



An **Anthem** Company

保險合約

紐約



1-800-300-8181 (TTY 711)
www.empireblue.com/ny

Child Health Plus 保險合約

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

**Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
Child Health Plus 保險合約**

9 Pine St., 14th Floor
New York, NY 10005

**會員服務部：1-800-300-8181
TTY 711**

www.empireblue.com/ny

保險合約

本文檔是您與 Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 簽訂的 Child Health Plus 合約。它賦予您享受合約中所述福利的權利。保險於您的身份識別卡上所註明的生效日期開始。本合約將一直持續，除非因合約中所述的任何原因終止。

檢查合約的 10 天通知權

您有權退還本合約。請仔細檢查。您可以退還它並要求我們取消它。您必須於收到本合約之日起 10 日內採用書面形式提出申請。我們將退還您支付的任何保費。如果您退還本合約，我們將不會為您提供任何福利。

重要通知

除非本合約中另有說明，否則所有服務必須由您的主治醫生 (PCP) 提供、安排或授權。您必須提前聯絡您的 PCP 才能享受福利，本合約第五節所述的緊急醫療護理、第四節所述的某些婦產科護理、第八節所述的視力護理以及第九節所述的牙科護理除外。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

目錄

節	標題	頁碼
第一節	簡介	1
第二節	誰在承保範圍內	2
第三節	醫院福利	3
第四節	醫療服務	4
第五節	緊急醫療護理	7
第六節	精神健康及物質濫用治療服務	7
第七節	其他承保服務	7
第八節	視力護理	10
第九節	牙科護理	11
第十節	有關本計劃如何運作的其他資訊	12
第十一節	限制和不保項目	13
第十二節	本合約的保費	14
第十三節	保險終止	15
第十四節	終止後轉換至新合約	16
第十五節	申訴（投訴）程序	16
第十六節	外部上訴	18
第十七節	一般條款	20

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

第一節 — 簡介

1. **Child Health Plus 計劃**。本合約依照一項特殊的紐約州衛生署 (DOH) 計劃發行，該計劃旨在為紐約州的無保險兒童提供有補貼的健康保險。如果您符合紐約州規定的資格要求，我們會將您加入 Child Health Plus 計劃，並且您將有權享受本合約中所述的醫療保健服務。在發生可能使您不符合參與 Child Health Plus 資格的任何狀態變更（例如住所、收入或其他保險）的 60 天之內，您和/或申請表上所列的負責任成年人必須向我們報告該等變更。
2. **透過 HMO 提供的健康護理**。本合約透過 HMO 提供承保。在 HMO，所有護理必須具有醫療必需性，並且由您的主治醫生 (PCP) 提供、安排和預先授權。除緊急醫療護理、特定婦產科服務以及視力和牙科服務之外，不承保您未經 PCP 批准而接受的醫療護理。此外，僅承保由網絡內提供者提供的醫療護理，除非是緊急情況或您的 PCP 將您轉診至網絡外提供者。

在參保本保險時，您需要從 PCP 清單中選擇一位 PCP。您可致電會員服務部更換您的 PCP，電話：1-800-300-8181 (TTY 711) 在本合約中，您所選擇的 PCP 被稱作您的 PCP。

3. **我們使用的詞語**。在本合約中，Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 將稱作「我們」或「我們的」。詞語「您」、「您的」、「您們的」是指您、獲發本合約的兒童以及身份識別卡上的姓名所屬的人士。
4. **定義**。以下定義適用於本合約：
 - A. **合約**即指本文檔。它構成您與我們之間的法律協議。請將本合約與您的重要文件一併妥善保存，以便日後參考。
 - B. **緊急醫療狀況**指醫療上或行為上的狀況，並表現為相當嚴重的症狀（包括劇烈疼痛），以至於具有一般醫學及健康知識的謹慎普通人都能合理地預見，如不立即就醫會導致任何以下後果：
 - 使突發該症狀者的健康於嚴重危險狀態，或當為行為上的狀況時，置該患者或他人的健康於嚴重危險狀態
 - 當事人的身體功能出現嚴重損害
 - 當事人的任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙
 - 當事人出現嚴重的外形損傷
 - C. **緊急醫療服務**指治療緊急醫療狀況所必需的相關醫生和門診醫院服務。
 - D. **醫院**是指公共衛生法第 28 條所定義的以下機構：
 - 在醫生的持續監督下，主要向住院患者提供診斷和治療服務，以及為診斷、治療和護理受傷或生病患者提供治療服務
 - 設有系統化的醫學和大手術科室
 - 要求每位患者必須接受醫生或牙醫的護理
 - 在註冊專業護士 (R.N.) 的監督下提供 24 小時看護服務
 - 如位於紐約州，需制定適用於所有患者、至少符合美國公共衛生法 89-97 (42 USCA 1395xk) 第 1861 (k) 條所載標準的有效住院審查計劃

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 獲得負責授權此等醫院的機構的正式許可
 - 除偶發情況外，並非為休息場所、主要治療肺結核的場所、長者場所、戒毒、戒酒場所、或康復期護理、看護、教育或復健護理場所
- E. **醫療必需性**指會員的 PCP 或其指定人員依照該等醫生醫療社群所接受的專業標準，確定為對會員的健康至關重要的健康服務。在針對某項特定醫療保健服務是否具有醫療必需性的意見不一致時，醫療總監將依照 Empire 投訴程序並遵循 Child Health Plus 合約作出它是否具有醫療必需性的最終裁決。
- F. **網絡內醫院**指與我們簽有協議為會員提供承保服務的醫院。
- G. **網絡內藥房**指與我們簽有協議為會員提供承保服務的藥房。
- H. **網絡內醫生**指與我們簽有協議為會員提供承保服務的醫生。
- I. **網絡內提供者**指任何網絡內醫生、醫院、居家醫療護理機構、實驗室或與我們簽有協議為會員提供承保服務的其他實體。我們不會支付網絡外提供者提供的健康服務，緊急情況或您的 PCP 將您轉至該網絡外提供者（經過我們的批准）的情況除外。
- J. **主治醫生 (PCP)** 指您在參保時選擇或之後依照我們的規則改換的網絡內醫生，您的所有承保醫療護理服務由該醫生提供或安排。
- K. **服務區域**指以下國家：國王縣（布碌崙）、紐約（曼哈頓區）、皇后區、布朗士區、里奇蒙縣（史坦頓島）、納蘇縣和普特南縣。您必須居住在服務區域，方可獲得本合約承保。

第二節 誰在承保範圍內

1. **誰受本合約承保。**如果您符合所有以下要求，則您受本合約承保：
 - 您不到 19 歲
 - 您沒有其他的醫療保險
 - 您不符合 Medicaid 的資格要求
 - 您是紐約州的永久居民和我們服務區域的居民
 - 您的父母或監護人並非可使用州健康福利計劃提供的家庭健康保險並且州或公共機構支付全部或部分家庭保險費用的公職人員。
 - 您並非公共機構的囚犯或精神疾病機構的患者
2. **重新認證。**我們將審查您的保險申請以確定您是否符合 Child Health Plus 的資格要求。您必須定期向我們重新提交申請，以便我們能夠確定您是否仍符合資格要求。此程序稱作重新認證。如果您家有一個以上的孩子目前接受我們的承保，您家中接受我們承保的所有孩子的重新認證日期為最接近重新認證日期 2000 年 10 月 1 日或之後的那個孩子所分配到的月份。您每年必須重新認證一次，除非您家中的另一個孩子在您獲承保後申請我們的保險。如果您家中另一個孩子申請我們的保險，則您必須在該孩子申請保險時重新認證所有的孩子。之後，您家中接受我們承保的所有孩子將每年在同一日期進行重新認證。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

3. **情況變更**。如果您的收入、住所或醫療保險出現可能使您不符合本合約資格的任何變更，您必須通知我們。您必須在該變更 60 天內給予我們此通知。如果您沒有通知我們情況變更，可能會要求您償還已為您支付的任何保費。

若您有任何疑問或需要任何福利方面的幫助，請致電 1-800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們的會員服務部。

第三節 — 醫院福利

1. **醫院內的護理**。如果滿足以下所有條件，則您在醫院住院時的醫療必需護理獲承保：
- A. 除非您因緊急情況住院或您的 PCP 安排您入住網絡外醫院，否則醫院必須為網絡內醫院
 - B. 除非是緊急情況，否則您住院需經過您的 PCP 預先授權
 - C. 您必須是為了無法以門診方式治療的疾病、受傷或狀況而住院接受適當治療的註冊住院病人
2. **承保的住院服務**。本合約承保的住院服務包括以下：
- A. 每日食宿，包括特殊膳食和營養治療
 - B. 一般、特殊和重症護理服務，但不包括私人看護服務
 - C. 與手術相關的設施、服務、用品和設備、康復設施、麻醉及重症或特別護理設施
 - D. 氧氣或其他吸入治療服務和用品
 - E. 非試驗性藥物
 - F. 血清、生物製品、疫苗、靜脈製劑、敷料、用於診斷研究的石膏和材料
 - G. 血液製品，但參加自願血液更換計劃時除外
 - H. 與診斷研究和生理功能監測相關的設施、服務、用品和設備，包括實驗室、病理學、心動圖、內視鏡、放射和腦電圖研究和檢查
 - I. 與物理治療、職業治療和復健相關的設施、服務和用品
 - J. 與放射和核治療相關的設施、服務、用品和設備
 - K. 與緊急醫療護理相關的設施、服務、用品和設備
 - L. 與精神健康、物質濫用和酗酒服務相關的設施、服務、用品和設備
 - M. 化療
 - N. 放療
 - O. 由醫院照例提供的任何其他醫療、手術或相關服務、用品和設備，除非本合約將其排除在外
3. **產科護理**。我們支付剖腹產之外的其他分娩後至少 48 小時的住院護理費用，產前併發症除外。我們將支付剖腹產後至少 96 個小時的住院護理費用。產科護理承保包括家長教育、協助以及母乳餵養或奶瓶餵養培訓，並進行必要的母親及新生兒臨床評估。

您可以選擇在 48 小時（剖腹產則為 96 小時）之前出院。如果您選擇提前出院，我們將應您的要求支付分娩 48 小時（剖腹產則為 96 小時）內的一次居家護理就診費用。該居家護理就診將於您出院或您申請居家護理（以較晚者為準）的 24 小時內提供。該居家護理就診不屬於本合約第七節承保的居家護理就診。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

4. 限制和不保項目

- A. 對您在醫院之外的任何天，我們將不會提供任何福利，即使是一天的部分時間。對住院護理並非醫療必需的任何天，我們將不提供福利。
- B. 對半私人病房，福利全額支付。如果您住醫院的私人病房，私人病房與半私人病房的費用之間的差額必須由您支付，除非私人病房是醫療必需的並由您的醫生指示。
- C. 我們將不會支付非醫療物品費用，如電視租金或電話費用。

第四節 — 醫療服務

1. 您的 PCP 必須提供、安排或授權所有醫療服務

除緊急情況或某些婦產科服務之外，僅在您的 PCP 提供、安排或授權的情況下才承保您接受的下列醫療服務。您有權接受在以下任一地點提供的醫療服務：

- 您的 PCP 診室
- 其他提供者的診室或機構，如果您的 PCP 確定該提供者或機構適合治療您的病症
- 醫院的門診部
- 作為醫院的住院病人，您有權接受醫療、手術和麻醉服務

2. 承保醫療服務。我們將為以下醫療服務支付費用：

A. 一般醫療和專科醫生護理，包括諮詢。

B. 預防性健康服務和體檢。我們將支付預防性健康服務的費用，包括：

- 依照由美國兒科學會制定的檢查時間表進行的兒童健康檢查
- 營養教育和諮詢
- 聽力檢測
- 醫療社會服務
- 眼睛篩檢
- 依照預防接種諮詢委員會推薦的免疫接種時間表進行的常規免疫接種
- 結核菌素檢測
- 牙科和發育篩檢
- 臨床實驗室和放射檢測
- 血鉛篩檢

C. 疾病、受傷或其他症狀的診斷和治療。我們將支付疾病或受傷的診斷和治療費用，包括：

- 在提供者的診室或門診手術中心執行的門診手術，包括麻醉服務
- 實驗室化驗、X 光檢查和其他診斷程序
- 腎透析
- 放療
- 化療
- 在醫生的診室施用的注射液和藥物

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 來自通過專業認證的專科醫生的手術第二意見
 - 在診斷為癌症陽性或陰性或建議進行癌症療程的情況下，由適當專科醫生（包括隸屬專科護理中心的專科醫生）提供的醫療第二意見
 - 醫療必需的聽力測試
- D. **物理和職業治療。**我們將支付短期物理和職業治療服務的費用。該等治療必須是成熟的治療並且是醫生治療計劃的一部分。服務必須由經批准的治療師提供並且屬於復健性質。短期治療不得超過每曆年 40 次門診就診。
- E. **放療、化療和血液透析。**我們將支付放療和化療費用，包括治療時提供的注射液和藥物。我們將支付在您家或機構（以我們認為何者適當而定）中提供的血液透析服務費用。
- F. **婦產科服務。**我們將支付婦產科服務費用，包括產前、陣痛和分娩及與妊娠有關的產後服務。如果您向合格的網絡內婦產科服務提供者尋求護理，您不需要就妊娠相關護理獲得您的 PCP 的授權。您還可接受合格網絡內婦產科服務提供者提供的以下服務而無需 PCP 授權：
- 最多兩次針對主要和預防性婦產科護理的年度檢查
 - 因年度檢查或急性婦科狀況而需要的護理
- G. **宮頸癌篩檢。**如果您是年滿 18 歲的女性，我們將支付年度宮頸癌篩檢、年度盆腔檢查、子宮頸塗片和子宮頸塗片評估的費用。如果您是 18 歲以下並且有性生活的女性，我們將支付年度盆腔檢查、子宮頸塗片和子宮頸塗片評估的費用。我們還將支付性傳播疾病篩檢的費用。
- H. **凝血因子：**我們將支付凝血因子產品及與血友病和其他凝血蛋白缺陷症相關的其他治療及服務的門診費用。如果凝血因子產品的輸注系由居家保健機構人員、接受過適當培訓的兒童父母或法定監護人，或身體和心智上能夠承擔自行輸注此類產品的兒童在門診或居家環境下進行，我們將支付此類產品及服務的費用。
- I. **善終護理。**要符合善終服務的資格，兒童必須由醫生確證患有絕症，其定義為在疾病正常進展的情況下，在世剩餘時間不超過六個月的醫學預後。善終福利的範圍亦沒有變化。善終提供舒緩和支援性護理，主要關注與絕症和相關狀況有關的疼痛和症狀管理。對於接受善終護理的兒童，我們承保福利套餐內包含的具有醫療必需性的治療服務。
- J. **泛自閉症障礙。**我們承保以下由網絡內持照醫生或持照心理學家開處或開立，並由我們確定對於篩檢、診斷並治療泛自閉症障礙具有醫療必需性的服務。對於此節來說，「泛自閉症障礙」指提供服務時最新版《精神疾病診斷與統計手冊》定義的任何廣泛性發育障礙，包括自閉症、亞斯柏格症、雷特氏症、兒童期瓦解性精神障礙，以及未分類的廣泛性發育障礙 (PDD-NOS)。
1. **篩檢和診斷。**我們承保為確定某人是否患有泛自閉症障礙而進行的評價、評估和測試。

2. 輔助通訊裝置。我們承保語言病理醫生為確定是否需要輔助通訊裝置所進行的正式評估。如果會員無法以正常方式溝通（即語言或書寫），且評估指出輔助通訊裝置可能有助於會員改善溝通能力，則我們可根據正式的評估，承保租用或購買由持照醫生或持照心理學家安排或開處的輔助通訊裝置的費用。輔助通訊裝置的示例包括通訊板和語音溝通裝置。承保僅限專用裝置；我們將僅承保一般對沒有溝通障礙的人士無用的裝置。我們將決定是否可購買或租用裝置。我們不承保的項目包括但不限於筆記本電腦、桌上型電腦或平板電腦。但是，我們承保能使膝上型電腦、桌上型電腦或平板電腦作為語音溝通裝置運行的軟體和/或應用程式。安裝程式和/或技術支援不單獨報銷。承保該等裝置在正常磨損情況下必需的維修和更換。若由於濫用、粗暴使用或失竊導致損失或損壞，相關維修或更換不予承保；但是，若相關損失或損壞是由於行為問題所致，我們對每種類型的裝置承保一次必要的維修或更換。我們將為最適合會員目前機能水平的裝置提供承保。不具醫療必需性的設備或附件的其他費用不予承保。我們不承保運送或服務費用或常規保養。運送、安裝和/或維修費用包含在耐用設備的補貼內，但不單獨報銷。常規保養費用將依照結合紐約 Medicaid 指引的福利設計予以報銷。
3. 輔助通訊裝置需要事先批准。請參閱您合約中的事先批准程序。
4. 行為健康治療。我們承保對於最大程度地發展、維持或恢復個人身體機能所需的諮詢和治療計劃。僅當該等計劃是由持牌提供者提供時，我們才提供該等承保。我們承保如下人員提供的應用行為分析：行為分析師認證委員會認證的行為分析師，或接受認證行為分析師監督且遵循紐約金融服務管理局諮詢紐約衛生和教育部頒佈的法規標準的人員。「應用行為分析」指使用行為刺激和後果，設計、執行並評估環境改變對人類行為產生的顯著社交改善，包括對環境與行為之間的關係使用直接觀察、測量和功能分析。治療計劃必須介紹將應用干預以處理病症和功能損傷的可測量目標，並包括在目標和可測量期間的干預階段進行初步評估和隨後中期評估的目標。我們的應用行為分析服務承保限於每曆年 680 個小時。
5. 精神和心理護理。我們承保在執業所在州獲得相關許可的精神病學家、心理學家及持牌臨床社工提供的直接或諮詢服務。
6. 治療護理。我們承保可行的情況下最大限度地發展、維護或恢復個人功能所必需的治療服務，前提是該等服務由持牌或經認證的治療自閉症譜系障礙的語言治療師、職業治療師、物理治療師及社工提供，且該等提供者提供的服務根據本合約另行獲得承保。除法律另行禁止外，依據本段規定提供的服務應計入適用於本合約下該等治療師或社工服務的任何最高總計就診次數內。
7. 藥房護理。我們承保由根據《教育法》第八條獲得合法開處權限的醫療服務提供者開處的治療泛自閉症障礙的處方藥。該等處方藥的承保須符合適用於您的合約處方藥福利的所有條款、條文和限制。

如果上述任何服務或治療根據《教育法》規定的個人化教育計劃提供，我們不予承保。

若您有任何疑問或需要任何福利方面的幫助，請致電 1-800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們的會員服務部。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

第五節 — 緊急醫療護理

1. **醫院急診室就診。**我們將支付在醫院急診室提供的急診服務費用。您可直接前往任何急診室尋求醫療護理。您無需先致電您的 PCP。急診護理無需取得我們的事先批准。

如果您前往急診室，您或代表您的人應在您就診的 24 小時內或盡快通知我們。

如果提供的急診室服務並非是治療第一節所定義的緊急醫療狀況，則該急診室就診的費用不予承保。

2. **急診住院。**如果您住院，您或代表您的人必須在您住院的 24 小時內或盡快通知我們。如果在網絡外醫院住院，我們可能會要求您在條件允許時盡快轉移到網絡內醫院。
3. **院前緊急醫療服務。**我們將支付院前緊急醫療服務，包括及時評估並治療緊急狀況和/或前往醫院的非空中載送。該等載送的承保基於在一名謹慎的普通人以一般程度的醫療健康知識即可合理地推測出，如不提供該等載送可能導致以下後果：
 - 使突發該症狀者的健康於嚴重危險狀態，或當為行為上的狀況時，置該患者或他人的健康於嚴重危險狀態
 - 當事人的身體功能出現嚴重損害
 - 當事人的任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙
 - 當事人出現嚴重的外形損傷

第六節 — 精神健康及物質濫用治療服務

1. **住院精神健康及物質濫用治療服務。**我們將支付在以下一個設施中提供的住院精神健康及物質濫用治療服務：
 - 由心理衛生局依照《心理衛生法》第 7.17 節營運
 - 依照《心理衛生法》第 23 條或第 31 條獲發營運證書
 - 如《公共衛生法》第 28 條所定義的全科醫院
2. **治療精神健康疾病和物質濫用的門診就診。**我們將支付診斷和治療精神健康疾病和物質濫用的門診就診費用。我們還將支付您家人的門診就診費用，如果這些就診與您的精神健康和物質濫用治療有關。

第七節 — 其他承保服務

1. **糖尿病設備和用品。**我們將支付用於糖尿病治療的以下設備和用品的費用：這些必須具有醫療必需性且由您的 PCP 或依照《紐約州教育法》第 8 條獲得合法授權的其他網絡內提供者開具或推薦：
 - 血糖監測儀
 - 供視障人士使用的血糖監測儀
 - 資料管理系統

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 用於監測儀和目視讀取的試紙
- 尿液試紙
- 注射輔助器
- 供視障人士使用的針筒
- 胰島素
- 注射器
- 胰島素幫浦及其附件
- 胰島素輸注裝置
- 口服藥物
- 衛生署署長指定的適合治療糖尿病的其他設備和用品

2. **糖尿病自我管理教育。**我們將支付由您的 PCP 或其他網絡內提供者提供的糖尿病自我管理教育費用。

在診斷出糖尿病、您的病症出現重大變化、病症發作使自我管理的變更成為必需或我們確定再教育具有醫療必需性時，將提供教育服務。我們還將支付具有醫療必需性的家庭訪視費用。

3. **耐用醫療設備、假體裝置和矯形裝置。**

A. **耐用醫療設備。**我們將支付網絡內提供者為治療特定病症而訂購的裝置和設備，包括設備維修。承保的耐用醫療設備包括：

- 手杖
- 拐杖
- 醫院病床和附件
- 氧氣和供氧用品
- 壓力墊
- 容量控制呼吸器
- 治療呼吸器
- 霧化器和其他呼吸護理設備
- 牽引設備
- 助行器、輪椅和附件
- 馬桶椅和廁所扶手
- 呼吸暫停監測器
- 病患升降機
- 營養輸液幫浦
- 攜帶式輸液幫浦
- 腸道配方和營養補充品作為醫療福利而不是藥房福利透過 DME 提供，必須透過 DME 供應商獲取並且將需要事先授權。承保以下人士的腸道配方和營養補充品：
 - 患有代謝或吸收失調的兒童
 - 患有罕見先天性代謝失調的人士
 - 無法咀嚼或吞嚥的管飼人士

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

B. **假體裝置**。我們將支付合格執業醫生訂購的取代任何缺失身體部位的設備和裝置，但不承保頭顱修復體（如假髮）。此外，牙科假體不在本節的承保範圍內，由於健康的天然牙意外受傷而必需並且在事故發生 12 個月內提供和/或治療先天性異常所需或作為重建手術的組成部分的假體除外。

C. **矯形裝置**。我們將支付用於支撐虛弱或變形的身體部位或限制或消除患病或受傷身體部位的移動的裝置費用。不承保僅供運動期間使用的矯形裝置。

4. 處方和非處方藥物。

A. **承保範圍**。我們將支付需要處方、由持有開處方執照的專業人士授權且列於 Medicaid 處方藥一覽表上的 FDA 批准藥物。我們將支付由持有開處方執照的專業人士授權且列於 Medicaid 處方藥一覽表上的非處方藥物。

以下是承保項目的範例：

- 處方藥
- 胰島素
- 一次性胰島素針頭/注射器
- 一次性血液/尿液和血糖/丙酮檢測試劑
- 刺血針和刺血針裝置
- 至少一種成分為處方藥並列於 Empire PDL 上的調配藥物
- 根據適用州法律僅可根據醫生或其他合法處方醫生的書面處方配取並且列於 Empire PDL 上的任何其他藥物
- PDL 列出的處方避孕用品可配取最多 90 天的份量
- 我們還將支付用於治療特定疾病的具有醫療必需性的腸道配方，以及用於治療某些氨基酸及有機酸代謝遺傳疾病的經改良固體食品，不論是口服或透過管道喂飼

B. **網絡內藥房**。我們將僅支付供醫院外使用的處方藥和非處方藥。除緊急情況外，處方必須由網絡內提供者開具並在網絡內藥房配取。

C. **不保項目和限制**。根據本節，我們將不支付以下項目的費用：

- 任何藥物的施用或注射
- 重開丟失或失竊的處方
- 僅用於美容目的的處方藥，除非具有醫療必需性
- 試驗或研究藥物，除非由外部上訴代理推薦
- 選擇性服用的營養補充品
- 非 FDA 批准藥物，但我們將支付經 FDA 批准用於治療癌症的處方藥，即便該藥物是為不同類型的癌症而非 FDA 所批准的癌症類型而開具。但是，該藥物必須在以下出版物之一中獲得認可，可用於治療相關癌症類型：
 - AMA Drug Evaluations（美國醫學會藥品評價）
 - American Hospital Formulary Service（美國醫院藥典服務）
 - U.S. Pharmacopoeia Drug Information（美國藥典藥物資訊）
 - 大型同行審閱專業期刊中的文獻綜述或編輯評論

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 任何種類的裝置和用品，計劃生育或避孕裝置、基礎體溫計、男用和女用避孕套及避孕膜除外
 - 為造成或協助造成人員死亡、自殺、安樂死或無痛苦致死之目的而提供的處方藥和生物製品以及這些藥物和生物製品的施用
 - 用於治療勃起功能障礙的處方藥
5. **居家護理。**我們將支付由屬於網絡內提供者的經認證居家護理機構提供的每曆年最多 40 次居家醫療護理訪視。我們將僅在您不得不住院且不提供居家護理時支付居家醫療護理。

居家護理包括以下一項或多項服務：

- 由註冊執業護士或在其監督下提供的兼職或臨時居家護理
 - 主要包括照護患者的兼職或臨時居家健康輔助服務
 - 居家護理機構提供的物理、職業或語言治療；醫生開處的醫療用品和藥物以及經認證居家護理機構或其代表提供的實驗室化驗服務，但前提是該等用品在承保人住院期間本應獲得承保。
6. **入院前檢測。**我們將支付在計劃進行手術的醫院完成的入院前檢測，前提是：
- 進行檢測之前已在該醫院預訂病床和手術室
 - 您的醫生要求進行該等檢測
 - 手術實際在該等入院前檢測的七天內進行

如果手術由於入院前檢測結果而取消，我們仍將支付該等檢測的費用。

7. **語言與聽力。**我們將支付語言與聽力服務費用，包括助聽器、助聽器電池和維修。這些服務包括每年一次聽力檢查以確定是否需要糾正措施。可證實在兩個月時間內有重大臨床改善的病症所需的語言治療將獲承保，從治療第一天開始，前提是該治療由聽力專家、語言病理醫生、語言治療師和/或耳鼻喉科醫生進行。

若您有任何疑問或需要任何福利方面的幫助，請致電 1-800-300-8181 (TTY 711) 聯絡我們的會員服務部。

第八節 — 視力護理

1. **緊急、預防性和常規視力護理。**我們將支付緊急、預防性和常規視力護理費用。如果您向合格的網絡內視力護理提供者尋求護理，您不需要就承保視力護理獲得您的 PCP 的授權。
2. **視力檢查。**我們將支付為確定是否需配取矯正鏡片及提供矯正鏡片處方（如有需要）而進行的視力檢查。我們將在任何 12 個月時間內支付一次視力檢查，除非適當文件要求更頻繁。視力檢查可能包括但不限於：
- 個案歷史
 - 對眼睛的外部檢查或內部檢查
 - 眼底鏡檢查
 - 確定屈光狀態

- 雙目視覺測距
 - 用張力測定法檢驗青光眼
 - 視野及色覺檢查
 - 發現彙總及矯正眼鏡建議
3. **處方鏡片**。我們將在任何 12 個月時間內支付一次優質標準處方鏡片，除非適當文件要求更頻繁。處方鏡片可能由玻璃或塑膠製成。
 4. **鏡框**。我們將在任何 12 個月時間內支付一次足以承託鏡片的標準鏡框，除非適當文件要求更頻繁。如果有醫學上的正當理由，將承保一幅以上的眼鏡。
 5. **隱形眼鏡**。我們將僅在確定有醫療必需性時支付隱形眼鏡的費用。

第九節 — 牙科護理

1. **牙科護理**。當您向合格的網絡內牙科服務提供者尋求護理時，我們將支付本合約中所述的牙科護理服務費用。
2. **緊急牙科護理**。我們將支付緊急牙科護理服務費用，包括減輕因牙科疾病或創傷導致的疼痛和痛苦所需的緊急服務。
3. **預防性牙科護理**。我們將支付包含有助於預防口腔疾病的程序在內的預防性牙科護理服務費用，包括：
 - 預防（每六個月一次牙齒刮治和磨光）
 - 在地方供水未加氟的地區，每六個月一次局部氟化物施用
 - 未修復永久大白齒上的密封膠
4. **常規牙科護理**。我們將支付常規牙科護理費用，包括：
 - 連續六個月（長出乳牙時）期間承保一次牙科檢查、診療及諮詢
 - 每 36 個月一次全口 X 光檢查（如有必要），每 6-12 個月一次咬翼片 X 光檢查，或每 36 個月一次全景 X 光檢查（如有必要）以及其他必要的 X 光檢查（長出乳牙後）
 - 不需要住院的簡單拔牙和其他常規牙科手術的所有必要程序，包括術前護理和術後護理；
 - 診室內清醒鎮靜
 - 汞合金、複合材料修補以及不鏽鋼牙冠
 - 其他適用於兒童的修復材料
5. **牙髓治療**。我們將支儲牙髓病服務費用，包括治療患病的髓室和牙根管的所有必要程序（不需要住院時）。
6. **牙周病治療**。我們將支付牙周病治療的費用。
7. **假牙修復**。我們將支付假牙修復服務的費用。
 - 全副或部分活動假牙，包括六個月的跟進護理。其他服務，包括插入識別片、修復、重襯、基底復位及裂腭治療。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 部分托牙不予承保，除非在以下情況需要它們：
 - 為其他自然牙、功能牙和/或修復牙完好的患者更換單顆上頷前牙（中切牙/側切牙或犬齒）
 - 進行裂腭穩定治療
 - 醫療文件證明由於存在任何神經或生理病症而無法置入活動義齒
 - 承保單側或雙側間隙保持器，用於置入修復的脫落和/或混合齒列，為正常生長的恆齒留出空間。
8. **口腔正畸。** 畸齒矯正承保需要獲得事先核准。包括幫助修復口腔結構的健康和功能，治療裂顎畸形、唇裂、上頷/下頷畸形（上頷或下頷發育不全）、極端下頷前突、嚴重不對稱（顱面畸形）、顱下頷關節強直以及其他重大骨骼發育不良等嚴重疾病的各種手術。

若兒童不符合上述標準，則不承保畸齒矯正服務。

手術包括但不限於：

- 快速腭擴展 (RPE)
- 更換零部件（例如矯正器、矯正帶）
- 阻斷口腔正畸治療
- 全面口腔正畸治療（治療期間會置入矯正裝置以進行積極治療和定期調整）
- 可摘除裝置治療
- 口腔正畸保持（裝置摘除、保持器的製作及更換）

第十節 — 有關本計劃如何運作的其他資訊

1. **專科醫生何時可以成為您的 PCP。** 如果您有威脅生命的狀況或疾病或退變或致殘狀況或疾病，您可請求由身為參與提供者的專科醫生擔任您的 PCP。我們會諮詢該專科醫生及您的 PCP，並決定該專科醫生是否適合承擔此職責。
2. **長期轉診至網絡內專科醫生。** 如果您需要持續的專科醫生護理，您也許能長期轉診至屬於網絡內醫療服務提供者的專科醫生。這意味著，在您需要向該專科醫生求診時，您不需要每次都獲取您的 PCP 的新轉診。我們會諮詢該專科醫生及您的 PCP，並決定長期轉診是否適合您的情況。
3. **長期轉診至專科護理中心。** 如果您有威脅生命的狀況或疾病或退變或致殘狀況或疾病，您可請求長期轉診至屬於網絡內提供者的專科護理中心。我們將諮詢您的 PCP、您的專科醫生以及該專科護理中心，以決定該等轉診是否適當。
4. **當您的醫療服務提供者離開網絡時。** 如果在您的醫療服務提供者離開我們的網絡時，您正處於持續的治療過程中，則在某些情況下，在該提供者的合約結束後最多 90 天內，您也許能繼續接受前網絡內提供者的護理。如果您已懷孕並處於孕中期，您也許能繼續接受前提供者的護理直至分娩，並獲取與分娩直接相關的產後護理。

但是，要在最多 90 天或整個孕期內繼續接受前網絡內提供者的護理，該提供者必須同意接受我們的付款並遵循我們的程序和政策，包括保證護理品質的那些程序和政策。

5. **當新會員處於治療過程中時。**如果您參保我們的計劃時正處於接受網絡外提供者的治療過程中，自您獲得本合約承保之日起，您也許能繼續接受該網絡外提供者的護理最多 60 天。該治療過程必須針對威脅生命的疾病或狀況或退變或致殘狀況或疾病。在您獲得本合約的承保時，如果您正處於懷孕中期，您也許能繼續接受網絡外提供者的護理。

您可以繼續接受護理直至分娩，並獲取與分娩直接相關的任何產後服務。

但是，要在最多 60 天或整個孕期內繼續護理，該網絡外提供者必須同意接受我們的付款並遵循我們的程序和政策，包括保證護理品質的那些程序和政策。

第十一節 — 限制和不保項目

除已說明的限制和不保項目之外，我們將不支付以下項目：

1. **不具醫療必需性的護理。**您無權獲得不具醫療必需性或不適合診斷或治療您的疾病、受傷或病症的任何服務、用品、檢測或治療的福利（請參閱第十五和十六節）。
2. **可接受的醫療實踐。**您無權獲得不符合治療之時有效的可接受醫學或精神病學實踐和標準的服務。
3. **非由您的 PCP 提供、授權或安排的護理。**除本合約中規定之外，您僅有權享受由您的 PCP 提供、授權或安排的服務之福利。如果您選擇獲得非由您的 PCP 提供、授權或安排的護理，我們對您引起的任何費用概不負責。
4. **療養院、康復機構或本合約未明確承保的任何其他機構的住院服務。**
5. **在療養院、康復機構或本合約未明確承保的任何其他機構住院時的醫生服務。**
6. **試驗或研究服務，除非由外部上訴代理推薦。**（請參見第十六節）。
7. **整容手術。**我們將不支付整容手術的費用，除非具有醫療必需性，重建手術屬於以下狀況之一時除外：
 - 當以下手術因創傷引起，所涉身體部位有感染或其他疾病時
 - 當需要糾正因先天性疾病或異常導致的功能性缺陷時
8. **體外授精、人工授精或其他輔助的受孕方式。**
9. **私人護理。**
10. **自體血液捐贈。**
11. **物理操作服務。**我們將不支付與檢測和糾正（手動或機械方式）以下項目相關的任何服務費用：
 - 結構失衡。
 - 變形。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

- 為去除神經干擾及其影響而矯正人體的半脫位。當神經干擾是變形、錯位或半脫位的結果或與其相關時，此不保項目適用。

12. 常規足部護理。

13. **其他健康保險、健康福利和政府計劃。**我們將以我們根據本合約應付的款項減去您根據其他健康保險、健康福利或政府計劃有資格領取的金額。其他健康保險包括由保險公司、Blue Cross and Blue Shield 計劃、HMO 或類似計劃提供的保險。健康福利計劃包括任何自我投保或無保險計劃，例如由僱主、信託公司、工會、僱主組織或僱員福利組織提供或透過其安排的計劃。政府計劃包括 Medicare 或任何其他聯邦、州或地方計劃，身體殘障兒童計劃和早期干預計劃除外。

14. **無過失汽車保險。**我們將不支付由強制性汽車無過失保險福利承保的任何服務。我們將不支付任何費用，即使您沒有申索您根據無過失汽車保險有權享受的福利。

15. **其他不保項目。**我們將不支付：

- 變性手術，除非具有醫療必需性
- 看護

16. **工傷賠償。**對於根據工傷賠償法或類似法律為您提供福利的受傷、狀況或疾病之任何服務或護理，我們不提供承保。

17. 非緊急載送服務。

第十二節 — 本合約的保費

1. **保費金額。**本合約的保費金額由我們確定並由紐約州保險監理官批准。

2. **您應付的保費部分。**根據紐約州法律，可能要求您支付部分保費。我們將通知您應付的金額（如有）。

3. **寬限期。**本合約的所有保費應提前一個月繳付；但是，我們為所有保費支付設有一個寬限期，第一個月除外。這意味著，除每個兒童第一個月的保費之外，如果我們在寬限期內收到付款，我們將在該付款涵蓋的整個期間內繼續本合約的承保。如果我們沒有在寬限期內收到付款，本合約的承保將於寬限期當月的最後一天終止。

4. **如果未支付保費，同意為服務付費。**在未支付保費的期間內，您無權享受任何服務。如果在此期間接受服務，您同意為所接受的服務付費。

5. **保費變更。**如果本合約保費或您應付的保費部分有所增減，我們將在變更前至少 30 天給您書面通知。

6. **您的收入或家庭人口數變更。**您的收入或家庭人口數變更時，您可要求我們審查您的家庭保費供款。您可以撥打 1-800-300-8181 聯絡我們或撥打 1-800-698-4543 聯絡 Child Health Plus 熱線申請審查。屆時，我們將為您提供進行審查所必需的表格和文件記錄要求。我們將重新評估您的家庭保費供款，並在收到進行審查所必需的申請和文件記錄後 10 個工作日內通知您。如果審查導致家庭保費供款發生變更，我們將在收到完成的審查和申請和證明文件後不遲於 40 天內實施該變更。

第十三節 — 保險終止

1. **對於未支付保費。**如果您需要為本合約支付保費，而我們沒有收到您的付款，則本合約將在寬限期結束時終止。
2. **當您搬遷至服務區域之外時。**當您不再永久性居住在服務區域內時，本合約將終止。
3. **當您不再符合資格要求時。**本合約將在出現以下一項情況時終止：
 - A. 在您年滿 19 歲的那個月的最後一天
 - B. 您參保 Medicaid 計劃的日期
 - C. 您獲得其他醫療保險承保的日期
 - D. 您成為公共機構的囚犯或精神疾病機構的患者的日期
4. **Child Health Plus 計劃的終止。**在制定 Child Health Plus 計劃的紐約州法律終止，或紐約州終止本合約或不再提供用於 Child Health Plus 計劃的紐約州資金之日，本合約將自動終止。
5. **我們終止本合約的選擇。**我們可能隨時因以下的一個或多個原因終止本合約：
 - A. 在申請參保本合約或接受任何服務的過程中有欺詐行為。
 - B. 在終止之時向保險監理官提出並且由其批准的其他原因。該等其他原因的副本將轉發給您。我們將於該等終止之前不少於 30 天給予您事先書面通知。
 - C. 若停止本合約所屬的合約類別，則提前至少五個月提供該等終止的事先書面通知。
 - D. 如果您不提供我們重新認證所要求的文件。
 - E. 如果您不在參保或重新認證的 60 天內提供我們所要求的文件。
 - F. 如果您在重新認證時符合 Medicaid 資格，並且沒有在 60 天臨時參保期內完成 Medicaid 申請流程。
6. **您終止本合約的選擇。**您可隨時透過至少提前一個月通知我們終止本合約。我們將退還您為本合約預付的任何保費。
7. **您身故後。**本合約將在您身故之日自動終止。
8. **終止後的福利。**如果您在本合約終止時成為完全殘障並且您已在接受本合約承保時因導致該完全殘障的疾病、受傷和狀況而接受醫療服務，我們將繼續在該完全殘障的不間斷期間支付與該完全殘障有關的疾病、受傷和狀況的相關費用，直至以下日期的較早者：
 - 您不再是完全殘障的日期
 - 自本合約終止之日已過 12 個月

我們不會支付您在本合約承保未終止時應接受護理之外的護理。

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

第十四節 — 終止後轉換至新合約

1. **當您年滿 19 歲時。**如果本合約因您年滿 19 歲而終止，則您可作為直接付款保戶購買新合約。我們將應請求給您傳送一份健康保險清單，提供直接付款保戶合約並協助您找到替代保險。
2. **如果 Child Health Plus 計劃結束。**如果本合約因 Child Health Plus 計劃結束而終止，則您可作為直接付款保戶購買新合約。
3. **申請方式。**您必須在本合約終止 31 天內向我們申請並支付新合約的第一筆保費。

第十五節 — 申訴（投訴）程序

申訴（投訴）。我們的申訴程序適用於與我們作出的醫療必需性或試驗性或研究性裁決無關的任何問題。例如，它適用於合約福利遭拒的情況或您在我們的管理政策或獲取醫療服務提供者的服務方面遇到的問題或疑慮。

1. **提出申訴。**您可撥打 1-800-300-8181 (TTY 711)、您 ID 卡上的號碼聯絡我們或以書面形式提出申訴。您可就拒絕轉診或拒絕提供承保福利的裁決提出口頭申訴。我們可能會要求您簽署一份由我們編製的關於您口頭申訴的書面確認函。

將您的申訴郵寄至：

Complaint Specialist
Quality Management Department
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
9 Pine St., 14th Floor
New York, NY 10005

您亦可將申訴傳真至 1-866-495-8716。

一旦我們收到您的申訴，我們將在 15 個工作日內向您發出確認函。該確認函會提供處理您申訴的人士的姓名、地址和電話號碼，並指明還須提供哪些額外資訊（如有）。

我們將對所有請求和討論保密，且不會因為您的問題而採取任何懲戒措施。我們制定有標準和加急申訴程序，具體視您的質詢的性質而定。

2. **申訴裁決。**您的申訴將由合格人員進行審理，若為臨床問題，則會由持照、執業或已註冊的醫療保健專業人員進行調查。我們會在下列期限內對您的申訴作出裁決並通知您：

加急/緊急申訴：

透過電話，在收到所有必需資訊 48 小時內。
書面，在我們電話通知您之後 3 個工作日內

轉診/承保福利裁決：

書面，在收到所有必需資訊 30 個曆日內

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

其他所有申訴：
(與服務理賠或申請無關的申訴)

書面，在收到所有必需資訊 45 個曆日內

3. **協助。**如果您對我們的申訴裁決仍不滿意，或在任何其他時候對此不滿意，您可：

撥打 1-800-206-8125 致電紐約州衛生署或按以下地址致函：

New York State Department of Health
Corning Tower
Empire State Plaza
Albany, NY 12237
www.health.ny.gov

如需協助提出申訴或上訴，您也可以透過以下地址聯絡州獨立消費者援助計劃：

Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
或撥打免費電話：1-888-614-5400，或傳送電子郵件至 cha@cssny.org
www.communityhealthadvocates.org

4. **申訴上訴。**如果您對申訴解決不滿，您或您的指定人員可透過電話或書面提出上訴。在收到申訴裁決後，您有 60 個工作日的時間提出上訴。

當我們收到您的上訴時，會於 15 個工作日內寄送一封確認函。該確認函會提供處理您上訴的人士的姓名、地址和電話號碼，並指明還須提供哪些額外資訊（如有）。

比做出申訴裁決的人員級別更高的一個或多個合格人員將審查您的上訴，或者，如果是臨床事務，一位臨床同行審查員將對其進行調查。我們會在下列期限內對您的上訴作出裁決並書面通知您：

加急/緊急申訴：

在收到所有必需資訊 48 小時內

其他所有申訴：

在收到所有必需資訊 30 個曆日內

5. **協助。**如果您對我們的上訴裁決仍不滿意，或在任何其他時候對此不滿意，您可：

撥打 1-800-206-8125 致電紐約州衛生署或按以下地址致函：

New York State Department of Health
Corning Tower
Empire State Plaza
Albany, NY 12237
www.health.ny.gov

如需協助提出申訴或上訴，您也可以透過以下地址聯絡州獨立消費者援助計劃：

Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
或撥打免費電話：1-888-614-5400，或傳送電子郵件至 cha@cssny.org
www.communityhealthadvocates.org

請致電 Empire 會員服務部，電話：1-800-300-8181 (TTY 711)

第十六節 — 外部上訴

外部上訴

1. 您的外部上訴權利

在某些情況下，您有權對承保遭拒進行外部上訴。具體來說，如果計劃以服務不具醫療必需性或屬於試驗性或研究性治療為由拒絕承保，您或您的代表可就有關決定向外部上訴代理（經該州認證可處理該等上訴的獨立實體）提出上訴。

2. 您就服務不具有醫療必需性的裁決提出上訴的權利

如果計劃基於服務並非醫療必需的理由拒絕承保，當您符合以下兩 (2) 個標準時，可向外部上訴代理提出上訴。

- 有關服務、程序或治療須為本保險合約承保的服務；以及
- 您必須已收到透過計劃的內部上訴程序作出的最終不利裁決，並且計劃必須維持拒絕或您和計劃必須書面同意放棄任何內部上訴。

3. 您就服務屬於試驗或研究性質的裁決提出上訴的權利

如果以服務屬於試驗性或研究性治療為由拒絕為您承保，您必須滿足以下兩 (2) 個標準：

- 有關服務須為本保險合約承保的服務；以及
- 您必須已收到透過計劃的內部上訴程序作出的最終不利裁決，並且計劃必須維持拒絕或您和計劃必須書面同意放棄任何內部上訴。

此外，您的主治醫生必須證實您患有危及生命或致殘的狀況或疾病。「危及生命的狀況或疾病」是指根據主治醫生的目前診斷具有高致死率的病症。「致殘的狀況或疾病」是指可預期導致死亡，或可預期持續不短於十二 (12) 個月時間使您無法從事任何有實質收益活動的任何醫學上可確定的身體或精神障礙。如果是不滿十八歲的兒童，「致殘的狀況或疾病」是指嚴重性類似的任何醫學上可確定的身體或精神障礙。

您的主治醫生還必須證實您的危及生命或致殘的狀況或疾病是標準健康服務無效或從醫療角度看不適當，或在計劃承保的項目中不存在更有利的標準服務或程序，或存在臨床試驗（如法律定義）的狀況或疾病。

此外，您的主治醫生必須推薦以下服務中的一項：

- 有兩 (2) 份有效的醫療與科學證據文件表明這是可能比任何標準承保服務對您更有利的服務、程序或治療（只有特定文件可視為此推薦的證明 — 您的主治醫生應聯絡州政府，以獲取關於哪些文件會被考慮或接受的最新資訊）；或
- 您有資格獲得的臨床試驗（只有若干臨床實驗會被考慮）。

就本節而言，您的治療醫生必須為有資格在適合治療您的危及生命或致殘的狀況或疾病的專業領域內執業的持牌、經委員會認可或有資格加入委員會的醫生。

4. 外部上訴程序

如果您透過計劃的內部上訴程序收到以服務不具醫療必需性或屬於試驗性或研究性治療為由維持拒絕承保的最終不利裁決，自收到該等通知之時起，您有四個月的時間提交外部上訴的書面申請。如果您和計劃書面同意放棄任何內部上訴，自收到該等放棄通知之時起，您有四個月的時間提交外部上訴的書面申請。計劃將在提供透過計劃的內部上訴程序簽發的最終不利裁決或內部上訴書面放棄通知時一併提供外部上訴申請表。

您也可以撥打 1-800-400-8882 向紐約州索取一份外部上訴申請表。請按申請表上列明的地址將填妥的申請表提交給州保險局。如果您符合外部上訴條件，州政府會將申請轉遞給經認證的外部上訴代理。

您可以隨申請一起提交其他文件。若外部上訴代理認為您提交的資訊與計劃作出拒絕決定時所依據的資訊之間存在重大變更，外部上訴代理會與計劃分享此資訊，以便其行使權利重新考慮其決定。如果計劃選擇行使此項權利，計劃將有三 (3) 個工作日的時間修改或確認其決定。請注意，如為加急上訴（如下文所述），計劃將無權重新考慮其決定。

一般情況下，外部上訴代理必須在收到您填妥的申請表格後 30 天內作出決定。外部上訴代理可向您、您的醫生或計劃索要額外的資訊。如果外部上訴代理索要額外的資訊，他/她將有額外五 (5) 個工作日的時間作出決定。外部上訴代理必須在兩 (2) 個工作日內將他/她的決定以書面方式通知您。

如果您的主治醫生證明延誤提供服務（已遭承保拒絕）會對您的健康造成迫切或嚴重的威脅，則您可申請加急外部上訴。在此情況下，外部上訴代理須在收到您填妥的申請表後三 (3) 天內作出決定。作出決定後，外部上訴代理必須嘗試透過電話或傳真立即通知您和計劃。

如果外部上訴代理推翻計劃作出的服務不具有醫療必需性的決定，或批准承保試驗性或研究性治療，計劃將根據本保險合約的其他條款和條件提供承保。請注意，如果外部上訴代理批准承保屬於臨床試驗部份的試驗性或研究性治療，計劃將僅承保根據試驗設計方案向您提供治療所需的服務費。計劃不承保研究性藥物或裝置的費用、非健康護理服務的費用、管理研究的費用、或根據本保險合約規定對在臨床試驗中提供的非試驗性或非研究性治療不予承保的費用。

外部上訴代理作出的決定對您和計劃均具有約束力。外部上訴代理作出的決定在任何訴訟程序中均可受理。

5. 您的責任

您有責任啟動外部上訴程序。您可透過向紐約州金融服務管理局提交一份填妥的申請表啟動外部上訴程序。您可委任代表協助您進行外部上訴申請；但是，金融服務管理局可能會聯絡您並要求您書面確認您已委任該代表。

根據紐約州法律，您填妥的上訴申請必須在您從計劃收到其維持拒絕承保的書面通知之日，或收到任何放棄內部上訴的書面通知之日，或計劃未遵守理賠處理規定後四個月內提交。計劃無權延長此截止日期。

承保服務和不保項目

一般來說，我們不承保試驗性或研究性治療；但是，我們承保由外部上訴代理依照本保險合約批准的試驗性或研究性治療。如果外部上訴代理批准承保屬於臨床試驗部份的試驗性或研究性治療，我們將僅承保根據試驗設計方案向您提供治療所需的服務費。我們不承保研究性藥物或裝置的費用、非健康護理服務的費用、管理研究的費用、或根據本保險合約規定對在臨床試驗中提供的非試驗性或非研究性治療不予承保的費用。

第十七節 — 一般條款

1. **無轉讓。**您不得轉讓本合約的福利。任何轉讓或嘗試轉讓均無效。轉讓是指將您擁有的享受本合約福利的權利轉讓予其他人或組織。
2. **訴訟。**您必須在我們拒絕支付本合約所述服務之日起 12 個月內針對我們提起訴訟。
3. **合約修改。**我們可能會變更本合約，前提是紐約州保險監理官批准該變更。如有任何變更，我們將至少提前 30 天給您書面通知。
4. **醫療記錄。**我們同意對您的醫療記錄保密。為了管理本合約，我們必須從治療您的醫院、醫生或其他提供者處獲得您的醫療記錄。在您獲得本合約承保時，您給予我們獲取並使用該等記錄的許可。
5. **本合約項下的付款由誰收取。**我們將直接付款給網絡內提供者以為您提供服務。如果您從任何其他提供者處接受承保服務，我們保留向您或提供者付款的權利。
6. **通知。**本合約下的任何通知可使用美國郵政透過預付郵資的方式寄送，地址如下：

如寄給我們：

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
9 Pine St., 14th Floor
New York, NY 10005

如寄給您：

您在參保時和正式地址變更表上提供的最新地址。

HIPAA 隱私實踐通告

本通告將說明您的醫療資訊將如何使用及披露，以及您如何能夠獲得關於您的健康福利的資訊。請仔細閱讀本通告。

HIPAA 隱私實踐通告

該通告的初始生效日期為 2003 年 4 月 14 日。最新修訂日期在本通告的末尾顯示。

請認真閱讀本通告。它可以告訴您，誰可以查看您的受保護健康資訊 (PHI)。它可以告訴您，我們何時在分享相關資訊前需要獲得您的同意。它可以告訴您，我們何時可以在無需您同意的情況下分享相關資訊。它還告訴您，您擁有哪些查看和更改您的資訊的權利。

與您的健康和財產相關的資訊屬於私密資訊。法律規定我們須為我們會員保證該等類型的資料（稱為 PHI）的安全。那意味著無論您當前或曾經是會員，您的資訊都是安全的。

我們於您有資格並簽署我們的健康計劃後就 Medicaid、Essential Plan 及 Children's Health Insurance Program 從州立機構獲得有關您的資料。我們亦從您的醫生、診所、實驗室及醫院獲取 PHI 以便我們同意及為您的健康護理付款。

聯邦法律規定我們須告知您，該等法律規定我們該如何保護您以書面方式或保存於電腦內的方式告知我們的 PHI。我們亦須告知您如何確保其安全。為保護 PHI：

- 如存於書面內（稱為物理方法），我們會：
 - － 為我們的辦公室及文件上鎖
 - － 銷毀含有健康資訊的紙張以便其他人士無法獲得該等資訊
- 如存置於電腦內（稱為技術方法），我們會：
 - － 使用密碼以便只有特定人士才能進入該電腦
 - － 使用特殊程式監督我們的系統
- 如資料被我們的工作人員、醫生或州立機構使用或共享，我們會：
 - － 為保證資料的安全制定規則（稱為政策及手續方法）
 - － 要求我們的工作人員遵守規則

我們何時可使用及共享您的 PHI？

我們可與您的親屬或您選定的為您的健康護理提供幫助或付款的人士共享您的 PHI（如您告知我們可以讓該人士共享您的 PHI）。有時我們可於**未獲得**您同意時使用及共享該等資料：

- **對於您的健康護理**
 - － 幫助醫生、醫院及其他人士使您獲得您所需的護理

- **對於付款、健康護理運營及處理**
 - 與就您的護理向我們開具賬單的醫生、診所及其他人士共享資料
 - 當我們表示我們會於您獲得健康護理或服務前為其付款時
 - 尋找改進我們計劃的方法，以及提供您的 PHI 進行健康資訊交流，以便進行付款、健康護理運營及處理。如果您不願意，請瀏覽 www.empireblue.com/ny 瞭解更多資訊。
- **出於健康護理業務原因**
 - 幫助審核、欺詐及濫用預防計劃、規劃及每日工作
 - 尋找使我們的計劃變得更更好的方法
- **出於公眾健康原因**
 - 幫助公共衛生官員防止公眾患病或受傷
- **與為您的護理提供幫助或付款的其他人分享**
 - 我們可與您的親屬或您選定的為您的健康護理提供幫助或付款的人士分享（如您告知我們可以這麼做）
 - 與為您的護理提供幫助或付款（如您不能說話）的其他人士分享

我們須於我們就除您的護理、付款、日常業務、研究外的任何事項或下列其他事項使用或共享您的 PHI 前獲得您的書面同意。我們須於共享從您的醫生處獲得的心理治療筆記前獲得您的書面同意。

您可以書面形式告知我們您想撤銷您的書面同意。我們無法撤銷我們於獲得您同意時使用或共享的資料。但我們會於日後停止使用或共享您的 PHI。

我們可使用或法律規定我們須使用您的 PHI 的其他方式：

- 幫助警察及其他確保其他人士遵守法律的人士
- 舉報濫用及疏忽
- 我們被要求向法庭提供幫助
- 答覆法律文件
- 就審核或檢查等事項向健康監督機構提供資料
- 幫助驗屍官、法醫或殯儀館找出您的名字及死因
- 於您提出請求時幫助您將您的身體部位捐獻以用於科研目的
- 出於研究目的
- 防止您或其他人士患病或受到嚴重傷害
- 配合政府工作人員開展某些工作
- 當您於工作中患病或受到傷害時向工傷賠償機構提供資料

您有哪些權利？

- 您可要求查看您的 PHI 並獲得一份副本。儘管我們沒有您的完整醫療記錄。如您想獲得一份完整的醫療記錄，向您的醫生或保健診所提出請求。

會員服務部：1-800-300-8181 (TTY 711)
危機熱線：1-800-300-8181

43

- 如您認為醫療記錄中的若干內容不正確或遺漏部分內容，您可請求我們為您更改我們擁有的醫療記錄。
- 某些情況下，您可以要求我們不得共享您的 PHI。但是，我們不一定會同意您的請求。
- 您可要求我們將 PHI 寄送至另一不同地點（而非我們已有的關於您的地點）或以其他方式發送該 PHI。如將您的 PHI 寄送至我們已有的地點會使您有危險，我們會按您的要求行事。
- 您可要求我們告知您過往六年內我們每一次與其他人士共享您的 PHI 的情況。這不會列出我們因健康護理、付款、每日健康護理業務或其他我們未於此列出的原因而共享您的 PHI 的情況。
- 您可於任何時間要求獲得一份本通知的紙質副本，即使您透過電郵提出該要求。
- 如您支付某一服務的所有費用，您可要求您的醫生不與我們共享有關該服務的資料。

我們必須如何處理？

- 法律規定，除我們已在本通告中所述以外，我們必須為您的 PHI 保密。
- 我們必須告知您法律規定我們應就隱私如何處理。
- 我們必須按照本通告所述執行。
- 倘您因合理原因（例如您身處危險中）提出請求，我們必須將您的 PHI 寄至其他地址或以平郵以外的方式寄予您。
- 若您要求我們不得共享您的 PHI 後，而我們仍須這麼做，我們必須告知您。
- 倘州法律規定我們必須完成更多我們承諾之外的事項，我們會遵守該等法律規定。
- 倘我們認為您的 PHI 已遭到破壞，我們須告知您。

我們可與您取得聯絡

您同意，我們與我們的聯盟夥伴及/或供應商可透過一個自動電話撥號系統及/或事先編錄好的訊息向您提供予我們的電話號碼（包括無線號碼）去電或傳訊息。這些電話或文本訊息的內容很廣泛，可能是關於治療方案、其他醫療相關福利及服務、入會、付款或開票。

如果您有疑問，該怎麼辦？

如果您有關於我們的隱私規則的疑問或者希望行使您的權利，請撥打 1-800-300-8181 (TTY 711) 聯絡會員服務部。

如您需投訴應如何處理？

我們會協助您。倘您覺得您的 PHI 未獲得安全保障，您可致電會員服務部或聯絡美國衛生與公眾服務部。如您投訴，您不會受到不利影響。

來信或致電美國衛生與公眾服務部：

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

Jacob Javits Federal Building

26 Federal Plaza, Suite 3312

New York, NY 10278

電話：1-800-368-1019

TDD：1-800-537-7697

傳真：212-264-3039

我們保留更改本 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 通告以及我們為您 PHI 保密的方式的權利。如果出現這種情況，我們會在時事通信中告訴您有關更改的資訊。我們亦會在網站 (www.empireblue.com/ny) 上發佈相關資訊。

種族、民族及語言

我們從州 Medicaid 機構、Essential Plan 和 Children's Health Insurance Program 獲得關於您的種族、民族及語言資源。我們將按本通告所述保護該資訊。

我們僅將該資訊用於以下目的：

- 確保您獲得所需的護理
- 制定改善健康結果的計劃
- 開發及發送健康教育資訊
- 讓醫生知道您的語言需求
- 提供翻譯服務

我們不會將該資訊用於以下目的：

- 發行健康保險
- 決定服務的費用金額
- 決定福利
- 披露予未經核准的用戶

您的個人資料

正如我們在本通告中所述，我們可要求獲得、使用並共享個人資料 (PI)。您的 PI 並非公開資料，且會告訴我們您是誰。獲取 PI 通常是出於保險原因。

- 我們可使用您的 PI 作出以下關於您的決定：
 - 健康
 - 習慣
 - 愛好

會員服務部：1-800-300-8181 (TTY 711)

危機熱線：1-800-300-8181

45

- 我們可從以下其他人士或團體獲得有關您的 PI：
 - 醫生
 - 醫院
 - 其他保險公司
- 在某些情況下，我們可在未經您允許的前提下與我們公司以外的人士或團體共用 PI。
- 倘我們在處理任何事情前須給您拒絕的機會，我們會告知您。
- 如您不想我們使用或共用您的 PI，我們會告知您應如何通知我們。
- 您有權閱覽並變更您的 PI。
- 我們確保您的 PI 會獲得安全保障。

www.empireblue.com/ny

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 是 HealthPlus HP, LLC 的商標名稱，HealthPlus HP, LLC 是 Blue Cross and Blue Shield Association 的獨立持牌人。

於 2016 年 1 月 11 日修訂

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus 遵循聯邦民權法。我們不會因為以下原因而歧視會員：

- 種族
- 膚色
- 原國籍
- 年齡
- 殘障
- 性別或性別認同

這意味著，我們將不會因為這些因素而排斥您或者有區別的對待您。

與您溝通是非常重要的

對於殘障或講英語以外語言的人士，我們會為您免費提供以下服務：

- 符合資格的手語翻譯員
- 大型字體、音訊、電子等格式的書面資料
- 從與您說相同語言，符合資格的口譯員處得到幫助
- 您講的語言的書面資料

要取得這些服務，請致電您 ID 卡上的會員服務部電話號碼。或者，您可以致電 1-212-563-5570，分機號碼 66578 聯絡我們的申訴協調員。

您的權利

您是否覺得您沒有得到這些服務，或是我們因為上述的原因歧視您？如果是，您可以提出申訴（投訴）。以郵件或電話提出：

Grievance Coordinator

9 Pine St., 14th Floor

New York, NY 10005

電話：1-212-563-5570，分機號碼 66578 (TTY 711)

如需幫助提出申訴？請撥打上面的號碼聯絡我們的申訴協調員。您也可以向美國健康和人類服務部，民權辦公室提出民權投訴：

- 從網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 郵寄至如下地址：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- 電話：
1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

如欲取得投訴表，請瀏覽網站 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。