



Aetna Student Health
计划设计以及福利摘要
首选医疗服务提供者组织 (PPO)

The New School

保单年限：2024 – 2025

保单编号：246794

<https://www.aetnastudenthealth.com>

(800) 878-1927

**THE
NEW
SCHOOL**



本文件为 Student Health 计划的简要说明。该计划适用于 The New School 学生及其符合资格的受抚养人。本计划由 Aetna Life Insurance Company (Aetna) 承保。适用于本保险的确切条款（包括定义）随附于向您发布的证书中，并且可通过以下网址在线查看：<https://www.aetnastudenthealth.com>。如果计划摘要与证书之间存在差异，请以证书为准。

学生健康服务部

如遇紧急情况，请拨打 988

学生健康服务部为所有学生提供医疗和咨询服务，无论学生是否投保 Aetna Student Health 计划，均可享受面对面和远程医疗看诊服务。可通过学生健康服务部门户网站在线约诊，或致电 (212)229-1671。如需了解更多信息，请发送电子邮件至 SHS@newschool.edu，或致电 (212) 229-1671。

请访问 <https://www.newschool.edu/health-services/> 了解开放时间以及其他信息。

FONEMED 是休息时间护士咨询热线，美国学生在学生健康服务部关门时均可使用。经验丰富的护士将为您提供医疗指导、健康信息、决策协助和转诊服务。请在工作日下午 5 点后或周末任何时间拨打 (212)229-1671，选择 1。

学生承保

哪些人符合资格？

所有申请学位的研究生和本科生（包括仅在线和非正取生）、访问生、交流生（出国留学）、保留学籍学生、Lang 和 Parsons 联盟学生、ESL + 证书课程学生以及研究生证书课程学生都必须购买医疗保险，并有资格投保学生医疗保险计划。

OPT 学生：参加 OPT 的学生最多可连续一年投保 SHIP。首次投保必须在您作为学生投保该计划后的下一个学期进行。获得 OPT 批准并收到就业授权文件 (EAD) 卡后，您就可以提交 OPT 健康保险投保表单，其在导航菜单“投保表单”下。继续参加 OPT 的学生仅有资格投保 2024 年秋季的学生保险计划。开始参加 OPT 的学生可选择仅投保 2024 年秋季或投保全年的学生保险计划。**秋季投保截止日期为 2024 年 10 月 1 日。**

在春季学期开始 OPT 并已投保该计划的学生，有资格投保春季学期，并可选择继续投保 2025 年秋季学期。春季 OPT 新生的投保截止日期为 2025 年 4 月 1 日。

OPT 学生没有资格使用学生健康服务部提供的服务。

投保

如需在线投保，请访问 www.universityhealthplans.com/tns。投保截止日期：秋季：2024 年 9 月 9 日；春季：2025 年 2 月 10 日。

弃权

如需在线弃权，请访问 www.universityhealthplans.com/tns。弃权截止日期：秋季：2024年9月9日；春季：2025年2月10日。

受抚养人参保资格

参保学生还可为自己的合法配偶、同居伴侣（任何性别）以及26周岁以下受抚养子女投保。

受抚养人投保

可为受抚养人投保。如果选择受抚养人投保，则受抚养人承保与学生承保同时开始和结束，并且必须与学生保险同时购买。若要为参保学生的受抚养人投保，请访问 www.universityhealthplans.com/tns 并选择受抚养人投保表单，填写投保表单。

承保日期和费率

所有参保学生和符合资格的受抚养人的承保将在下表所示的承保开始日期的上午12:01生效，并在指定的承保结束日期的晚上11:59终止。参保受抚养人的保险将根据承保证书中所述的终止条款终止。

医疗保费：

	年度 2024年8月20日 - 2025年8月19日 截止日期：2024年9月9日	秋季 2024年8月20日 - 2025年1月14日 截止日期：2024年9月9日	春季/夏季 2025年1月15日 - 2025年8月19日 截止日期：2025年2月10日
学生	\$4,103	\$1,663.39	\$2,439.61
配偶	\$4,103	\$1,663.39	\$2,439.61
子女	\$4,103	\$1,663.39	\$2,439.61
两个或两个 以上子女	\$8,206	\$3,326.78	\$4,879.22

包括牙科和视力计划在内的总费率：

	年度 2024年8月20日 – 2025年8月19日 截止日期：2024年9月9日	秋季 2024年8月20日 – 2025年1月14日 截止日期：2024年9月9日	春季/夏季 2025年1月15日 – 2025年8月19日 截止日期：2025年2月10日
学生	\$4,343	\$1,761	\$2,582
配偶	\$4,343	\$1,761	\$2,582
子女	\$4,343	\$1,761	\$2,585
两个或两个 以上子女	\$8,686	\$3,522	\$5,164

*所有投保医疗保险的人士都将投保牙科和视力增值产品。

Medicare 资格通知

如果您在投保本学生计划时有 Medicare，则不符合投保学生健康计划的资格。该计划不为有 Medicare 的人员提供承保。

终止承保

一旦下列任何情况发生，保险将自动终止：

学生未在保费到期后 30 天内支付保费。保险将在保费有效期的最后一天终止。

学生不再符合投保人规定的投保资格要求的当月月底。我们将在承保终止前至少 30 天向学生发出书面通知。

学生死亡后，承保将终止，学生有受抚养人保险的除外。如果学生有受抚养人保险，则保险将在已支付保费当月的最后一天终止。

如果学生与配偶离婚，则配偶的承保在离婚日期终止。

子女承保至其年满 26 周岁的当年年底。

对于所有其他受抚养人，承保至受抚养人不再符合投保资格要求的当年年底。

学生向我们发出书面通知要求终止承保的次月月底，或此等通知中要求终止承保的更晚日期。

如果学生或其受抚养人实施了构成欺诈的行为，或学生在其投保申请表上或为了获得某项服务的承保而故意对重要事实做出虚假陈述，则在我们向学生和/或其受抚养人（如适用）发出书面终止通知后，承保将立即终止。如果承保因学生本人的行为而终止，则学生及任何受抚养人的承保都将终止。如果承保因受抚养人的行为而终止，则受抚养人承保将终止。

投保人的保单终止日期。如果我们决定停止提供证书所属的某类保单（与索赔历史或健康状况无关），我们将至少提前 90 天向投保人和学生发出书面通知。

如果我们决定停止在本州提供所有学生意外和健康保险，我们将在停止提供保险前至少 180 天向投保人发出书面通知。投保人实施了构成欺诈的行为或做法，或故意对保险条款中的重要事实做出虚假陈述。

因监管人可接受的其他原因，并经 1996 年《健康保险流通与责任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, 104-191 号公法）及其后的任何修正条款或后续条款，或实施该法案条款的任何联邦法规或规则授权。任何终止均不得损害在终止之前产生的福利索赔权。

签约医疗机构

Aetna Student Health 可提供广泛的 Aetna 签约医疗机构网络。Aetna 与签约医疗机构协商了优惠费率，因此您在这些医疗机构就诊时可节省费用，并且由于本计划福利更好，您在签约医疗机构获得福利时自付费用通常会更低。本计划的某些福利可能只有在签约医疗机构接受治疗时才会得到承保。

如果您需要本计划承保但签约医疗机构无法提供的护理，请拨打您 ID 卡背面的免费电话号码向客户服务部寻求协助。在此情况下，Aetna 可能会向您发出预先批准，以便您接受非签约医疗机构提供的护理。Aetna 发出预先批准后，非签约医疗机构的赔付水平与签约医疗机构相同。

预先授权

如果您希望计划承保某些服务，必须事先获得 Aetna 的预先授权。签约医疗机构负责为其服务申请预先授权。如果您向非签约医疗机构寻求证书福利方案部分所列的任何服务，则由您负责申请预先授权。经纽约州酗酒和药物滥用服务办公室 (New York Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) 认证的签约机构无需预先授权。

如果您希望计划承保需要预先授权的非签约医疗机构提供的服务，您必须拨打 ID 卡上的电话号码联系 Aetna。Aetna 收到预先授权申请后，我们将审查您计划接受治疗的原因，并确定是否可赔付。

您必须联系 Aetna 申请以下预先授权：

- 如果您的医疗服务提供者建议住院治疗，您必须在计划入院或手术前至少两 (2) 周联系 Aetna。如果无法做到，则应在入院前的正常工作时间内尽快申请。
- 如果您的医疗服务提供者建议在医院的门诊手术室或门诊手术中心实施门诊手术或任何门诊护理程序，则应在手术或护理程序之前至少两 (2) 周告知 Aetna。
- 怀孕头三 (3) 个月内，或在合理情况下尽快，并且如果阴道分娩预计住院时间超过 48 小时，或剖宫产预计住院时间超过 96 小时，则应在实际分娩日期后 48 小时内再次联系 Aetna。
- 在非紧急情况下使用空中救护车服务之前。

如有以下情况，您还必须事后通知 Aetna：

- 在紧急情况下使用空中救护车服务时，应在合理情况下尽快联系 Aetna。
- 如果您因急症住院，必须在入院后 48 小时内或在合理情况下尽快联系 Aetna。

福利说明

本计划不包括某些服务的承保范围，并对其支付金额有所限制。尽管本计划摘要文档将向您介绍有关本计划的一些重要特点，但证书中还定义了可能对您重要的其他特点。如需查看发布给您的证书中包含的完整计划说明，请访问 <https://www.aetnastudenthealth.com>。

所有承保均以“**允许的金额**”为基础。

“允许的金额”是指在扣除任何适用的共付额、免赔额和共同保险金额之前，Aetna 将为证书承保的服务或用品支付的最高金额。

- 非签约医疗机构允许的金额将按以下方式确定：
- **医疗机构** - 对于医疗机构，允许的金额将是根据联邦 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services) 的费用信息确定的金额的 140%。
- **所有其他医疗服务提供者** - 对于所有其他医疗服务提供者，允许的金额将是
- 根据联邦 Medicare 和 Medicaid 服务中心的费用信息确定的金额的 105%。

允许的金额并非基于“通常、惯常和合理的收费”。如果非签约医疗机构的实际收费高于允许的金额，则差额由您承担。请致电您 ID 卡上的电话号码或访问 <https://www.aetnastudenthealth.com>，了解您在接受非签约医疗机构提供的服务时需承担的财务责任。

本计划将根据适用的《纽约州保险法》(New York Insurance Law) 进行赔付。

费用分摊	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	
医疗免赔额 <ul style="list-style-type: none">● 个人● 家庭	\$150 无	\$300 无	
自费限额 <ul style="list-style-type: none">● 个人● 家庭	\$9,100 \$9,100	无限制 无限制	<p>有关我们如何计算允许的金额的说明，请参阅本证书的“分摊费用”和“允许的金额”部分。</p> <p>非签约医疗机构收取的任何超出允许的金额的费用均不计入免赔额或自付限额。对于超出我们允许的金额的非签约医疗机构费用，您必须自行支付。</p>

诊室就诊	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
主诊医生诊室就诊（或上门诊疗）	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	参见福利说明
专科医生诊室就诊（或上门诊疗）	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	参见福利说明
预防性护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
儿童体检和免疫接种*	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	参见福利说明
成人年度体检*	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	参见福利说明
成人免疫接种*	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	
常规妇科服务/女性健康检查*	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	
用于检测乳腺癌的乳腺 x 光检查、筛查和诊断成像	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	
女性绝育手术*	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	
输精管切除术	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	
我们不承保与逆转选择性绝育相关的服务。			

预防性护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
骨密度检测*	全额承保	达到免赔额后，30%的共同保险	
前列腺癌筛查	全额承保	达到免赔额后，30%的共同保险	
结肠癌筛查	全额承保	达到免赔额后，30%的共同保险	
美国预防服务工作组（United States Preventive Services Task Force, 即 USPSTF）和卫生资源与服务管理局（Health Resources and Services Administration, 即 HRSA）要求提供的所有其他预防服务。	全额承保	达到免赔额后，30%的共同保险	
*如果并非按照美国预防服务工作组 (USPSTF) 和卫生资源与服务管理局 (HRSA) 支持的综合指南提供预防服务。	对适当的服务使用费用分摊（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；检验程序和诊断测试）	对适当的服务使用费用分摊（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；检验程序和诊断测试）	
紧急护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
院前急救医疗服务（救护车服务）	达到免赔额后，15%的共同保险	支付与签约医疗机构相同的费用	参见福利说明
非急救救护车服务	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，15%的共同保险	参见福利说明

承保限制/条款。

- 即使由医生开具处方，我们也不承保旅行或交通费用，除非与紧急状况相关或因我们批准的机构转移。
- 我们不承保运送车、货车或出租车等非救护车交通费用。
- 当您的医疗状况不适合使用陆地救护车运送，且您的医疗状况需要陆地救护车无法提供的即时、快速救护运送，并满足以下条件之一 (1) 时，我们将为与紧急状况相关的空中救护车或与非紧急运送相关的空中救护车提供承保：
 - 陆路车辆无法到达接送地点；或
 - 路途遥远或存在其他障碍（如交通繁忙），无法及时将您转送至最近且有适当设施的医院。

紧急护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
急诊科 如果住院，则免除共付额/共同保险。	达到免赔额后，15% 的共同保险 根据《公共卫生法》第 2805-I 条 (Public Health Law § 2805-I) 进行的医疗保健法医检查无需支付分摊费用	支付与签约医疗机构相同的费用 根据《公共卫生法》第 2805-I 条 (Public Health Law § 2805-I) 进行的医疗保健法医检查无需支付分摊费用	参见福利说明
我们不承保医院急诊科提供的跟进护理或例行护理。			
紧急护理中心	\$50 共付额，然后由您支付 0% 的费用 达到免赔额后	达到免赔额后，30% 的共同保险	参见福利说明
专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
针灸	达到免赔额后，15% 的共同保险	\$20 共付额，达到免赔额后，由您支付 40% 的费用	
高级成像服务 <ul style="list-style-type: none"> ● 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
高级成像服务 <ul style="list-style-type: none"> ● 在独立放射机构进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

高级成像服务 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
过敏检测和治疗 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	\$20 共付额，然后您支付0%的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付30%的费用 达到免赔额后	参见福利说明
过敏检测和治疗 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	\$20 共付额，然后您支付0%的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付30%的费用 达到免赔额后	参见福利说明
门诊手术中心机构费用	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
麻醉服务（所有场所）	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
心肺康复 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
心肺康复 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
心肺康复 <ul style="list-style-type: none"> 作为住院医院服务提供 	纳入住院医院服务费用分摊	纳入住院医院服务费用分摊	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
化疗和免疫疗法 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
化疗和免疫疗法 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
化疗和免疫疗法 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
脊椎按摩服务	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	参见福利说明
临床试验	对适当的服务使用费用分摊	对适当的服务使用费用分摊	参见福利说明
对于临床试验，我们不承保：研究用药物或器械的费用；您接受治疗所需的非医疗服务费用；研究管理费用；或本证书不承保的非研究性治疗费用。			
诊断测试 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
诊断测试 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
诊断测试 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
透析 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
透析 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
透析 <ul style="list-style-type: none"> 在独立中心进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
透析 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40%的费用 达到免赔额后	
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40%的费用 达到免赔额后	
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在门诊机构进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40%的费用 达到免赔额后	

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
家庭健康护理	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	每个计划年度四十(40)次
不孕症服务	对适当的服务使用费用分摊（诊室就诊；诊断放射服务；手术；检验和诊断程序）	对适当的服务使用费用分摊（诊室就诊；诊断放射服务；手术；检验和诊断程序）	参见福利说明
<p>我们不承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 体外受精； ● 配子输卵管内移植或合子输卵管内移植； ● 卵子或精子捐献者的相关费用，包括捐献者的医疗费用； ● 精子和卵子的冷冻保存和储存，但作为生育力保存服务进行的除外； ● 胚胎的冷冻保存和储存； ● 排卵预测试剂盒； ● 输卵管结扎逆转术； ● 输精管结扎逆转术； ● 与代孕母亲有关的费用和服务，且不在本证书下其他承保服务之列； ● 克隆；或 ● 试验性或研究性的医疗和外科手术，我们的拒绝决定被外部上诉代理推翻的除外。 			
输注治疗 <ul style="list-style-type: none"> ● 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
输注治疗 <ul style="list-style-type: none"> ● 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
输注治疗 <ul style="list-style-type: none"> ● 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
输注治疗 <ul style="list-style-type: none"> 家庭输注治疗 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	家庭输注计入家庭健康护理就诊次数限制
住院医疗就诊	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
中止妊娠 <ul style="list-style-type: none"> 流产服务 	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	参见福利说明
检验程序 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
检验程序 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
检验程序 <ul style="list-style-type: none"> 在独立实验室机构进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
检验程序 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 产前护理 按照美国预防服务工作组 (USPSTF) 和卫生资源与服务管理局 (HRSA) 支持的综合指南提供的产前护理 	全额承保	达到免赔额后, 30% 的共同保险	参见福利说明
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 非按照美国预防服务工作组 (USPSTF) 和卫生资源与服务管理局 (HRSA) 支持的综合指南提供的产前护理 	对适当的服务使用费用分摊 (主诊医生诊室就诊; 专科医生诊室就诊; 诊断放射服务; 检验程序和诊断测试)	对适当的服务使用费用分摊 (主诊医生诊室就诊; 专科医生诊室就诊; 诊断放射服务; 检验程序和诊断测试)	参见福利说明
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 住院医院服务和分娩中心 	达到免赔额后, 15% 的共同保险	达到免赔额后, 40% 的共同保险	如果产妇提前出院, 可享受一 (1) 次上门护理, 无需支付分摊费用
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 医生和助产士接生服务 	达到免赔额后, 15% 的共同保险	达到免赔额后, 40% 的共同保险	
专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 母乳喂养支持、咨询和用品, 包括吸奶器 	全额承保	达到免赔额后, 30% 的共同保险	母乳喂养期间承保
产妇和新生儿护理 <ul style="list-style-type: none"> 产后护理 	\$15 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	达到免赔额后, 30% 的共同保险	
门诊医院手术机构费用	达到免赔额后, 15% 的共同保险	达到免赔额后, 40% 的共同保险	参见福利说明

住院前检测	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
在诊室施用的处方药 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	\$25 共付额，然后由您支付40%的费用 达到免赔额后	参见福利说明
在诊室施用的处方药 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	\$25 共付额，然后由您支付40%的费用 达到免赔额后	参见福利说明
诊断放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
诊断放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
诊断放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 在独立放射机构进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
诊断放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
治疗放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
治疗放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 在独立放射机构进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
治疗放射服务 <ul style="list-style-type: none"> 作为门诊医院服务提供 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
康复服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在主诊医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40% 的费用 达到免赔额后	
康复服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在专科医生诊室进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40% 的费用 达到免赔额后	
康复服务（物理治疗、职业治疗或语言治疗） <ul style="list-style-type: none"> 在门诊机构进行 	达到免赔额后，15% 的共同保险	\$15 共付额，然后由您支付40% 的费用 达到免赔额后	
癌症诊断、手术及其他方面的第二意见	\$20 共付额，然后您支付0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付30% 的费用 达到免赔额后 在获得转诊的情况下，非签约专科医生提供的癌症诊断第二意见按照签约费用分摊进行赔付。	参见福利说明

专业服务和门诊护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
手术服务（包括口腔手术；乳房整形手术；其他整形和矫正手术及移植手术） <ul style="list-style-type: none"> ● 住院医院手术 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明 所有移植手术必须在指定机构进行
我们不承保：捐赠者或陪同人员的差旅费、住宿费、餐费或其他膳宿费用；与器官移植手术相关的捐赠者费用；或新生儿脐带血干细胞的常规采集和储存。			
手术服务（包括口腔手术；乳房整形手术；其他整形和矫正手术及移植手术） <ul style="list-style-type: none"> ● 门诊医院手术 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
手术服务（包括口腔手术；乳房整形手术；其他整形和矫正手术及移植手术） <ul style="list-style-type: none"> ● 在门诊手术中心进行的手术 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
手术服务（包括口腔手术；乳房整形手术；其他整形和矫正手术及移植手术） <ul style="list-style-type: none"> ● 诊室手术 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

附加服务、设备和装置	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
糖尿病设备、用品和自我管理教育 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病设备及用品 	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病教育 	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病胰岛素（30 天用量） 	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制，胰岛素药物 30 天用量的费用分摊不超过 \$100。	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制，胰岛素药物 30 天用量的费用分摊不超过 \$100。	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 <ul style="list-style-type: none"> 口服降糖药和注射降糖药（30 天用量） 	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$15 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	参见福利说明
限制 提供的项目数量必须与医生为您制定的治疗计划相符。除非您存在与视力不佳或失明相关的特殊需求，或具备其他医疗必要性，否则我们仅承保基本型号的血糖监测仪。			
耐用医疗设备及其支架	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
我们不承保为您的舒适或方便而设计的设备（如游泳池、热水浴缸、空调、桑拿浴室、加湿器、除湿器、运动器材），原因是这些设备不符合耐用医疗设备的定义。 支架。 我们不承保因您误用或滥用而造成的维修或更换费用。			
外置助听器 <ul style="list-style-type: none"> 处方助听器 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	每三 (3) 年购买一次

附加服务、设备和装置	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
耳蜗植入设备	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	每个计划年度每年一(1)次
临终关怀护理 <ul style="list-style-type: none"> 住院 	达到免赔额后，0%的共同保险	达到免赔额后，0%的共同保险	每个计划年度三百六十五(365)天
临终关怀护理 <ul style="list-style-type: none"> 门诊 	达到免赔额后，0%的共同保险	达到免赔额后，0%的共同保险	五(5)次家庭丧亲咨询
我们不承保：葬礼安排；牧师、财务或法律咨询；家政服务、看护或临时看护。			
医疗用品	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	参见福利说明
我们不承保非处方医疗用品。			
假肢装置 <ul style="list-style-type: none"> 外部 	达到免赔额后，15%的共同保险	达到免赔额后，40%的共同保险	每个计划年度每个肢体一(1)个假肢装置
<p>除非您对所有合成假发材料过敏，否则我们不承保人类头发制成的假发。</p> <p>我们不承保义齿或其他与牙齿有关的装置，除非因意外伤害导致健全的天然牙齿需要使用，或因先天性疾病或异常而必须使用。</p> <p>框架眼镜和隐形眼镜不在本证书此部分承保范围内，仅在本证书“儿童视力护理”部分承保。</p> <p>我们不承保保修期内的维修或更换费用，或因您误用或滥用而造成的维修或更换费用。</p> <p>我们不承保鞋垫。</p>			

附加服务、设备和装置	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
假肢装置 <ul style="list-style-type: none"> • 内部 	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	[参见福利说明]
住院服务与设施	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
自体血库	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
住院医院连续治疗（包括乳房切除术护理、心肺康复以及临终关怀的住院）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
留观	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
专业护理机构（包括心肺康复）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	每个计划年度三百六十五 (365) 天
住院适应训练服务（物理、言语和职业治疗）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	

附加服务、设备和装置	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
住院康复服务（物理、言语和职业治疗）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	言语和物理治疗仅在住院或手术后承保
精神和药物使用障碍服务	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
医院环境下的住院精神健康护理连续治疗（包括住院治疗）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明
门诊精神健康护理（包括部分住院和加护门诊计划服务） <ul style="list-style-type: none"> 诊室就诊 	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	参见福利说明
门诊精神健康护理（包括部分住院和加护门诊计划服务） <ul style="list-style-type: none"> 所有其他门诊服务 	0% 共同保险，不受免赔额限制	30% 共同保险，不受免赔额限制	参见福利说明
医院环境下的住院药物使用服务连续治疗（包括住院治疗）	达到免赔额后，15% 的共同保险	达到免赔额后，40% 的共同保险	参见福利说明

精神健康和药物使用障碍服务	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
门诊药物使用服务（包括部分住院、加护门诊计划服务和药物辅助治疗） <ul style="list-style-type: none"> ● 诊室就诊 	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$20 共付额，然后由您支付 30% 的费用 达到免赔额后	一个计划年度内最多二十 (20) 次就诊可用于家庭咨询
门诊药物使用服务（包括部分住院、加护门诊计划服务和药物辅助治疗） <ul style="list-style-type: none"> ● 所有其他门诊服务 - 阿片类药物治疗项目 	全额承保	达到免赔额后，30% 的共同保险	
门诊药物使用服务（包括部分住院、加护门诊计划服务和药物辅助治疗） <ul style="list-style-type: none"> ● 所有其他门诊服务 	0% 共同保险，不受免赔额限制	30% 共同保险，不受免赔额限制	
自闭症谱系障碍的应用行为分析 (ABA) 治疗	全额承保	30% 共同保险，不受免赔额限制	参见福利说明
自闭症谱系障碍辅助交流设备	全额承保	30% 共同保险，不受免赔额限制	参见福利说明

限制。如果上述任何服务或治疗根据《纽约教育法》(New York Education Law) 规定的个性化教育计划提供, 则我们不承保此等服务或治疗。根据《纽约公共卫生法》(New York Public Health Law) 第 2545 节规定的个性化家庭服务计划、《纽约教育法》第 89 条规定的个性化教育计划或纽约州发育障碍人士办公室 (New York State Office for People With Developmental Disabilities) 法规规定的个性化服务计划提供的服务, 不应影响本承保证书对在教育环境之外提供的补充性服务的承保, 前提是此类服务由执业医师或执业心理学家开具

性别确认治疗

<p>具备医疗必要性的手术、激素替代治疗和咨询治疗</p> <p>请访问 https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html 了解有关该福利的详细信息, 包括资格和医疗必要性要求。您也可以拨打 ID 卡上的免费电话号码。</p>	<p>对适当的服务使用费用分摊</p>	<p>对适当的服务使用费用分摊</p>	
--	---------------------	---------------------	--

<p>性别确认治疗附加服务</p>	<p>签约医疗机构保户费用分摊责任</p>	<p>非签约医疗机构保户费用分摊责任</p>	
-------------------	-----------------------	------------------------	--

除了承保证书承保的与性别确认治疗相关的医疗必需服务外, 我们还承保以下与性别障碍相关的附加服务。

附加服务包括:

<p>甲状腺软骨成形术 (气管刮除术)</p>	<p>达到免赔额后, 15% 的共同保险</p>	<p>达到免赔额后, 40% 的共同保险</p>	
<p>与乳腺手术无关的乳头再造</p>	<p>达到免赔额后, 15% 的共同保险</p>	<p>达到免赔额后, 40% 的共同保险</p>	
<p>除用于生殖器手术的皮肤以外的脱毛 (如电解、激光脱毛)</p>	<p>达到免赔额后, 15% 的共同保险</p>	<p>达到免赔额后, 40% 的共同保险</p>	

性别确认治疗 附加服务	签约医疗机构保户费用分 摊责任	非签约医疗机构保户费用 分摊责任	
嗓音与交流治疗，嗓音课程	达到免赔额后，15% 的共 同保险	\$15 共付额，然后由您支付 40% 的费用 达到免赔额后	
束胸	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
眼睑成形术（眼睑和眼周 手术）提眉术	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
面颊植入物 下巴植入物 面部骨骼缩小或隆起 前额提升 丰唇或缩唇	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
植发	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
隆鼻术或鼻假体植入术	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
除皱术（面部拉皮术、面部 抽脂术、颈部紧致术）	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	
声音矫正手术、喉整形手术	达到免赔额后，15% 的共 同保险	达到免赔额后，40% 的共 同保险	

处方药	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
*某些处方药根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 支持的综合指南提供, 或如果该项目或服务获得美国预防服务工作组 (USPSTF) 的“A”或“B”评级, 并在签约药房获得, 则无需支付分摊费用			
用于治疗药物使用障碍的承保处方药, 包括用于控制阿片类药物戒断和/或稳定以及用于阿片类药物过量逆转的处方药, 无需预先授权。			
您的计划设计分为三 (3) 个层级, 层级 1 处方药的自付费用一般最低, 层级 3 处方药的自付费用一般最高。层级 2 处方药的自付费用一般高于层级 1, 但低于层级 3。			
零售药房 30 天用量 层级 1 (仿制药)	\$15 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明
零售药房 30 天用量 层级 2 (处方集品牌)	\$40 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明
零售药房 30 天用量 层级 3 (非处方集品牌)	\$50 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明

处方药	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
邮购药房 最多 90 天用量] 层级 1 (仿制药)	\$37.50 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	非签约医疗机构的服务不在承保范围内, 您需支付全部费用	参见福利说明
邮购药房 最多 90 天用量 层级 2 (处方集品牌)	\$100 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	非签约医疗机构的服务不在承保范围内, 您需支付全部费用	参见福利说明
邮购药房 最多 90 天用量 层级 3 (非处方集品牌)	\$125 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	非签约医疗机构的服务不在承保范围内, 您需支付全部费用	参见福利说明
肠内配方 层级 1 (仿制药)	\$15 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明
肠内配方 层级 2 (处方集品牌)	\$40 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明
肠内配方 层级 3 (非处方集品牌)	\$50 共付额, 然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险 不受免赔额限制	参见福利说明

承保限制/条款。

1. 我们保留权利，可根据医疗必要性（包括可接受的医疗标准和/或美国食品药品监督管理局（FDA）建议的准则）限制某些药物的数量、日供应量、提前续药权限和/或疗程。
2. 如果我们确定您可能以有害或滥用的方式或有害频率使用处方药，可能会限制您的签约药房选择。如果发生这种情况，我们可能会要求您选择一家签约药房，由其提供并协调今后的所有药房服务。在这种情况下，只有当您使用选定的单一签约药房时，才会获得赔付。如果您未在我们通知您之日起 31 天内作出选择，我们将为您选择一家签约药房。
3. 复方处方药仅在同时满足以下条件时才可承保：含有至少一 (1) 种承保处方药的成分；与制造商提供的处方药本质上不同；从获得复方处方药许可的药房获得。
4. 为确保药物的合理使用，我们将不时实施各种特定和/或通用的“使用管理”协议。这些协议将与标准医疗/药物治疗指南保持一致。协议主旨是为保户提供以质量为重点的处方药福利。如果计划实施用药管理协议，且您正在服用的药物受该协议影响，我们将提前通知您。
5. 注射药物（自我注射药物除外）和糖尿病胰岛素、口服降糖药以及糖尿病用品和设备不在本节承保范围内，但在本证书其他项下承保。
6. 我们不承保任何处方药的给药或注射费用。在医生诊室给予或施用的处方药由本证书的“门诊和专业服务”部分承保。
7. 我们不承保法律规定无需处方的药物，但根据 HRSA 支持的综合指南提供或 USPSTF 评为“A”或“B”级的戒烟药物、非处方预防药物或器械，或本证书另有规定的除外。我们不承保含有非处方等效药物的处方药，药物处方集明确指定承保的除外。非处方等效药物是指无需处方即可获得药物，其名称/化学实体与其所对应的处方药相同。[我们不承保含有承保处方药的重新包装产品，如治疗包或方便药包，除非该处方药仅作为治疗包或方便药包的一部分提供。这种治疗包或方便药包包含一种或多种处方药，还可能包含非处方药物（如手套、指套、卫生湿巾或局部润肤剂）。
8. 我们不承保用于替换丢失或被盗药物的处方药。
9. 我们不承保您在医院、疗养院、其他公共机构、机构或您作为家庭护理患者期间向您配发的处方药，除非您或您的代理人向医院、疗养院、家庭医疗机构或家庭护理服务机构或其他公共机构支付的费用不包括药物服务费。
10. 对于以违反标准医疗实践的方式开具或配发的任何药物，我们有权以非医疗必需、试验性或研究性为由拒绝给予赔付。如果承保被拒，您有权按照本承保证书中的“使用审查”和“外部上诉”部分所述提出上诉。
11. 如果药剂师根据专业判断认为不应配药，则药房无需配发处方。

健康福利	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任
健身机构报销	每六 (6) 个月最多 \$200；配偶每六 (6) 个月最多增加 \$100	
<p>报销仅限于实际锻炼次数。我们不报销：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 网球俱乐部、乡村俱乐部、减重诊所、水疗中心或任何其他类似机构的会员资格； ● 终身会员资格； ● 设备、衣物、维生素或设施可能提供的其他服务（如按摩等）；或 ● 您的房租或业主协会费中包含的便利设施（如健身房）使用费。 		

儿童牙科和视力护理	签约医疗机构保户费用分摊责任	非签约医疗机构保户费用分摊责任	限制
儿童牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> 预防性牙科护理 	\$35 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$35 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	每六 (6) 个月一 (1) 次牙科检查和清洁 每隔三十六 (36) 个月一次全口 X 光或全景 X 光检查，每隔六 (6) 个月一次咬翼 X 光检查
儿童牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> 常规牙科护理 	\$100 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$100 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	
儿童牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> 主要牙科护理（口腔手术、牙髓、牙周和口腔修复） 	\$250 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	\$250 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	
儿童牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> 畸齿矫正 畸齿矫正和主要牙科治疗需要预先授权	50% 共同保险，不受免赔额限制	50% 共同保险，不受免赔额限制	

儿童视力护理			
儿童视力护理 <ul style="list-style-type: none"> 检查 	\$20 共付额，然后您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险，不受免赔额限制	每十二 (12) 个月一 (1) 次检查
儿童视力护理 <ul style="list-style-type: none"> 镜片和镜框 	\$40 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险，不受免赔额限制	每十二 (12) 个月一 (1) 副处方镜片和镜框
儿童视力护理 <ul style="list-style-type: none"> 隐形眼镜 	\$40 共付额，然后由您支付 0% 的费用 不受免赔额限制	30% 共同保险，不受免赔额限制	

所有网络内预先授权请求均由您的签约医疗机构负责。您不会因为签约医疗机构未能获得所需的预先授权而受到处罚。但如果服务不在证书承保范围内，您需承担全部服务费用。

其他承保的服务	
紧急医疗后送	实际费用的 0% 共同保险，不受免赔额限制
医疗遣返	实际费用的 0% 共同保险，不受免赔额限制
接送住院保户的运输	实际费用的 0% 共同保险，不受免赔额限制
送回未成年子女	实际费用的 0% 共同保险，不受免赔额限制
遗体送返	实际费用的 0% 共同保险，不受免赔额限制

意外死亡和伤残津贴

<u>损失</u>	<u>津贴金额</u>
生命	\$10,000
丧失两只或两只以上的手或脚	\$10,000
丧失两只或两只以上手或脚的功能	\$10,000
丧失双眼视力	\$10,000
丧失语言能力和听力（双耳）	\$5,000
丧失一只手或一只脚，同时丧失单眼视力	\$10,000
丧失一只手或一只脚	\$5,000
丧失单眼视力	\$5,000
丧失语言能力	\$2,500
丧失听力（双耳）	\$2,500
丧失同一只手的拇指和食指	\$2,500
丧失同一只手的四根手指	\$2,500
丧失同一只脚的全部脚趾	\$2,500
丧失拇指	\$2,500

排除情况

本证书不承保以下情况：

航空。

我们不承保由航空引起的服务，但作为付费乘客搭乘定期航空公司运营的定期航班或包机除外。

疗养和看护。

我们不承保与休养、监护护理或交通相关的服务。“看护”是指帮助转移、进食、穿衣、洗澡、如厕及其他相关活动。看护不包括确定有医疗必要性的承保服务。

性倾向矫正疗法。

我们不承保性倾向矫正疗法。性倾向矫正疗法是指心理健康专业人员试图改变 18 岁以下保户的性取向或性别认同的任何做法，包括试图改变行为、性别表达，或消除或减少对同性的性或浪漫吸引或感觉。性倾向矫正疗法不包括为任何寻求进行性别转换或正在进行性别转换的个人提供的咨询或治疗，其提供对个人的接受、支持和理解，或促进个人的应对能力、社会支持以及身份探索和发展，包括为防止或解决非法行为或不安全性行为而进行的性取向中立干预，前提是咨询或治疗不寻求改变性取向或性别认同。

整容服务。

除另有规定外，我们不承保整容服务、处方药或手术，但整容手术不包括因创伤、感染或相关部位疾病导致的手术附带或手术后的整形手术，以及因承保儿童先天性疾病或异常导致的功能缺陷而进行的整形手术。我们也承保与乳房切除术后的整形手术相关的服务，详见本证书其他条款。整容手术不包括确定有医疗必要性的手术。如果 11 NYCRR 56 列出手术（如某些整形外科和皮肤科手术）的索赔在没有医疗信息的情况下事后提交，则除非提交医疗信息，否则任何拒绝将不适用本证书“使用审查”和“外部上诉”章节中的使用审查程序。

牙科服务。

我们不承保牙科服务，但以下情况除外：因意外伤害导致健全的天然牙齿在事故发生后 12 个月内需要接受的护理或治疗；因先天性疾病或异常而必须接受的牙科护理或治疗；或本证书“门诊和专业服务”以及“儿童牙科护理”部分特别说明的牙科护理或治疗。

试验性或研究性治疗。

我们不承保任何试验性或研究性医疗保健服务、手术、治疗、器械或处方药。但如果我们拒绝承保的决定被州政府认证的外部上诉代理推翻，我们将承保试验性或研究性治疗，包括罕见病治疗或您参与本证书“门诊和专业服务”部分所述临床试验的患者费用。但对于临床试验，我们不承保：任何研究用药物或器械的费用；您接受治疗所需的非医疗服务费用；研究管理费用；或本证书不承保的非研究性治疗费用。如需进一步了解您的上诉权利，请参阅本证书中的“使用审查”和“外部上诉”部分。

参与重罪。

我们不承保因您参与重罪、暴乱或叛乱而导致的任何疾病、治疗或医疗状况。本排除条款不适用于涉及家庭暴力行为受害者所受伤害的服务或因您的医疗状况（包括身体和精神健康状况）而提供的服务。

足部护理。

我们不承保与鸡眼、老茧、扁平足、足弓下陷、足部无力、慢性足部劳损或足部症状有关的常规足部护理。但如果您患有导致腿部或足部循环障碍或感觉减退的特殊医疗状况或疾病，我们将承保足部护理。

政府机构。

我们不承保由任何联邦、州或其他政府实体拥有或经营的医院提供的护理或治疗，除非法律另有规定，或者您被送往该医院的原因是其距离您受伤或生病的地点很近，并且其提供的急诊服务用于治疗急症。

医疗必要性。

一般而言，我们不承保我们认定不具有医疗必要性的任何医疗保健服务、手术、治疗、检验、设备或处方药。但如果我们拒绝承保的决定被州政府认证的外部上诉代理推翻，我们将承保此前拒绝承保的服务、手术、治疗、检验、设备或处方药，前提是该等服务、手术、治疗、检验、设备或处方药在本承保证书的条款项下另行承保。

Medicare 或其他政府计划。

如果联邦 Medicare 计划或其他政府计划（Medicaid 除外）为此类服务提供福利，则我们不承保此类服务。当您符合 Medicare 资格时，我们将按照 Medicare 为承保服务支付的金额扣减我们的赔付金额。除法律另有规定外，即使您未投保 Medicare 或未支付 Medicare 保费，我们也会进行此项扣减。如果联邦法律要求我们先行赔付，或您不符合 Medicare A 部分免保费的条件，则承保服务的赔付不会减少。

兵役。

我们不承保因在武装部队或辅助部队服役而导致的疾病、治疗或医疗状况。

无过失汽车保险。

我们不承保任何已通过强制性无过失汽车保险获得或可获得赔偿的损失或其任何部分的赔付。即使您没有就您强制性无过失保单项下的保险赔偿金适当或及时提出索赔，此排除情况也仍适用。

未列入的服务。

我们不承保本证书中未列出的承保服务。

由家庭成员提供的服务。

我们不承保由投保人的直系亲属提供的服务。“直系亲属”是指子女、继子女、配偶、父母、继父母、兄弟姐妹、继兄弟姐妹、配偶父母、姻亲子女、姻亲兄弟姐妹、祖父母、祖父母的配偶、孙子女或孙子女的配偶。

由医院员工单独计费的服务。

我们不承保由医院、实验室或其他公共机构员工提供并单独计费的服务。

免费服务。

我们不承保通常不收费的服务。

视力服务。

我们不承保框架眼镜或隐形眼镜的检查或验配，本证书“儿童视力护理”部分特别说明的除外。

战争。

我们不承保因战争（无论是否宣战）而导致的疾病、治疗或医疗状况。

工伤赔偿。

如果已根据任何州或联邦工伤赔偿、雇主责任或职业病法律为服务提供保险赔偿金，则我们不承保此类服务。

The New School Student Health Insurance 计划由 Aetna Life Insurance Company 承保。Aetna Student HealthSM 是 Aetna Life Insurance Company 及其相关附属公司 (Aetna) 提供的产品和服务的品牌名称。

受制裁国家/地区

如果本保单提供的承保违反或将会违反任何经济或贸易制裁，则该承保范围将立即视为无效。例如，如果为医疗保健或其他索赔或服务付款违反金融制裁条例，则 Aetna 公司不能进行此类付款。其中包括对被封锁人员或受美国制裁国家/地区的制裁，除非获得美国财政部外国资产控制办公室 (Office of Foreign Asset Control, OFAC) 的书面许可。有关详细信息，请访问 <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>。

辅助技术

使用辅助技术的人员可能无法完全访问以下信息。如需协助，请致电 1-877-480-4161。

智能手机或平板电脑

如需通过智能手机或平板电脑查看文档，需要免费 WinZip 应用程序。您可以通过您的应用程序商店进行下载。

非歧视声明

Aetna 致力于成为具有包容性的医疗保健企业。Aetna 不因血统、种族、民族、肤色、宗教、性别（包括是否怀孕）、国籍、性取向、性别认同或表达、身体或精神残疾、医疗状况、年龄、退伍军人身份、婚姻状况、遗传信息、公民身份、失业状况、政治派别或适用的联邦、州或地方法律禁止的任何其他依据或特征而歧视保户。

Aetna 为残疾人提供免费的帮助和服务，并为主要语言不是英语的人提供免费的语言服务。

包括以下帮助和服务：

- 合格的手语翻译员
- 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 合格的口译员
- 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请拨打您 ID 卡上的电话号码。不是 Aetna 保户？可致电 1-877-480-4161 联系我们。

如果您对我们的非歧视政策有任何疑问，或您想讨论与歧视相关的问题，请拨打 1-877-480-4161 联系我们。

请注意，Aetna 承保的医疗服务符合适用的联邦和州法律。并非所有医疗服务都在承保范围内。有关福利、排除情况、限制和承保条件的完整说明，请参阅计划文件。

语言可访问性声明

免费提供口译服务。

Attention: If you speak English, language assistance service, free of charge, are available to you.

Call **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Español/Spanish

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al

1-877-480-4161 (TTY: **711**).

አማርኛ/Amharic

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-877-480-4161** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-480-4161** رقم الهاتف النصي. (**711**).

Bàsò̀̀ Wùdù̀̀/Bassa

Dè de nìà ke dyédè gbo: ɔ jũ ké m̀̀ d̀̀yi B̀̀àsò̀̀̀- ẁ̀ùdù̀̀̀- pò-nyò̀̀̀ jũ ní, nìi à wuɖu kà kò d̀̀ò pò- pò̀̀̀ b̀̀é m̀̀ gbo kpáa. **Đà 1-877-480-4161** (TTY: **711**).

中文/Chinese

注意: 如果您说中文, 我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-877-480-4161** (TTY: **711**)。

/Farsi فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره **1-877-480-4161** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français/French

Attention : Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

ગુજરાતી/Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો

1-877-480-4161 (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-877-480-4161** (TTY: 711).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-877-480-4161** (TTY: 711).

한국어/Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다.

1-877-480-4161(TTY:711)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portuguese

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-877-480-4161** (TTY: 711). Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

Русский/Russian

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-877-480-4161** (TTY: 711).

Tagalog

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-480-4161** (TTY: 711).

/Urdu اردو

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں - **1-877-480-4161** (TTY: 711) پر کال کریں۔

Tiếng Việt/Vietnamese

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-877-480-4161** (TTY: 711).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọ́wọ́ lórí èdè, lófèḗ, wà fún ọ. Pe **1-877-480-4161** (TTY: 711).

Aetna 是一个或多个 Aetna 集团子公司提供的产品和服务的品牌名称，包括 Aetna Life Insurance Company、Coventry Health Care 计划及其附属公司 (Aetna)。