

只要根据计划的规则您的保险是有效的，笔误将永远不能妨碍或影响您的保险。本规则适用于任何笔误，不论它是计划的错误还是报销管理人的错误。

机密性和信息披露

报销管理人将做出合理努力以及采取同样合理的注意来保护您的医疗信息的机密性。在提供服务的过程中收集的数据将用于以下统计评估和研究。如果该数据曾经向第三方披露，则只能在不披露您的身份信息的情况下以总计统计的形式披露该数据。只有经过您的书面同意或法律要求才会披露您的医疗信息。它必须有签名、日期以及必须指明信息的性质以及它可以向哪些个人和组织披露。您可以访问您自己的医疗记录。

可能向专家同行评议组织披露您的医疗信息或者是为了报告报销经验或对报销管理人的运营进行审计而披露您的医疗信息，前提是披露的信息对进行评议或审计来说是合理和必需的。

您可以获得描述计划的医疗记录机密性保护政策和程序的声明，并且如经您请求可向您提供。

遵守法律

计划中与联邦法律相矛盾的任何条款将因此自动被修正成达到这些法律的最低要求。

手册的形式和内容

报销管理人的任何代理或员工均无权变更本福利手册的形式或内容。只有通过由计划管理人的官员授权和签署的背书才能够做出这些变更。

欺诈

在计划参保表格或在电子意见书上的欺诈性声明将使服务的任何付款或报销失效，并且将会成为使会员保障无效的证据。

政府计划

本计划的福利不得使根据任何其它政府计划您有权获得的或符合资格的福利增加。如果任何特定的法律要求计划是主要的支付人，则这个规定不适用。如果这些福利增加，对于这些计划为了您接受的或正在接受的服务而向您支付的所有金额，应该由您或以您的名义退还给计划。

医疗政策和技术评估

报销管理人根据它的由其医疗主任制定的技术评估标准审查和评估新的技术。技术评估标准用来确定实验性/临床研究性状态或新技术的医疗需要。由医疗政策和技术评估委员会 (MPTAC) 对报销管理人的医疗政策提供指导和外部确认，该委员会由大约 20 位不同医疗专科的医生组成，包括报销管理人的医疗主任、学术医学医生和私人诊所医生。

做出的结论将被纳入用来建立特定疾病或治疗决策协议的医疗政策并应用于用来确定程序、服务、用品或设施是否获得承保的病情需要标准。

修改

计划发起人可以变更在本福利手册中描述的福利，如果法律有要求，将会通知会员这些变更。本福利手册可能因 UC SHIP 做出的任何规定或报销管理人和 UC SHIP 之间的双方协议而被修正、修改和终止，而无

需任何会员的同意或赞同。选择了计划的医疗和医院福利，即代表具有签约法律行为能力的所有会员以及所有会员具有签约法律行为能力的法定代表同意其中的所有条款、条件和规定。

不对医疗服务提供者行为或疏忽负责

报销管理人不对您从任何个人获得的实际护理负责。本福利手册并未赋予任何人基于医疗护理、服务或用品的医疗服务提供者的行为而对计划管理人提起任何索赔、权利或请求权的权利。

政策和程序

报销管理人可能代表计划管理人采取会员将需要遵守的合理的政策、程序、规则和解释来促进有序和高效的计划管理。

根据与 UC SHIP 之间的管理服务协议的条款，报销管理人有权自行决定在某些指定的地理区域经常开始利用管理、护理管理、疾病管理或健康试点方案。这些试点方案是报销管理人为了能够提供高质量和更加平价的医疗护理而正在尝试找出创新方法所做的努力。试点方案可能影响一些计划会员，但不是计划的所有会员。这些计划将不会导致发生 UC SHIP 计划中没有规定的福利支付，除非另外经过 UC SHIP 同意。

保护您的隐私

哪里可以找到我们的隐私实践通知。

《医疗保险流动和责任法案 1996》(HIPAA) 是管辖可识别个人身份的医疗信息隐私的联邦法律。HIPAA 要求我们通知您我们可以提供隐私实践通知。通知描述我们的隐私实践、法定责任以及与您的受保护医疗信息相关的权利。当生效时，我们必须遵守通知中描述的隐私实践（它将一直有效，除非以及直到我们发布和公布新的通知）。

我们可能收集、使用和分享您的受保护的医疗信息 (PHI) 用于以下原因以及法律（包括 HIPAA 隐私规则）允许或要求的其它原因：

用于支付：我们使用和分享 PHI 来管理您的账号或福利；或用来支付您通过您的计划获得的医疗服务的报销。

用于医疗护理操作：我们在医疗护理操作上使用和分享 PHI。

用于治疗活动：我们不提供治疗。这是医疗服务提供者（比如您的医生或医院）的角色。我们使用您的信息进行支付、治疗和医疗护理操作的例子：

- 我们保管与您的保费和自付额支付有关的信息。
- 我们可能向医生诊室提供信息来确认您的福利。
- 我们可能出于支付目的与您的计划的会员分享福利解释。
- 我们可能与您的医疗服务提供者分享 PHI，因此医疗服务提供者将会治疗您。
- 我们可使用 PHI 来审查您获得的护理和服务的质量。
- 我们可能使用 PHI 来向您提供案件管理或哮喘、糖尿病或创伤等状况的护理协调服务。
- 我们还可能直接或间接使用或通过医疗信息交换来使用和分享 PHI，用于支付、医疗护理操作和治疗方面。如果您不希望您的 PHI 在医疗信息交换中被分享用于支付、医疗护理操作或治疗目的，请访问 anthem.com/health-insurance/about-us/privacy for more information。

我们，包括我们的附属公司或销售商，可能使用自动电话拨号系统和/或预录的短信拨打您提供的电话号码或者向您提供的电话号码发短信。不受限制，这些呼叫可能涉及治疗选项、其它医疗相关的福利和服务、参保、支付或收费。

您可以在我们的网站 <https://www.anthem.com/ca/health-insurance/about-us/privacy> 或可以使用您的身份证明上的联系信息联系会员服务部，获取我们的隐私实践通知。

相关方关系（UC SHIP—会员—报销管理人）

不论是 UC SHIP 还是任何会员均不是报销管理人的代理或代表。

UC SHIP 是会员的受托代理。报销管理人向 UC SHIP 发送的通知将构成向会员的有效通知。校园有责任将资格数据及时通知报销管理人。如果校园未向报销管理人及时提供关于会员参保或会员资格终止的通知，报销管理人将不负责支付会员的承保服务。

Anthem Blue Cross Life And Health 通知

University of California Student Health Insurance Plan，代表它自己和它的会员，特此明确承认，管理服务协议（包括本福利手册）仅构成 University of California Student Health Insurance Plan 和 Anthem Blue Cross Life and Health (Anthem) 之间的合约，以及 Anthem 是获得许可的独立公司，可在加州使用 Blue Cross 和 Blue Shield 名称和标记。Blue Cross 和 Blue Shield 标记由 Blue Cross and Blue Shield Association 注册，它是 Blue Cross 和 Blue Shield 计划的联盟，Blue Cross 和 Blue Shield 计划在华盛顿特区和其它国家获得了美国专利和商标局的独立许可。此外，Anthem 并不作为 Blue Cross and Blue Shield Association 或任何其它 Blue Cross 和/或 Blue Shield Plan 或许可持有人的代理而签约。除了根据管理服务协议或本福利手册的规定所建立的责任以外，本段落不得代表 Anthem 建立任何额外的责任。

追偿权和调整

无论何时，只要进行了错误支付，计划将有权向您追偿这些款项或者（如适用）医疗服务提供者会以其它方式对报销做出适当的调整。在大多数情况下，这种追偿或调整行为将仅限于错误被发现的日历年。

报销管理人有责任监督医疗服务提供者和销售商遵守合约的情况。计划可能会签署与这些合约的实施有关的和解或妥协，并且可能保留医疗服务提供者或销售商因这些审计而做出的任何赔偿，如果退回多付的金额不可行的话。另外，计划已经建立了一个追偿和调整政策，确定将会追究哪些赔偿金、何时承受费用和支出，以及确定和接受赔偿金和调整金额。如果行动的费用超过了多付的金额或低于支付金额，报销管理人将不会追究多付的金额或对缴付不足部分不会追究调整金额。

身份证明的未授权使用

如果您允许其他人使用您的身份证明或者如果您在保险生效之前或在保险结束之后使用身份证明，您将需要负责支付任何因未授权使用而导致的支出。欺诈性不当使用同样会导致保险终止。

承保服务的价值

对于代位追偿权、超出的福利的偿还、根据任何工人补偿金或雇主责任法律进行的偿还，承保服务的价值应该是为承保服务支付的金额。

工人补偿金

本计划的福利并不是设计用来使您能够根据工人补偿金法律获得的福利加倍。所有因向您提供服务而由工人补偿金支付的或拖欠的金额，应该退回或代表您退回给计划，如果计划已经为已接受的服务进行了支付的话。我们理解，本计划的保险并不替代或影响任何工人补偿金保障要求。

定义

如果本福利手册的一个词语或短语有特别的意义，比如病情需要或实验性/临床研究性，它的首字母将大写，以及在下方进行定义。如果您有与任何这些定义有关的问题，请拨打位于您的身份证明背面的电话号码致电会员服务部。

意外受伤

一场意料之外的受伤，您因此需要承保服务，当您已经加入了本计划的话。它并不包括您根据其它工人补偿金、雇主责任或类似法律获得福利的伤害。

管理服务协议

报销管理人和计划管理人之间的与计划管理人的集体医疗计划的某些医疗护理福利元素的管理有关的协议。

流动手术设施

配有医师的设施，该设施：

1. 获得了许可（如必要）；
2. 拥有用来在门诊的条件上执行手术程序的永久性设施和设备；
3. 当患者在设施中时，由医师和护理服务提供治疗或在医师和护理服务的监督下提供治疗；
4. 没有患者住院居住设施；以及
5. 除非偶尔，不用作医师或其他专家医疗服务提供者的私人诊所或诊室。

获批准的服务

您从网络外医疗服务提供者获得的报销管理人已经同意按照网络内水平承保的承保服务。您将需要支付任何适用的网络内自付额、共同保险和/或共付额，以及可能还需要支付最大允许额与医疗服务提供者收取的网络外费用之间的差额。请查看“报销支付”了解更多详细信息。

差额或剩余费用

医疗服务提供者将向您收取他们收取的金额与计划将支付的金额之间的差额。

肥胖症治疗 BDCSC 承保区域

在指定的肥胖症治疗 BDCSC 或 UC 家庭医疗服务提供者周围 50 英里半径范围内的区域。

福利手册

本文件。福利手册向您说明您加入计划所享用的福利。

福利年度

决定您的福利应用的一段期间，比如年度自付额的累计计算、年度福利限制或最大额的累计计算或年度自付责任最大额的累计计算。福利年度日期因校园而异—请与学生医疗和咨询服务部核对您的福利年度的日期。

福利年度最大额

在一个福利年度内，计划将为具体的承保服务支付的最大金额。

生物类似药/生物仿制药

因与已经获得 FDA 批准的被称为生物参考产品（参考产品）的生物产品高度相似并且已经被证明与参考产品没有临床意义上的差别而获得 FDA 许可（批准）的生物产品。

Blue Distinction Centers for Specialty Care (BDCSC)

挑选出来提供指定的医疗服务的设施，它是由报销管理人指定的医疗服务提供者。参加了 BDCSC 网络的医疗服务服务提供者在服务提供的时候已经与报销管理人签署了有效的协议，或者是可以通过他们的附属公司或我们与 Blue Cross and Blue Shield Association 的关系来使用此类医疗服务提供者。BDCSC 同意接受最大允许额作为对承保服务的支付。

在指定的 BDCSC 进行的服务的福利将跟网络医疗服务提供者的相同。在 Prudent Buyer Plan 网络中的网络医疗服务提供者并不一定属于 BDCSC 设施。

Centers of Medical Excellence (CME)

挑选出来提供指定的医疗服务的设施，它是由报销管理人指定的医疗服务提供者。参加了 CME 网络的医疗服务服务提供者在服务提供的时候已经与报销管理人签署了有效的协议，或者是可以通过他们的附属公司或他们与 Blue Cross and Blue Shield Association 的关系来使用此类医疗服务提供者。CME 同意接受最大允许额作为对承保服务的支付。

在指定的 CME 进行的服务的福利将跟网络医疗服务提供者的相同。在 Prudent Buyer Plan 网络中的网络医疗服务提供者并不一定属于 CME 设施。

报销管理人

计划发起人选择出来管理它的医疗利益的公司。选择了 Anthem Blue Cross Life and Health（“Anthem”）来管理本计划。报销管理人仅提供报销支付方面的管理服务，并且不会承担任何与报销有关的财务风险或责任。

共同保险

您对承保服务的费用分摊，它是最大允许额的一个比例。您通常在您达到您自付额之后支付共同保险。例如，如果您的计划对诊室就诊列出了 20% 的共同保险，而最大允许额是 \$100，当您达到自付额之后，您的共同保险将是 \$20。然后计划将负责支付最大允许额剩余的部分。查看“福利一览表”了解详细信息。您的共同保险将不会因任何退款、回扣或任何其它形式的协商的支付后调整而减少。

合约医院

与报销管理人之间签署了生效的“标准医院合约”并向会员提供护理的医院。合约医院并不一定是网络内医疗服务提供者。如请求，可向您发送一份合约医院列表。

共付额

您为承保服务支付的一个固定金额。当您获得医疗护理时，您通常需要支付共付额。金额可能随您获得的承保服务的类型不同而不同。例如，您可能需要为诊室就诊支付 \$15 共付额，但是需要为急诊室服务支付 \$150 共付额。查看“福利一览表”了解详细信息。您的共付额将会是“福利一览表”中显示的金额或是医疗服务提供者收取的金额，取较小的金额。

承保期间

学生或其参保家属符合保险资格并获得本计划福利的期间。

承保服务

本福利手册中描述的医疗护理服务、用品或治疗，它们由医师执行、开处、指导或批准。想要成为一项承保服务，服务、用品或治疗必须：

- 符合病情需要或者被作为福利专门列入了本福利手册。
- 在医疗服务提供者的执业范围内。
- 是在您受到计划保障时提供的。
- 不是实验性/临床研究性的、没有受到本福利手册或本福利手册的任何修正案或附文的排除或限制。
- 如果需要事先认证，在您获得服务之前需要获得报销管理人的批准。

承保服务的收费仅对向您提供服务、用品或治疗的日期当日适用。

住院治疗期间自付额和其它费用分摊的适用日期是您进入设施的当日，除非“承保范围的终止与继续”章节有说明。

承保服务并不包括医疗服务提供者记录中描述的服务或用品。

承保的移植程序

请参考“承保范围”章节了解相关信息。

监护护理

任何类型的护理，包括房间和膳食，它们 **(a)** 不要求专家或技术人员的技术；**(b)** 不是由这些人员向您提供或监督的，或者是不符合住院后专业护理设施护理规则；**(c)** 当您已经达到了身体或精神健康的最高水平并且不再可能再改善时向您提供的。

监护护理包括任何类型的护理，帮助您的日常生活活动，而这些不需要有经过培训的医疗人员或医疗辅助人员的技术。监护护理的例子包括：

1. 帮助走路、帮助上床或下床、洗澡、穿衣、进食或使用马桶，
2. 在手术或慢性状况之后为未发生感染的伤口更换敷料，
3. 制备膳食和/或特别膳食，
4. 器皿、管子或胃造口进行喂食，
5. 普通皮肤和指甲护理，
6. 监管您可以自己拿取的药物，
7. 导管护理、普通肠造口或回肠造口护理，
8. 计划决定能够由您或非医疗人员安全地完成的常规服务，而需要经过培训的医疗人员和医疗辅助人员的帮助，
9. 居住护理和成人日护理，
10. 保护性和支持性护理，包括教育，
11. 休养和恢复护理。

即使是由专家建议的或者是在设施（比如医院或专业护理设施或在家里）中进行的，护理也有可能是监护性护理。

自付额

在本计划的福利开始之前，您必须为承保服务支付的金额。例如，如果您的自付额是 **\$200**，您的计划将不会承保任何费用，直到您达到 **\$200** 的自付额。自付额并非适用于所有承保服务。请查看“福利一览表”了解详细信息。

家属

符合本福利手册“资格和参保—增加成员”章节所列的规则的学生家庭成员以及已经加入计划的学生家庭成员。合资格家庭同时也被称为会员。

医生

请查看“医师”的定义。

家庭伴侣（家庭伴侣关系）

符合本福利手册“资格和参保—增加成员”章节所列的规则的学生家庭成员以及已经加入计划的学生家庭成员。合资格家庭同时也被称为会员。

生效日期

根据本计划您的承保范围开始生效的日期。

紧急情况（紧急医疗状况）

请查看“承保范围”章节。

紧急医疗护理

请查看“承保范围”章节。

参保日期

您受到计划的受保的第一天或者，如果计划强加了一个等待期间，则是您的等待期间的第一天。

被排除的服务（除外条款）

您的计划没有承保的医疗服务。

实验性或临床研究性（实验性/临床研究性）

实验性的程序大体上仅限于那些实验室和/或动物研究。临床研究性的程序或医学是指那些已经进展到在人类身上进行有限使用的程序或医学，但是这些程序或医学在有组织的医疗社区内并没有经过证明和被广泛接受。

设施

根据本福利手册的定义，设施包括但不限于医院、独立式流动设施、药物依赖治疗设施、居住治疗中心、专业护理设施、居家医疗护理机构或精神健康设施。设施必须经过联合委员会或康复认证设施委员会 (CARF)（如适用）的许可、认证、注册或批准，或者符合报销管理人建立的具体要求。

配方

受承保的材料的指定清单。

医疗计划或计划

一种由计划管理人建立的在生效日期当日生效的员工健康福利计划（根据 ERISA 的 3(1) 的定义）。

居家医疗护理机构

经过它所处的州许可的设施，它：

1. 去您的家提供专业护理或其它服务；以及
2. 根据主治医生制定和批准的书面计划监督这些服务的提供。

善终

为绝症患者和他们的家人提供护理的医疗服务提供者，不论是直接提供还是在与患者的医师进行咨询的基础上提供。它必须经过相关机构的许可。

医院

依照法律获得执照进行经营的医疗服务提供者，其包括：

1. 房间、膳食和护理；
2. 所有时间都有一位或多位医生待命；
3. 24 小时护理服务；
4. 诊断、护理和治疗疾病或受伤所需要的所有现场设施；以及
5. 获得联合委员会的充分认可。

术语“医院”并包括医疗服务提供者或医疗服务提供者主要用于以下方面的部分：

1. 护理
2. 休养护理
3. 恢复护理
4. 老年人护理
5. 监护护理
6. 教育护理
7. 亚急性护理
8. 酒精滥用治疗
9. 药物滥用治疗

身份证明

向您提供的最新的卡片（电子或纸质），它能够显示您的身份证明和集体号码、您拥有的保险类型和保险的生效日期。

不育

包含以下方面：(1) 存在被医师认为是不育病因的状况；或者 (2) 在一年或以上的阶段内没有采取避孕措施而不能怀孕或不能持续妊娠直到诞下活的婴儿。

输液疗法

通过静脉（注入静脉）、肌肉（注入肌肉）、皮下（注入皮肤）和囊内（注入脊管）等途径给药（处方药物）。就本福利手册而言，它还应包括通过雾化（注入肺部）方式给药以及通过饲管给药。

住院病人

作为登记了床位的患者而在医院接受治疗并且将会对他们的房间和膳食收费的会员。

参保学生

符合计划的学生资格要求而根据本计划加入计划的经过注册的个人。学生可以为他的或她的合资格家属选择保险。这些要求在“资格和参保一增加成员”中有概述。学生同时也被称为会员。

集中门诊计划

结合提供个人、集体和家庭疗法的短期的行为健康治疗。

可互换的生物产品

因与已经获得 FDA 批准的被称为生物参考产品（参考产品）的生物产品高度相似并且已经被证明与参考产品没有临床意义上的差别而获得 FDA 许可（批准）的生物产品。除了符合生物相似性标准，它还需要对任何给定的患者能够产生与参考产品相同的临床结果。

晚入参保人

在初始参保期间之后加入计划的员工或家属。在特殊参保期间加入计划的个人将不会被视为“晚入参保人”。请查看“资格和参保一增加成员”章节了解进一步信息。

最大允许额

报销管理人将允许为承保服务支付的最大金额。更多信息，请查看“报销支付”章节。

病情需要（符合病情需要）

报销管理人保留确定一项服务或用品是否符合病情需要的权利。医生已经开处、命令、建议或批准了一项服务或用品，并不代表，这将使得它符合病情需要。报销管理人将会认为一项服务符合病情需要，如果它：

- 是适当的并且与诊断相符，以及如果没有该服务将可能对患者的状况产生不利影响或不能改善患者的状况；
- 是与美国的可接受医疗实践标准相当的服务；
- 不是仅出于您的方便而向您提供的，或者不是出于医生、医疗服务提供者或医院的方便而提供的；
- 主要来说不属于监护护理；
- 是在考虑了诊断的性质和症状的严重性之后在安全和适当的情景设计中提供的。例如，当不能在门诊的条件下提供安全的治疗时，住院就是必需的；以及
- 是划算的，与另类干预（包括没有干预）相比的话。划算并不总是指低价。它是指，关于对会员的生病、受伤或疾病的诊断或治疗，服务：(1) 的价格没有高于另类服务或在医疗上合适的一连串服务的价格，或者 (2) 服务是在医疗上合适的费用最低的情景设计中执行的。

会员

人们，包括符合资格规则、申请了保险并加入计划的学生及其家属。会员在本福利手册中被称为“您”或“您的”。

精神和药物滥用

最新版本的《精神障碍 (DSM) 诊断和统计手册》中作为精神健康或药物滥用状况列出的状况。

网络医疗服务提供者

直接或间接与报销管理人或另一个组织签约的医疗服务提供者，它通过协商的支付安排向会员提供承保服务。

网络移植医疗服务提供者

请参考“承保范围”章节了解相关信息。

非合约医院

在提供服务的时候与报销管理人之间没有生效的“标准医院合约”的医院。

网络外医疗服务提供者

与报销管理人或报销管理人的转包商之间没有协议或合约的医疗服务提供者，它们根据本计划向会员提供服务。

当您使用网络外医疗服务提供者时，您通常将获得更低水平的福利。

网络外移植医疗服务提供者

请参考“承保范围”章节了解相关信息。

自付费用额度

在承保服务的福利年度内您在共付额、自付额和共同保险中支付的最高额。自付费用额度并不包括您的保费、超过最大允许额的金额或您的计划不提供承保的医疗护理的收费。请查看“福利一览表”了解详细信息。

不完全住院计划

有结构的、短期的行为健康治疗，它在每天运作不少于 6 小时每周 5 天的计划中提供护理和积极治疗。

医师（医生）

当获得法律许可时，包括以下种类：

- 拥有合法资格可以从事内科业务并执行手术的内科医生 (M.D.)，
- 获得合法批准可执行 D.O. 的职责的骨科医生 (D.O.)，
- 获得合法批准可执行脊椎按摩师的职责的脊椎按摩医生 (D.C.)；
- 拥有合法资格可从事足部医疗的足病医学医生 (D.P.M.)，以及
- 拥有合法资格可从事牙科服务的牙科医学医生 (D.D.M.)、牙科手术医生 (D.D.S.)。

当获得合法批准以及在他们的执照范围内提供承保服务时，验光师、临床心理学家 (PhD) 以及牙科手术医生同样也是医疗服务提供者。

计划

由计划发起人选择的用来资助和提供 UC SHIP 医疗福利的安排。

计划管理人

由计划发起人指定的对计划进行管理并回答与计划详情有关的问题的个人或实体。**计划管理人不是报销管理人。**

计划发起人

正式采用了计划以及对计划的经营、修正和终止有决定权的法人实体。**计划发起人不是报销管理人。**

事先认证

请查看“获得福利批准”章节了解详细信息。

主治医师（“PCP”）

为您提供医疗服务或者是为您的医疗服务提供指导的医师。医师可以在大众医疗、全科医学、内科、小儿科、产科/妇科、老年病学或经计划批准的任何其它实践中从事工作。

主治医师

医师、护理师、临床专科护士、医师助理或获得法律许可并且获得计划的批准的任何其他医疗服务提供者，他们向您提供或帮助您获得广泛的医疗服务或为您的医疗服务提供指导。

医疗服务提供者

经过合法注册的专家或设施，他们在适用的执照范围内提供医疗护理服务以及获得了报销管理人的批准。这包括任何提供医疗护理服务的医疗服务提供者，适用的州法律要求，当由此类医疗服务提供者提供此类服务时，此类服务必须能够获得承保。提供承保服务的医疗服务提供者在整个本福利手册内都有描述。如果您有与本福利手册没有描述的医疗服务提供者有关的问题，请拨打您的身份证明背面的电话号码。

赔偿金

请查看“代位追偿权和补偿”了解详细信息。

转介

请查看“您的计划是如何运作的”章节了解详细信息。

居住治疗中心/设施

依照法律获得许可进行经营的医疗服务提供者，其包括：

1. 每天至少八小时现场提供房间、膳食和专业护理（RN 或 LVN/LPN），一天 24 小时可用。
2. 所有时间都有一位或多位医生待命。
3. 居住治疗发生在一个有结构的以设施为中心的情景设计中。
4. 能够充分诊断、护理和治疗精神科和/或药物滥用障碍的资源 and 设计。
5. 设施是指定的居所，而亚急性或中级护理可能发生在提供多种护理水平的护理系统中。

6. 得到联合委员会 (TJC)、康复认证设施委员会 (CARF)、医疗组织的国家综合认证 (NIAHO)、或认证委员会 (COA) 充分认可。

术语“居住治疗中心/设施”并不包括医疗服务提供者或医疗服务提供者主要用于以下方面的部分：

1. 护理；
2. 休养护理；
3. 恢复护理；
4. 老年人护理；
5. 监护护理；或者
6. 教育护理。

零售医疗诊所

向没有预约而来的会员提供有限的基础医疗护理服务的设施。这些诊所通常在主要药房或零售商店经营。通常由医师助手和护理师提供医疗护理服务。

服务区域

您能够从网络医疗服务提供者获得承保服务的地理区域。

专业护理机构

单独经营或与医院合作经营的设施，它照顾住院之后存在需要比家里更多护理的状况的会员。它必须经过适当机构的许可以及获得联合委员会或美国整骨疗法协会医院部的认可或经过报销管理人的批准。专业护理设施提供以下服务：

1. 为正在从疾病或受伤中康复的个人提供的住院护理和治疗；
2. 由医师监督的护理；
3. 由专职注册护理监督的每天 24 小时的护理。

专业护理设施并不是老年人护理、监护护理或住宿照顾之家、酒精或药物依赖性治疗的主要地方；或休养、教育或类似服务的地方。

特殊参保

合格的人们或他们的家属在初始参保时间之后能够加入计划的一个期限，通常是由于婚姻、出生、收养等事件的发生。请查看“资格和参保—增加成员”章节了解更多信息。

专科医生（专科护理医师 \ 医疗服务提供者或 SCP）

专科医生是专注于一种具体的医药领域或者患者群体的医生，他们诊断、控制、防止或治疗某些类型的症状和状况。非医师专科医生是指在具体的医疗领域拥有额外的培训的医疗服务提供者。

配偶

符合本福利手册“资格和参保—增加成员”章节所列的规则的学生家庭成员以及已经加入计划的学生家庭成员。合格家庭同时也被称为会员。

移植福利期间

请查看“承保范围”章节了解详细信息。

UC 家庭医疗服务提供者

UC 医疗中心的网络，包括医院和其它设施以及属于网络医疗服务提供者的专业医疗服务提供者。尽管学生医疗中心不属于网络医疗服务提供者，但 UC 家庭也同样包括校园学生医疗中心。

University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

作为计划发起人允许其学生参加计划的个人或实体。

紧急护理中心

与医院区分开来的获得许可的医疗护理设施，以及它的主要目的是无需预约便可提供立即、短期的紧急医疗护理。

利用审查

对医疗或行为健康服务、程序和/或设施的必要性、质量、效率或效果进行的评估。

额外的福利服务

24/7 NurseLine

您的 Anthem 计划还包括 24/7 NurseLine，一种帮助您做出关于您的医疗护理决定的 24 小时的护理评估服务，它一天 24 小时、一年 365 日开通。通过拨打免费电话 **1-877-351-3457** 呼叫 24/7 NurseLine，参保学生和家属均可以使用这种保密服务。

护士将会问您一些问题来帮助确定您的医疗护理需求。根据您提供的信息，建议可能是：

- 尝试在家自我护理。您可以收到一个回复电话，确定在家自我护理的效果如何。
- 在接下来的两周内安排一个与您的医师的常规预约或在可能的最快的时间内安排一个与您的医师的预约（64 小时内）。学生必须与学生医疗和咨询服务部安排预约。
- 请致电您的医师进行更进一步的讨论和评估。
- 请到最近的急诊室。
- 请立即呼叫 911。

除了提供护士来帮助您做出关于您的医疗护理的决定，24/7 NurseLine 免费向您提供对它的 AudioHealth 信息库的无限使用权限，该信息库配有成百上千条医疗护理主题的英语和西班牙语记录信息。想要访问 AudioHealth Library，请拨打免费电话 **1-877-351-3457** 遵循所提供的指示。

Future Moms

Future Moms 是向怀孕 34 周以上的怀孕妇女提供的免费计划。如果您希望加入 Future Moms 计划，请拨打 **1-866-664-5404** 联系 Anthem Blue Cross。您提供的信息将让 Anthem Blue Cross 的专业护士能够检查并评估您的高危妊娠的潜在风险。

如何获得语言协助

报销管理人应用了语言专线口译服务，供我们的所有会员服务呼叫中心使用。只要拨打您的身份证明背面的电话号码致电会员服务部便有代表可以向您提供帮助。联系会员服务部还可以要求提供关于您的福利的书面材料的翻译。拨打 711 可以使用 TTY/TDD。一位特别操作员将会与我们联系，帮助解决您的需求。

身份保护服务

我们的 Anthem 医疗计划还可以提供身份保护服务。想要了解关于这些服务的更多信息，请访问 www.anthem.com/resources。

联邦公告

产科和妇科 (ObGyn) 护理的使用

为了能够使用我们网络的擅长产科或妇科的医疗护理专家的产科或妇科护理，您不需要从报销管理人或从任何其他个人（包括 PCP）获得事先认证。但是，医疗护理专家可能需要遵守某些程序，包括为某些服务获得事先认证或遵守事先批准的治疗计划。想要获得擅长产科或妇科的合作医疗护理专家的名单，请拨打您的身份证明背后面电话号码 1-866-940-8306 或参考我们的网站 www.anthem.com。

《新生儿和产妇健康保护法》的权利声明

根据联邦法律，集体医疗计划和医疗保险发行人通常不会限制产妇和新生儿的任何分娩住院时间的长短，使得阴道分娩之后少于 48 小时，或剖腹产之后少于 96 小时。但是，通常，联邦法律并不阻止产妇或新生儿的主治医师在咨询产妇之后让产妇或她的新生儿在 (48) 小时（或 96，如适用的话）。在任何情况下，根据联邦法律，对于超过 48（或 96 小时）小时的住院时间，计划和发行人不得作出要求医疗服务提供者需要从计划或保险发行人获得批准。

精神健康平等和成瘾公平法案

《精神健康平等和成瘾公平法案》在精神和药物滥用福利总治疗限制（天数或就诊次数限额）的应用上提供平等，对医疗/手术福利设定美元额度或天数/就诊次数限额。通常，提供精神健康和药物滥用福利的集体医疗计划不能对低于任何此类医疗和手术福利天数或就诊次数限额的精神健康或药物滥用福利设定天数/就诊次数限额。不对医疗和手术福利施加天数或就诊次数限额的计划不得将此类天数或就诊次数限额施加给根据计划提供的精神健康和药物滥用福利。同时，计划不得对精神健康和药物滥用福利施加比适用于其它医疗和手术福利的自付额、共付额、共同保险和自付费用更严格的自付额、共付额、共同保险和自付费用。经请求，可提供“病情需要”标准。

因“合资格医疗支持命令（“QMCSO”）”而向子女提供的保险

如果您或您的配偶由于存在 QMCSO 而被要求为您的子女提供保险，您可以拨打 1-800-853-5899 联系 Wells Fargo Insurance Services，将您的子女作为家属加入保险。

《妇女癌症权利法案 1998》中的权利声明

如果您已经进行了或将要进行乳房切除术，您可能有权获得《妇女健康和癌症权利法案 1998 (WHCRA)》的某些福利。对于正在接受乳房切除术相关福利的个人，将以向主治医生和患者咨询之后确定的方式为以下方面提供承保范围：

- 进行了乳房切除术的乳房的重塑手术的所有阶段；
- 为了获得对称的外形而对另一侧乳房进行的手术和重塑手术；
- 假体；以及
- 乳房切除术的身体并发症的治疗，包括淋巴水肿。

将根据本计划提供的适用于其它医疗和手术福利的自付额和共同保险提供这些福利。（请查看“福利一览表”了解详细信息。）如果您想要更多关于 WHCRA 福利的信息，请拨打您的身份证明背面的电话号码。

特殊参保注意事项

如果您因为其它医疗保险承保范围而放弃参保或者没有将您的家属（包括您的配偶）加入计划，您可以在将来加入本计划或将您的家属加入本计划，如果您或您的家属失去其它保险的资格（或如果雇主停止为您或您的家属的其它保险支付它的应缴部份）。但是，您必须在您或您的家属的其它保险结束之后 **31** 日内请求加入本计划（或者在雇主停止为其它保险支付它的应缴部分之后）。

此外，如果您因婚姻、出生、收养或过继有新的家属，您可以加入计划以及将您的家属加入计划。但是，您必须在婚姻、出生、收养或过继之后 **31** 天内请求加入计划。

合资格学生和家属还可以在另外两种情况下加入计划：

- 学生的或家属的 **Medicaid** 或子女的医疗保险计划 (**CHIP**) 承保范围因为失去资格而被终止；或者
- 学生或家属变成符合补贴资格（州保费援助计划）。

学生或家属必须在失去 **Medicaid/CHIP** 或资格确定之后的 **60** 日内请求“特殊参保”。

想要请求“特殊参保”或获得更多信息，请拨打您的身份证明上的电话号码致电会员服务部，或联系您的学生医疗服务部。

投诉注意事项

所有与本计划的承保范围相关的投诉和争议必须根据计划的申诉程序解决。可以通过电话进行申诉（请拨打您的身份证明上描述的电话号码）或通过书面形式进行申诉（写信给 **Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, 21555 Oxnard Street, Woodland Hills, CA 91367**，收件人为您的身份证明上指定的会员服务部）。如果您希望，报销管理人将提供您可能用来解释事件的投诉表格。

计划获得的所有申诉，我们将会发出书面知情函，并附上计划是怎样提议解决申诉的描述。

由下方实体管理的报销:

ANTHEM BLUE CROSS

代表

ANTHEM BLUE CROSS LIFE 和 HEALTH INSURANCE COMPANY

用您的语言获取帮助

想知道所有这些说的是什麼？我们也想知道。这是英语版本：

您拥有用您的语言免费获取本信息和帮助的权利。拨打您的身份证明上的电话号码致电会员服务部获取帮助。(TTY/TDD: 711)

与我们的语言协助计划区分开来，我们为患有视力障碍的会员提供另类格式的文件。如果您需要该另类格式的文件，请拨打您的身份证明背面的电话号码致电会员服务部。

Spanish

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Arabic

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجانًا. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف TTY/TDD: 711 الخاصة بك للمساعدة)

Armenian

Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունը և ցանկացած օգնություն: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված համարով: (TTY/TDD: 711)

Chinese

您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

Farsi

شما این حق را دارید که این اطلاعات و کمکها را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک به شماره مرکز خدمات اعضاء که بر روی کارت شناساییتان درج شده است، تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

Hindi

आपके पास यह जानकारी और मदद अपनी भाषा में मुफ्त में प्राप्त करने का अधिकार है। मदद के लिए अपने ID कार्ड पर सदस्य सेवाएँ नंबर पर कॉल करें।(TTY/TDD: 711)

Hmong

Koj muaj cai tau txais qhov lus qhia no thiab kev pab hais ua koj hom lus yam tsis xam tus nqi. Hu rau tus nab npawb xov tooj lis Cov Kev Pab Cuam Rau Tswv Cuab nyob rau ntawm koj daim ID txhawm rau thov kev pab. (TTY/TDD: 711)

Japanese

この情報と支援を希望する言語で無料で受けることができます。支援を受けるには、IDカードに記載されているメンバーサービス番号に電話してください。(TTY/TDD: 711)

Khmer

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលព័ត៌មាននេះ និងទទួលជំនួយជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នកដើម្បីទទួលជំនួយ។ (TTY/TDD: 711)

Korean

귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

Russian

Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

Thai

ท่านมีสิทธิขอรับบริการสอบถามข้อมูลและความช่วยเหลือในภาษาของท่านฟรี โทรไปที่หมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกบนบัตรประจำตัวของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือ (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho số Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

我们公平对待您，至关重要

这就是为什么我们在我们的医疗计划和活动中遵守联邦民权法。我们不歧视、排斥人们或基于种族、肤色、出身国、性别、年龄或残疾而差别对待他们。对于有残疾的人们，我们提供免费帮助和服务。对于那些主要语言不是英语的人们，我们通过口译员和其它书面语言免费提供语言帮助服务。对这些服务有兴趣？拨打您的 ID 卡上面的电话号码致电会员服务部获取帮助（TTY/TDD: 711）。如果您认为我们未能提供这些服务或基于种族、肤色、出身国、年龄、残疾或性别而歧视您，您可以提交投诉（也称为申诉）。您可以书面向我们的 Compliance Coordinator 递交投诉（地址：Compliance Coordinator, P.O.Box 27401, Richmond, VA 23279）或发电子邮件到 compliance.coordinator@anthem.com。或者您可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 或者拨打电话 1-800-368-1019（TDD: 1-800-537-7697）或者网上访问 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 递交投诉。可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取投诉表格。