

2012～2013年

学生傷害保険 プラン

学生専用:



School of
VISUAL ARTS

重要: 本プラン資料の最初のページにある学生医療保険補償に関する「お知らせ」をご覧ください。

限定給付プラン。よくお読みください。

限定給付医療保険。本証書に記載する保険は、限定給付医療保険のみを提供するものです。ニューヨーク州保険局により定義されている基本入院給付、基本医療給付、高額医療給付は提供されません。

UnitedHealthcare®
A UnitedHealth Group Company

学生医療保険の補償についてのお知らせ

ニューヨーク州ユナイテッドヘルスケア保険会社が提供するお客様の学生医療保険補償は、年間補償限度額に関する制限について医療保険改革法で規定されている最低基準を満たしていない場合があります。年間補償限度額は、消費者が医療給付に十分利用できるように設定されているものです。グループ医療保険および個人医療保険の年間補償限度額の制限は、2012年9月23日より前の保険年度については\$1,250,000までとなっており、2012年9月23日以後、2014年1月1日より前の保険年度については\$2,000,000までとなっています。学生医療保険の年間補償限度額に関する制限は、2012年9月23日より前の保険年度については\$100,000までとなっており、2012年9月23日以後、2014年1月1日より前の保険年度については\$500,000までとなっています。お客様の学生医療保険補償では、保険年度限度額は\$150,000と定められており、この限度額は、別段の指定がない限り給付一覧表に記載されています。このお知らせに関して質問または懸念事項がある場合は、カスタマーサービス (1-800-767-0700) にお問い合わせください。26歳未満の方は親の雇用主のグループ医療保険または親の個人医療保険に基づく補償を受ける資格がある場合があることをご承知おきください。詳しくは、そちらのプラン運営会社または個人医療保険会社にお問い合わせください。

目次

プライバシー・ポリシー	1
加入資格	1
責任開始日および責任終了日	1
加入および加入免除のプロセス / 手続	2
責任終了後の給付の延長	2
入院前の通知	2
医療費給付一覧表	3
UnitedHealthcareネットワーク加盟薬局に関する給付	8
特約プロバイダーについて	10
産科検査	10
不慮の事故による死亡または四肢切断等に対する給付	11
給付調整条項	11
義務付けられている給付	12
妊娠出産費用給付	12
乳がん治療給付	12
経口抗がん剤給付	12
子宮頸部細胞診およびマンモグラフィに対する給付	13
前立腺スクリーニング検査給付	13
避妊薬・避妊用具給付	13
がん診断のセカンドオピニオンに対する給付	13
糖尿病治療費用給付	14
精神疾患治療給付	14
薬物依存症治療 (アルコールおよび薬物乱用) に対する給付	15
がん治療用処方薬給付	15
医療食品給付	15
末期がん患者の終末期医療に対する給付	16
骨密度の測定または検査に対する給付	16
生物学的精神疾患に対する治療給付	17
重度情緒障害児童給付	17
用語の定義	17
除外事項および制限事項	19
大学生支援プログラム	21
アカウント情報へのオンラインアクセス	21
大学関係者救急サービス: 国際緊急医療支援	22
苦情申し立ての解決に関する内部審査請求プロセスおよび医療サービス 関連の外部第三者審査プロセス	23
補償請求手続	裏表紙

プライバシー・ポリシー

弊社は、お客様のプライバシーはお客様にとって大切なものであることを十分に理解しており、お客様の非公開の個人情報を保護するために最善の努力を尽くしています。法により許可または要求されている場合を除き、弊社が現在または過去のお客様の非公開の個人情報を他者に開示することはありません。弊社は、お客様の非公開の個人情報の安全を保障するために、適切な物理的、電子的、手続上の安全保護策を維持していると確信しております。弊社が実践しているプライバシー保護対策につきましては、フリーダイヤル 1-800-767-0700 へのお電話により資料をご請求いただけるほか、弊社ウェブサイト www.sva.edu/uhp 上でもご覧いただけます。

加入資格

学生は、同等の保険に既に参加していることの証明を提出する場合以外、入学登録時に全員が本保険プランに自動的に加入することになります。

学生の場合、保険に加入した日から少なくとも最初の30日間は実際にクラスに出席することが要件となります。自宅学習、通信教育、インターネットおよびテレビによるコースでは「実際にクラスに出席する学生でなくてはならない」という加入要件を満たせません。弊社は、保険加入要件の順守を確認するために、加入学生の就学状況または出席記録を調査する権利を保持します。加入資格要件が満たされていないと弊社が判断した場合、弊社がお客様に対して負う義務は保険料の払戻しのみとなります。

現症 / 継続被保険条項 - 加入遅延者にのみ適用されます。

12月卒業予定者に関するポリシー

スクール・オブ・ビジュアル・アーツでの学業を12月に修了する予定の学生、または春学期のクラスに履修登録しない学生は、丸1年間の補償は受けられません。補償は 2013年2月24日の午前12時1分に終了し、延長はできません。

責任開始日および責任終了日

学校に保管されている一括保険契約は、2012年8月25日の午前12時1分から発効します。補償は、保険料が支払われている期間の最初の日か、弊社 (もしくは弊社から権限を与えられた代理人) が加入申込書と保険料全額を受領した日の、いずれか後の方の日から発効します。一括保険契約は2013年8月24日の午後11時59分に終了します。補償はこの日か、保険料が支払われている期間の最終日の、いずれか早い方の日に終了します。春学期だけ履修登録している被保険者の学生に対する補償は、2013年1月2日の午前12時1分に発効し、2013年8月24日の午後11時59分に終了します。

保険料の払戻しが認められるのは、軍隊に入隊したときのみです。

この保険契約は、契約期間を1年とする更新不可能な契約です。

加入および加入免除のプロセス / 手続

加入資格のある学生は、下記の所定の締切日までにwww.sva.edu/uhpでオンライン加入免除申請を完了した学生を除き、このプランに自動的に加入することになります。

加入免除申請締切日

秋学期	2012年 10月4日
春学期	2013年 2月6日

提出された加入免除申請書は、スクール・オブ・ビジュアル・アーツ、University Health Plans、両者の業務委託先または担当者によって監査されることがあります。要請に応じて、既に保険に加入していることを証明する書類や学生医療保険プランの加入免除要件を満たしていることを示すその他の記録の提示を求められる場合があります。学生が加入免除申請を提出すると、現在加入中の保険がその保険年度において有効であることと、その保険が学校側の加入免除要件を満たしていることの確認のためにその保険プランの運営者に学校から照会が行われることに同意いただいたことになります。

保険料の払戻しに関する方針は、補償対象となっているケガや病気により退学する学生には適用されません。補償対象となっているケガや病気により、補償期間の初めの30日間にクラスの履修登録を取り消す学生は、保険料を支払い済みの期間の終わりまで本プランを継続することが認められます。

責任終了後の給付の延長

この保険に基づいて提供される補償は責任終了日に失効します。ただし、被保険者が責任終了日当日に入院中で、その入院が補償対象のケガまたは病気によるものであり、責任終了日前に給付金が支払われていた場合、そのケガまたは病気から生じた補償対象の医療費への給付金は、その状態が続く限り継続して支払われます。ただし、責任終了日から90日を限度とします。

その際、責任終了日の前および後に被保険者に支払われる金額の合計が、給付限度額を超えることはありません。

被保険者が、保険契約者に発行された後続保険契約の被保険者でもある場合には、責任終了後の給付延長に関する本規定は適用されません。

入院前の通知

入院する場合は、入院前に必ずUnitedHealthcareに通知していただく必要があります。

- 緊急でない入院の場合の事前通知:** 患者、医師または病院は、予定された入院の少なくとも5営業日前に**1-877-295-0720**に電話をして入院を通知していただく必要があります。
- 緊急入院の場合の通知:** 患者、患者の代理人、医師または病院は、医療上の緊急事態による入院から2営業日以内に**1-877-295-0720**に電話をして入院を通知していただく必要があります。

UnitedHealthcareの入院前通知の電話受付時間は、月曜日から金曜日の米国中部標準時の午前8時から午後6時までとなっています。受付時間後は1-877-295-0720にお電話いただき、カスタマーサービス部の留守番電話にメッセージを残していただいても結構です。

重要: 通知手続を順守しなかった場合でも、この保険契約に基づいて支払われるべき給付には影響しませんが、入院前に通知いただいたことによって給付金の支払いが保証されるということはありません。

医療費給付一覧表

ケガおよび病気

給付限度額は下記のとおり\$150,000 までとなっています。
(被保険者1人、1保険年度につき)

免責金額 - \$100 (被保険者1人、1保険年度につき)

特約プロバイダーを利用した場合の自己負担率 - 90%

ただし下記に示す場合を除く

ネットワーク外のプロバイダーを利用した場合の自己負担率 - 60%

ただし下記に示す場合を除く

この保険契約では、被保険者が補償対象であるケガまたは病気による喪失のために被った補償対象の医療費に対する給付を、給付限度額である\$150,000まで提供します。

このプランの特約プロバイダーはUnitedHealthcare Options PPOです。

特約プロバイダーによる治療を受けた場合、補償対象の医療費は特約プロバイダーの給付レベルで支払われます。医療上の緊急事態により補償対象の医療費が発生した場合、給付金は特約プロバイダーの給付レベルで支払われます。以上の場合を除き、ネットワーク外のプロバイダーを利用した場合には特約プロバイダーを利用した場合よりも、減額された、または少ない給付金が支払われます。

別段の具体的記載がない限り、給付には保険契約の給付限度額が適用されます。給付限度額はいずれも、別段の具体的記載がない限り、特約プロバイダーおよびネットワーク外のプロバイダーの合計額です。給付は下の表に示す通り、それぞれのサービスについて給付限度額に達するまで支払われます。補償対象の医療費には以下のようなものがあります。

PA = 特約許容額

U&C = 通常の一般的な料金

入院	特約プロバイダー	ネットワーク外 プロバイダー
病室および宿泊の費用。入院患者として収容された場合の毎日の半個室料金、病院が提供する一般的な看護。	PAの90%	U&Cの60%
入院雑費。手術室費用、臨床検査費用、レントゲン検査費用、麻酔、薬剤（自宅に持ち帰る薬剤を除く）または医薬品、治療サービス、医療品など。この給付に基づく支払い日数の計算では入院日は数えますが、退院日は数えません。	PAの90%	U&Cの60%
集中治療	PAの90%	U&Cの60%
通常的新生児ケア。妊娠出産費用給付を参照してください。	他の病気と同じように支払われます。	
理学療法	PAの90%	U&Cの60%

入院	特約プロバイダー	ネットワーク外 プロバイダー
執刀医手術料。 同じ切開創から、または1回の手術の際に、直ちに連続して2つ以上の処置が施された場合、給付限度額は2つ目の処置費用の50%およびその後のあらゆる処置費用の50%を超えないものとします。	PAの90%	U&Cの60%
副執刀医	PAの90%	U&Cの60%
麻酔医。 入院中の手術に関連して実施された麻酔士による専門サービス。	PAの90%	U&Cの60%
正看護師によるサービス。個人看護。	PAの90%	U&Cの60%
医師による診察。 入院中の非外科的サービス。医師による診察。給付対象は1日1回の診察に限り、手術に関連する診察には適用されません。	PAの90%	U&Cの60%
入院前の検査。 入院前の3営業日以内のものであれば支払われます。	PAの90%	U&Cの60%
外来		
執刀医手術料。 同じ切開創から、または1回の手術の際に、直ちに連続して2つ以上の処置が施された場合、給付限度額は2つ目の処置費用の50%およびその後のあらゆる処置費用の50%を超えないものとします。	PAの90%	U&Cの60%
日帰り手術雑費。 病院で実施される予定された手術に関連するもので、専門家報酬、麻酔、薬剤または医薬品、医療品を含む手術室費用、臨床検査費用、レントゲン検査費用なども含まれます。日帰り手術雑費の通常の一般的な料金は、外来手術施設指標に基づいています。	PAの90%	U&Cの60%
副執刀医	PAの90%	U&Cの60%
麻酔医。 外来手術に関連して実施された麻酔士による専門サービス。	PAの90%	U&Cの60%

外来	特約プロバイダー	ネットワーク外 プロバイダー
医師による診察。 給付対象にはカイロプラクティック・ケアを含みます。給付対象は1日1回の治療に限ります。医師による診察が、手術または理学療法に関連している場合には給付の対象とはなりません。 (受診時自己負担金 / 診察ごとの免責金額は、保険免責金額には適用されません。)	診察1回につきPAの100%または受診時自己負担金\$10	診察1回につきU&Cの70%または診察ごとの免責金額\$10
理学療法。 給付対象は1日1回の治療に限ります。すべてのカイロプラクティック・ケアは医師による診察料として給付されます。理学療法には以下のものを含みますが、これらに限定されません。1) 理学療法、2) 作業療法、3) 心臓リハビリテーション療法、4) 整体療法、5) 言語療法 言語療法給付は、ケガ、外傷、脳卒中、手術、がんまたは声帯結節により生じた障害に対する発話、言語、音声、コミュニケーション、聴覚処理の治療のみに支払われます。 (医療上必要な処置であるかどうかの審査は、1つのケガまたは病気につき12回の治療が行われた後で実施されます。)	医師による診察として給付	
医療上の緊急事態にかかった費用。 緊急治療室および医療品の使用に対する施設使用料。治療はケガをしてからまたは病気を最初に発症してから72時間以内に施される必要があります。	PAの90%	U&Cの90%
診断のためのレントゲンおよび臨床検査サービス (受診時自己負担金/診察ごとの免責金額は、保険免責金額には適用されません。)	診察1回につきPAの100%または受診時自己負担金\$20	診察1回につきU&Cの70%または診察ごとの免責金額\$20
放射線治療	PAの90%	U&Cの60%
化学療法	PAの90%	U&Cの60%
検査および処置。 医師による診察、理学療法、レントゲン、臨床検査以外で、医師により実施された診断サービスおよび医療処置。吸入療法、点滴療法、肺理学療法、呼吸器療法はこの給付の対象となります。	PAの90%	U&Cの60%

外来	特約プロバイダー	ネットワーク外プロバイダー
注射。 医師の診療所で実施され医師の診療報酬明細書上に請求されている場合。	PAの90%	給付なし
処方薬 (店頭での自己負担金の2.5倍の額での最大90日分までのUHPSを通じた通信販売で購入できます。) (UnitedHealthcareネットワーク加盟小売薬局が通信販売薬局と同等の価格を許容する場合は、処方せん1枚あたりの処方薬製品31日分に適用される店頭自己負担金の2.5倍で最大90日分まで購入できます。)	UnitedHealthcareのネットワーク加盟薬局 (UHPS) 第1区分処方薬は処方せん1枚あたり調剤時自己負担金\$10 第2区分処方薬は処方せん1枚あたり調剤時自己負担金\$20 いずれも処方せん1枚につき薬剤31日分まで	U&Cの60% ジェネリック医薬品は処方せん1枚あたり免責金額\$10 ブランド医薬品は処方せん1枚あたり免責金額\$20 いずれも処方せん1枚につき薬剤31日分まで
救急搬送サービス	PAの100%	U&Cの100%
耐久医療機器。 保険請求を提出する際に処方せんを添付する必要があります。給付対象は最初の購入または各保険年度につき1回の交換のための購入に限ります。耐久医療機器には、四肢または身体の一部を代替する体外人工装具を含みますが、体内に完全に埋め込まれている装具は一切含みません。 (1保険年度につき最大\$200。\$200まで支払われる耐久医療機器給付は、\$150,000の給付限度額には含まれていません。)	PAの90%	U&Cの60%
医師相談料 (受診時自己負担金/診察ごとの免責金額は、保険の免責金額には適用されません。)	診察1回につきPAの100%または受診時自己負担金\$10	診察1回につきU&Cの70%または診察ごとの免責金額\$10
歯科治療。 健康な自然歯のケガにより必要となったもの。 (受診時自己負担金/診察ごとの免責金額は、保険免責金額には適用されません。)(給付は\$150,000の給付限度額の適用対象にはなりません。)	診察1回につきU&Cの100%または受診時自己負担金\$10	診察1回につきU&Cの100%または診察ごとの免責金額\$10
妊娠出産。 妊娠出産費用給付を参照してください。	他の病気と同様に支払われます。	
妊娠合併症	他の病気と同様に支払われます。	

その他

<p>妊婦の選択による妊娠中絶。 (1保険年度につき\$500まで。妊婦の選択による妊娠中絶に対する給付は\$150,000の給付限度額の適用対象にはなりません。)</p>	PAの100%	U&Cの100%
<p>予防医療サービス。 クリニカル・エビデンスにより、病気の早期発見または予防に安全且つ有効であることが実証されており、健康転帰に有益な効果をもたらすことが証明されており、また、適用される法令に従い下記のものに限定される医療サービス。1) 米国予防医療対策委員会による現在の推奨度が「A」または「B」であるエビデンスに基づく項目やサービス、2) 米国疾病対策予防センターの予防接種実施諮問委員会により現在推奨されている予防接種、3) 乳児、児童および青年については、医療保健サービス局が支持する包括的ガイドラインに規定されている、エビデンスにより裏付けられた予防医療およびスクリーニング、4) 女性については、医療保健サービス局が支持する包括的ガイドラインに規定されているこの他の予防医療およびスクリーニング。</p> <p>上記のサービスを特約プロバイダーから受けた場合には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率は適用されません。</p>	PAの100%	給付なし
<p>在宅医療。 医師の指示により認可を受けた在宅看護業者から受け、在宅医療プランに従っており、被保険者の自宅において正看護師が提供または提供を監督するサービス。</p>	PAの90%	U&Cの60%
<p>補償対象の乳房切除に関連する乳房切除後の乳房再建手術。 乳がん治療給付を参照してください。</p>	他の病気と同様に支払われます。	
<p>糖尿病治療に関連する糖尿病関連サービス。 糖尿病治療費用給付を参照してください。</p>	他の病気と同様に支払われます。	

その他	特約プロバイダー	ネットワーク外プロバイダー
精神疾患治療。 精神・神経障害治療給付、生物学的精神疾患に対する治療給付および重度情緒障害児童給付を参照してください。	他の病気と同様に支払われます。	
薬物乱用障害治療。 薬物依存症治療 (アルコール / 薬物乱用) に対する給付を参照してください。	他の病気と同様に支払われます。	
手術についてのセカンドオピニオン。 (受診時自己負担金 / 診察ごとの免責金額は、保険の免責金額には適用されません。)	診察1回につきPAの100%または受診時自己負	診察1回につきU&Cの70%または診察ごとの免
高度看護施設。 病院への入院の代わりとして、または病院への入院後24時間以内に、認可を受けた高度看護施設でフルタイムの入院患者として入院中に受けるサービス。	PAの90%	U&Cの60%
ホスピスケア。 病状末期にあり余命6ヶ月以下の被保険者が、認可を受けたホスピス業者から、医師の勧告によって受けるサービス。(ホスピスケア給付は\$150,000の給付限度額の適用対象にはなりません。)	PAの100%	U&Cの100%
応急治療クリニック利用料。 応急治療センターから請求される施設利用料またはクリニック利用料。診察時に受けたその他のサービスについては、いずれも給付一覧表の記載に従って給付が支払われます。	PAの100%	診察1回につきU&Cの70%または診察ごとの免責金額\$10 (診察ごとの免責金額は、保険の免責金額には適用されません。)

UnitedHealthcareネットワーク加盟薬局に関する給付

弊社の処方薬リスト (PDL) に記載されているUnitedHealthcareネットワーク加盟薬局が調剤した外来処方薬については給付があります。給付には、供給制限と、その外来処方薬がPDLのどの区分に属するかによって金額が異なる調剤時自己負担金が適用されます。処方薬の中には、医師が弊社に連絡してその薬の使用が被保険者に対する補償の対象となっているかを確認する必要があるものがあります。

適用される調剤時自己負担金の支払いはおお客様の責任となります。被保険者の調剤時自己負担金は、その処方薬製品がPDLのどの区分に属するかによって決定されます。区分は被保険者への事前通知なく定期的に変更されることがあります。最新の区分状況を確認するには www.sva.edu/uhp にアクセスするか877-417-7345にお電話ください。

第1区分処方薬については、31日分までの処方薬の注文または再調剤1回につき、\$10の調剤時自己負担金が適用されます。

第2区分処方薬については、31日分までの処方薬の注文または再調剤1回につき、\$20の調剤時自己負担金が適用されます。

処方薬の再調剤を受ける際は、ネットワーク加盟薬局にIDカードを提示してください。IDカードを提示せず、被保険者が処方薬の代金を支払い、その後、ネットワーク加盟薬局で調剤を受けた処方薬について払戻しを受けるには、支払済みのレシートを添えて払戻しフォームを提出する必要があります。払戻しフォーム、または通信販売で購入する処方薬やネットワーク加盟薬局に関する情報を入手するには、www.sva.edu/uhpにアクセスしてオンラインアカウントにログインするか、877-417-7345にお電話ください。

ネットワーク外の薬局で処方薬の調剤を受けた場合、その処方薬の代金は被保険者が自己負担し、その払戻しを受けるにはUnitedHealthcare **Student**Resources, PO. Box 809025, Dallas, TX 75380-9025 にレシートを提出する必要があります。ネットワーク外の薬局を利用した際に支払いを受けられる給付については、給付一覧表をご覧ください。

その他の除外事項

ネットワーク加盟薬局に関する給付には、保険契約の除外事項および制限事項に加え、下記の除外事項が適用されます。

1. 供給制限を超えて調剤された分(日数分または数量制限)の処方薬製品の補償。
2. 実験的もしくは試験的、または未実証のサービスおよび薬剤、ならびに実験的適応に使用される医薬品や弊社が実験的、試験的または未実証と判断した投与療法。
3. 米国食品医薬品局 (FDA) により承認されている成分を 1 つも含まず、処方注文あるいは再調剤を必要とする複合医薬品。同様の購入可能な処方薬製品として入手できる複合医薬品。(処方注文あるいは再調剤を必要とする成分を 1 つ以上含む複合医薬品は、第 2 区分に分類されています。)
4. 調剤前に連邦法または州法により処方注文あるいは再調剤を必要としない市販の医薬品。ただし、弊社が、その市販薬が処方薬製品と同様に補償対象となると指定し、医師からの処方せんにより注文または再調剤する場合は除きます。市販薬としての形態、あるいは市販薬としての形態あるいは同等の形態で入手可能な成分を含む処方薬製品。弊社が治療上市販薬と同等であると判断した、特定の処方薬製品。このような決定は、1 暦年の間に 6 回まで行われ、この規定により以前除外対象となっていた処方薬製品に対する給付の復活は、いつでも決定できるものとします。
5. 病気またはけがの治療に使用される場合であっても、主な使用目的が、栄養源、栄養補助剤、疾患の摂食管理であるすべての製品。ただし、州により義務付けられている場合は除きます。

用語の定義

処方薬または処方薬製品とは、米国食品医薬品局により承認されている医薬品、製品または機器であって、連邦または州の法律に基づいて処方注文または再調剤に従ってのみ供給することができるものを意味します。処方薬製品には、その特徴のため、自己投与または高度な技能をもたない介護者による投与が適している医薬品を含みます。この保険契約に基づく給付の目的上、この定義にはインスリンも含まれます。

処方薬リストとは、米国食品医薬品局に承認を受けた薬剤、製品または器具を区分別に示したリストを指します。このリストは、弊社が定期的に見直しを行い変更することがあります (通常は四半期ごとですが、1 暦年に 6 回を超えることはありません)。被保険者は、特定の処方薬製品がどの区分に属しているかをwww.sva.edu/uhpで確認するか、カスタマーサービス (1-877-417-7345) にお問い合わせください。

特約プロバイダーについて

「特約プロバイダー」とは、交渉によって決めた一定の額で特定の医療を提供する契約を弊社との間に締結している医師、病院その他の医療提供者を指します。本学周辺地域の特約プロバイダーは、

UnitedHealthcare Options PPO です。

特定のプロバイダーの利用の可否は、通知なく変更されることがあります。被保険者は、弊社 (1-800-767-0700) に電話するか、特約プロバイダーにサービスの予約を入れる際に尋ねて、サービスが必要な時にそのプロバイダーがネットワークに加盟しているかどうかを必ずご確認ください。

「特約許容額」とは、補償対象の医療費の全額の支払いとして特約プロバイダーが受諾する額を指します。

「ネットワーク外」のプロバイダーは、事前に取り決めた料金体系には同意していません。このようなプロバイダーを利用した場合、被保険者は多額の自己負担額を負担することになる可能性があります。保険給付額を超える料金の支払いは被保険者の責任となります。

プロバイダーに関わりなく、それぞれの被保険者には自分の免責金額を支払う責任があります。給付の支払いを受けるには免責金額に達している必要があります。弊社は、給付一覧表に記載されている給付限度額に従って給付します。

入院費用

特約プロバイダー – 特約プロバイダーでの入院にかかった、受給資格のある入院費用は、給付一覧表に記載の自己負担率に応じて記載の限度額まで支払われます。特約病院には UnitedHealthcare Options PPO の United Behavioral health (UBH) 施設を含みます。特約病院に関する情報については 1-800-767-0700 にお問い合わせください。

ネットワーク外のプロバイダー – 特約プロバイダーでは入院ケアが提供されない場合には、受給資格のある入院費用が給付一覧表に記載の給付限度額に従って支払われます。

外来にかかった病院費用

特約プロバイダーが外来にかかった病院費用の請求額を割引く場合があります。給付は給付一覧表に従って支払われます。被保険者には、特約許容額を限度として一覧表に記載の給付額を超える金額を支払う責任があります。

専門家報酬およびその他の費用

UnitedHealthcare Options PPOにより支払われる補償対象の医療費の給付は、給付一覧表に記載の自己負担率に応じて記載の限度額まで支払われます。他のプロバイダーについては、いずれも給付一覧表に記載されている給付限度額に従って給付します。

産科検査

この保険では、すべての定期的、予防的、またはスクリーニング検診や検査が補償対象となっているわけではありません。下記の産科検査およびスクリーニング検診については、他のすべての契約条項に合致していれば、この保険の給付に従って給付の支払いが検討されます。

初回の診察における最初のスクリーニング:

- 妊娠検査 尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン (hCG)
- 無症候性細菌尿: 尿培養
- 血液型および Rh 抗体
- 風疹

- 妊娠関連血漿タンパク質A (PAPPA) (妊娠初期のみ)
- 遊離βヒト絨毛性ゴナドトロピン(β-hCG) (妊娠初期のみ)
- B型肝炎: HBs抗原
- パップスメア
- 淋病: Gc 培養
- クラミジア: クラミジア培養
- 梅毒: RPR
- HIV: HIV抗体
- クームス試験

毎回の健診時: 尿検査

初期・中期・後期ごとに1回: ヘマトクリットおよびヘモグロビン

妊娠初期中に1回: 超音波

妊娠中期中に1回:

- 超音波 (胎児形態観察)
- αフェトプロテイン (AFP)・エストリオール・hCGのトリプルマーカー検査またはAFP・エストリオール・エストリオール・hCG・インヒビンAのクアトロテスト

35歳以上なら妊娠中期中に1回: 羊水穿刺または絨毛検査 (CVS)

妊娠中期もしくは後期中に1回: 50g 糖負荷試験検査 (1時間の血糖値測定)

妊娠後期中に1回: B群連鎖球菌培養

妊婦用ビタミン剤は補償対象になっていません。産科検査に関するその他の情報については、弊社 (1-800-767-0700) にお電話ください。

不慮の事故による死亡または四肢切断等に対する給付

死亡、四肢の切断または視力の喪失

下記に明記される喪失のいずれかがケガのみに起因するもので、且つその喪失がそのケガをした日から90日以内に生じた場合には、弊社は医療費給付に基づく支払いに加えて下記の適用金額を支払います。

喪失内容:

死亡	\$ 10,000
身体の器官2つ以上	\$ 10,000
身体の器官1つ	\$ 5,000
親指または人差し指	\$ 2,500

身体の器官とは手、腕、足 (足首から先)、脚 (足首から上)、眼を指します。喪失とは、手または腕および足または脚部に関する喪失とは、手首または足首の関節から上の部位での切断を意味し、眼については視力の完全且つ回復不可能な喪失を意味します。1つのケガの結果生じた1つの特定の喪失 (深刻な方) にのみ給付が支払われます。

給付調整条項

給付は、被保険者が受給資格をもつその他の医療保険プラン、外科保険プランまたは入院保険プランまたは補償との間で、すべてのプログラムに基づく支払い合計が補償対象のサービスや医療品にかかった合計料金の100%を超えないように調整されます。

義務付けられている給付

妊娠出産費用給付

妊娠については、他の病気と同様に給付が支払われます。給付には、出産のため病院に入院患者として入院している被保険者である産婦と新生児に対する補償を含みますが、いかなる場合も給付が下記を下回ることはありません。

1. 経膣分娩後48時間
2. 帝王切開後96時間

マタニティケア給付には、適格な医師の指示の下で行われる看護助産師のサービスを含むものとします。弊社は、看護助産師と医師の両方により提供された重複する通例的サービスについては給付を支払いません。

給付が支払われるもの:

1. 親教育
2. 母乳または哺乳瓶による授乳の介助やトレーニング
3. 産婦と新生児の必要な臨床的評価の実施

産婦が早期退院を選択した場合には、最低1回の往診を受けることができ、これは免責金額、自己負担率、受診時自己負担金の対象とはなりません。

最初の往診（出産後48時間以内、帝王切開なら96時間以内のいつでも要請できます）は下記のうち遅い方の24時間以内に実施されるものとします。

1. 退院
2. 産婦の要請

早期退院後の往診を除いて、すべての給付には免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

被保険者の保険が切れた場合、受胎した日が保険の有効期間中であれば、この保険からこの給付に基づいて支払いがなされます。

乳がん治療給付

乳がん治療を目的とするリンパ節郭清、乳腺腫瘍摘出術、乳房切除のために被保険者を診察した上で担当医が医療上適切な治療と判断した治療については、他の病気と同様に給付が支払われます。

乳房切除後の乳房再建手術についても、被保険者を診察した上で担当医が医療上適切な治療と判断した治療については、他の病気と同様に給付が支払われます。次のような場合には給付が支払われます。1) 切除された乳房の再建の全段階、2) 左右対称にするための他方の乳房の手術および再建、3) リンパ浮腫を含む、乳房切除の全段階における装具および身体合併症。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

経口抗がん剤給付

処方薬がこの保険の補償対象となっている場合、がん細胞を死滅させるか成長を遅らせるために処方された経口抗がん剤については、他の処方薬と同様に給付が支払われます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。ただし、その免責金額、受診時自己負担金、自己負担率が被保険者にとり、少なくとも静脈投与または注射用の抗がん剤に適用される免責金額、受診時自己負担金、自己負担率と同程度に有利である場合を条件とします。

子宮頸部細胞診およびマンモグラフィに対する給付

子宮頸部細胞診およびマンモグラフィについては、他の病気と同様に給付が支払われます。

- (a) 18歳以上の女性については、年1回の子宮頸部細胞診について給付が支払われます。この給付には、年1回の婦人科内診、パップスメアの検体採取および作製、パップスメアの顕微鏡検査および評価に関連して提供される臨床検査診断サービスが含まれます。
- (b) マンモグラフィについては、下記の通り給付が支払われます。
 - (1) 医師の勧告によるもので、乳がん罹患リスクのある被保険者、または乳がん罹患歴のある第一度親族をもつ被保険者であれば、年齢に関係なく支払われます。
 - (2) 35歳以上40歳未満の被保険者についてはベースラインのマンモグラフィ1回
 - (3) 40歳以上の被保険者については年1回のマンモグラフィ

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

前立腺スクリーニング検査給付

前立腺がんの既往歴のある被保険者（年齢制限なし）、50歳以上で無症状の被保険者、40歳以上で前立腺がんの家族歴またはその他のがん罹患リスク要因のある被保険者に対する、前立腺検査とがん臨床検査については、他の病気と同様に給付が支払われます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

避妊薬・避妊用具給付

処方薬がこの保険の補償対象となっている場合、米国食品医薬品局（FDA）により承認されている処方せんを必要とする避妊薬および避妊用具、FDAにより代替品として承認されているジェネリックの同等品については、他の処方薬と同様に給付が支払われます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

がん診断のセカンドオピニオンに対する給付

がんの有無についての診断、がんの再発、またはがんの治療コースに関する勧告があった場合、適格な医師による医学上のセカンドオピニオンについては、がんの専門治療施設と提携している医師によるものを含みますがこれに限らず、他の病気と同様に給付が支払われます。

特約プロバイダーでない医師による医学上のセカンドオピニオンについては、担当医からのその医師への紹介状がある場合には、がんの専門治療施設と提携している医師によるものを含みますがこれに限らず、特約プロバイダーの給付レベルで給付が支払われます。被保険者が紹介状なしに特約プロバイダーでない医師から医学上のセカンドオピニオンを受けた場合、ネットワーク外の給付レベルで給付が支払われます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

糖尿病治療費用給付

下記の糖尿病治療用の器具および医療品については、他の病気と同様に給付が支払われます。そのような器具や医療品は、医師の推薦または処方箋を受けたものである必要があります。補償対象の医療費には、下記の器具および医療品を含みますがこれらに限りません。

- (a) ランセットおよび自動穿刺器具
- (b) 血糖値検査用紙
- (c) 血糖値測定器
- (d) 視覚障害者用の血糖値測定器
- (e) 血糖値測定器用コントロール液
- (f) 血糖値管理用の糖尿病データ管理システム
- (g) 尿糖および尿中ケトン体検査用の尿検査製品
- (h) 血糖値を下げるために使用する経口および注射用の糖尿病薬
- (i) アルコール消毒綿、皮膚消毒用ガーゼ、点滴用ガーゼ（皮膚消毒用）
- (j) 注射器
- (k) 視覚障害者用のインスリン注入器などの注射補助具
- (l) 視覚障害者用のカートリッジ
- (m) 使い捨て用の注射用インスリン・カートリッジおよびペン型カートリッジ
- (n) 糖尿病治療に使用されるその他の使い捨て用注射薬カートリッジおよびペン型注射針
- (o) すべてのインスリン製剤
- (p) インスリンポンプおよびポンプを使用するための器具（電池、透明半透過性ドレーシング材、挿入器具、インスリン注入セット、リザーバー、カートリッジ、クリップ、皮膚接着剤、皮膚接着剤リムーバー、処方されたポンプ専用のツール）
- (q) ブドウ糖錠やブドウ糖ジェルなどの低血糖治療用の経口剤
- (r) グルカゴン緊急投与キット

医療上必要な糖尿病自己管理教育および食事に関する教育についても給付が支払われます。このような教育は、医師または医師のスタッフにより外来受診の際に提供されることがあります。このような教育は、医師の紹介により、認定糖尿病教育専門看護師、認定栄養学者、認定栄養士または登録栄養士によってグループ環境で提供される場合があります。医療上必要な場合には、自己管理教育および食事教育には家庭訪問も含むものとします。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

精神疾患治療給付

精神疾患治療については、他の病気と同じように給付が支払われます。外来治療は、精神保健局長の認可を受けているか、精神保健局が運営する医師または施設によって提供されます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

薬物依存症治療（アルコールおよび薬物乱用）に対する給付

薬物依存症および薬物乱用の治療については、他の病気と同様に給付が支払われます。

給付の対象は、アルコール依存症・薬物乱用サービス局の認証を受けているか、外来クリニックまたは医師の監督下で運営されている外来薬物乱用プログラムとして認可を受けているこの局から認可を受けているニューヨーク州内の施設と、アルコール依存症または薬物依存症の治療プログラムとして病院認定合同機構の認定を受けた他州の施設に限定されます。

「薬物乱用」とはアルコールおよび薬物の乱用を意味します。

「薬物依存」とはアルコールおよび薬物への依存症を意味します。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

がん治療用処方薬給付

処方薬がこの保険の補償対象となっている場合、がん治療用の処方薬については、その薬剤が下記の定評ある総覧のうちの1つにおいてその薬剤が処方されているタイプのがんの治療薬として認められていれば、他の病気の処方薬と同様に給付が支払われます。

1. American Hospital Formulary Service-Drug Information (米国病院フォーミュラリー・サービスの医薬品情報)
2. National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium (米国総合がんセンターネットワーク薬剤・生物製剤一覧)
3. Thompson Micromedex Drugdex (トムソン・マイクロメデックス・ドラッグデックス)
4. Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology (エルゼビア・ゴールド・スタンダード臨床薬理学)
5. 連邦保険福祉長官またはメディケア / メディケイド・サービスセンター (CMS) により特定されているか、ピアレビューのある専門誌のレビュー記事もしくは論説によって推奨されている、その他の権威ある医薬品集

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

医療食品給付

処方薬がこの保険の補償対象となっている場合には、病気の治療に有効であることが判明しており、医師が医療上必要なものとして家庭用に処方した経腸栄養剤の費用については、他の病気の処方薬と同様に給付が支払われます。経腸栄養剤が有効な治療法であると判明している特定の病気には、遺伝性のアミノ酸または有機酸代謝異常症、クローン病、成長障害を伴う胃食道逆流症、慢性偽性腸閉塞などの消化管運動障害、および治療しなければ栄養不良、慢性身体障害、精神遅滞もしくは死亡に至る重度の多重食物アレルギーを含みますがこれらに限りません。

特定の遺伝性のアミノ酸または有機酸代謝異常症の治療に低タンパクのまたは加工タンパクを含む加工固形食品、医療上必要な通常の一般的な料金にも、12ヶ月間に\$2,500の給付限度額を超えない給付が支払われます。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

末期がん患者の終末期医療に対する給付

進行がん（被保険者の担当医が原疾患の回復の見込みが全くなく余命が60日未満と認定したもの）の診断を受けた被保険者のための末期患者治療専門病院における急性期医療サービスについては、被保険者の担当医が病院の医長と相談の上、病院が被保険者のケアを適切に提供すると判断した場合には、他の病気の補償対象の医療費と同様に給付が支払われます。

弊社が被保険者の入院、または病院での被保険者へのケアの提供または継続に同意しない場合は、迅速外部審査請求を開始します。審査の裁決が出るまで、弊社は被保険者の入院、または病院での被保険者へのケアの提供または継続を拒絶せず、補償対象の医療費に対する給付を提供し病院に払い戻すものとします。外部審査代理人による裁決は、全当事者に対し拘束力をもつものとします。弊社が迅速外部審査請求を開始しない場合は、弊社は補償対象の医療費を病院に払い戻すものとします。

弊社は、弊社と病院の間で交渉により決定した料金で払戻しを行います。料金の合意がない場合、弊社はメディケア・プログラムに基づく病院の急性期治療料金を払い戻し、代替レベルでの治療日数については急性期治療料金の75%の料率で払い戻すものとします。弊社による支払いは、被保険者に提供されたサービスの全額の支払いとします。病院は、病院が提供したサービスについて、適用される免責金額、受診時自己負担金、自己負担率を除き、被保険者に請求をせず、いかなる払戻しも求めず、被保険者に対する償還請求権ももたないものとします。

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

骨密度の測定または検査に対する給付

骨密度の測定または検査については、他の病気と同様に給付が支払われます。処方薬および機器がこの保険の補償対象となっている場合、連邦政府が承認している処方薬および機器について給付が支払われます。

骨密度の測定または検査、薬剤および機器には、メディケアの補償対象となっているもの、ならびに、米国立衛生研究所の定めた基準に沿っている二重エネルギーX線吸収法を含め、同基準に従ったものを含むものとします。

給付資格のある人には、少なくとも、下記の人を含むものとします。

- (a) 過去に骨粗鬆症と診断されたか、骨粗鬆症の家族歴がある人
- (b) 骨粗鬆症の存在または高リスクを示す症状または状態がある人
- (c) 骨粗鬆症の罹患リスクが高まる処方薬による治療を受けている人
- (d) 骨粗鬆症の罹患リスクが高まる程の生活要因がある人
- (e) 骨粗鬆症の罹患リスクが高まる年齢、性別やその他の生理的特徴がある人

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

生物学的精神疾患に対する治療給付

生物学的精神疾患と診断された成人と児童については、他の病気と同じように給付が支払われます。

「生物学的精神疾患」とは、脳の生物学的障害に起因する精神、神経または感情の状態であり、その病気をもつ人の機能を相当に制限する、臨床的に有意な心理症候群または傾向が生じるものを意味します。そのような生物学的精神疾患の定義は下記の通りです。

1. 統合失調症 / 精神障害
2. 大うつ病
3. 双極性障害
4. 妄想性障害
5. パニック障害
6. 強迫性障害
7. 過食症および拒食症

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

重度情緒障害児童給付

重度情緒障害児童については、他の病気と同様に給付が支払われます。

「重度情緒障害児童」とは、注意欠陥障害、破壊的行動障害、広汎性発達障害、および下記のうち1つ以上と診断された18歳未満の人を意味します。

1. 重度の希死症状またはその他の生命に危険を及ぼすような自己破壊行動
2. 著しい精神疾患症状 (幻覚、妄想、奇矯な行動)
3. その児童が人身被害または著しい物的損害を引き起こすリスクにさらされるような、情緒障害に起因する行動
4. その児童が家庭から隔離される高いリスクにさらされるような、情緒障害に起因する行動

給付には、免責金額、受診時自己負担金、自己負担率、制限またはこの保険のその他の規定がすべて適用されるものとします。

用語の定義

受診時自己負担金とは、被保険者が一部の補償対象の医療費について支払う必要がある一定の金額を指します。

補償対象の医療費とは、下記に該当する合理的な料金を指します。1) 通常の一般的な料金を超えないもの、2) 保険に特約プロバイダー給付が含まれており、その料金が特約プロバイダーから請求されたものであり、特約許容額を超えないもの、3) 給付一覧表に記載されているサービスごとの給付限度額を超えないもの、4) この保険の補償対象から除外されていないサービスおよび医療品について請求されたもの、5) 医療上必要なサービスおよび医療品について請求されたもの、6) 給付一覧表に記載されているサービスについて請求されたもの、7) 免責金額がある場合には、その金額を超えるもの。

補償対象の医療費は、下記の場合にのみ「発生した」と見なされます。1) 補償対象のサービスが提供されたとき、2) そのサービスについて被保険者に料金が請求されたとき。

免責金額とは、給付一覧表またはこの保険の裏書条項に免責金額として一定の金額が記載されている場合に、給付が支払われる前に補償対象の医療費として給付が支払われる金額から差し引かれる金額を指します。免責金額は給付一覧表の記載通りに適用されます。

ケガとは下記のすべての身体の傷害を指します。

- 1) 直接且つ単独に、他人の体または物との具体的な偶発的接触によって生じたもの
- 2) 病理学的、機能的または構造的障害とは無関係であるもの
- 3) 喪失の原因であるもの
- 4) ケガをした日から30日以内に医師の治療を受けたもの
- 5) 被保険者がこの保険の補償対象である間に受傷したもの

1件の事故で複数のケガをした場合は、関連するあらゆる状態および症状の再発も含めて、すべて1つのケガと見なされます。全部または一部が直接的または間接的に疾病またはその他の身体の虚弱から生じた喪失は、ケガには含まれません。この保険の責任開始日前に発生したケガから生じた補償対象の医療費は、この保険下では病気と見なされます。

入院とは、この保険で給付の支払い対象となるケガまたは病気を理由とする、病院または高度看護施設への正式な入院手続の後に、連続的に入院している状態を指します。

医療上の緊急事態とは、突然の重度且つ不慮の病気またはケガの発生を指します。直ちに手当をしなければ、その状態により下記のいずれかに至ることが合理的と考えられるものです。

- 1) 死亡
- 2) 被保険者の健康が危機にさらされる
- 3) 身体機能の重度の障害
- 4) 内臓または体の一部の重度の永続的機能不全
- 5) 妊婦の場合、胎児の健康が深刻な危機にさらされる

「医療上の緊急事態」のために生じた費用は、上記の条件を満たす病気またはケガに対してのみ支払われます。このような費用は、軽度のケガや病気には支払われません。

医療上必要な処置とは、病院または医師により提供されたサービスまたは医療品を指し、下記のすべてがこれに該当します。

- 1) 病気またはケガの症状および診断または治療に不可欠なもの
- 2) 病気またはケガの診断、または直接のケアおよび治療のために提供されるもの
- 3) 優良医療規範に沿っているもの
- 4) 被保険者または被保険者の担当医への便宜が第一の目的でないもの
- 5) 被保険者に安全に提供することが可能な、最適な医療品またはサービス水準

医療上必要な入院とは、下記の両方に該当する入院を指します。

- 1) 被保険者が就床患者として急性期治療を必要とするため
- 2) 被保険者が外来患者としては安全且つ適切なケアを受けられないため

この保険からは、医療上必要なサービス、処置および医療品についてのみ給付が支払われます。入院日数の一部または全部を含めて、医療上必要な処置ではないと判断された費用については、給付は支払われません。

医師とは、免許の範囲内で自分の近親者以外の人に対し治療を提供する、合法的資格があり免許を取得した医療従事者を指し、カイロプラクターも含まれます。

現症とは、この保険に基づく被保険者に対する責任開始日直前の12ヶ月以内に診断、治療または治療が勧告されたあらゆる状態を指します。

病気とは、被保険者がこの保険の補償対象である間に発生し、かつ喪失を生じさせる病気または疾病を指します。同一のまたは類似する状態に関連するあらゆる状態および再発症状も、1つの病気と見なされます。この保険の責任開始日前に発生したケガから生じた補償対象の医療費は、この保険下では病気と見なされません。

高度看護施設とは、法律の規定通りに認可を受け運営されている病院または看護施設を指します。

応急治療センターとは、不測の病気、ケガまたは急性もしくは重度の症状の発症によって被保険者の健康が深刻に悪化することを防ぐために必要な治療を提供する施設を指します。

通常の一般的な料金とは、実際の料金または妥当な料金のうちいずれか低額な方を指します。1) 同様のサービスおよび医療品に対し請求される料金と比べて通常且つ一般的である、2) 被保険者と同じ地域において、同様の症例を持つ人に対して請求されている。弊社は通常の一般的な料金の決定に FAIR Health, Inc. 提供のデータを使用しています。この保険では、かかった費用のうち、弊社が通常の一般的な料金を超えていると判断するものについては、給付は支払われません。

除外事項および制限事項

次のものについては給付は支払われません。a) 下記の事由が原因、一因または起因となって生じた損失もしくは費用、または b) 下記のいずれかの事由、際、または事由に関連する治療、サービスまたは医療品

1. 美容形成処置。ただし、その美容形成処置が、処置部位の外傷、感染またはその他の病気のための手術に付帯するものであるか、その手術の後に行われる再建手術を含まないもの
2. 養護ケア。介護施設、保養リゾート、高齢者施設、更生訓練施設、大学の付属診療所または在宅ケアもしくは養護ケアを目的とする施設において提供されるケア、在宅ケアまたは養護ケアを目的とする治療施設または薬物乱用治療施設における長期ケア
3. 歯科治療。ただし、不慮の事故による健康な自然歯のケガまたは先天性の疾患または異常によるものであるもの以外
4. 待機手術または待機治療
5. 眼科検査、眼鏡、コンタクトレンズ、眼鏡やコンタクトレンズの処方や調整。視力矯正またはその他の眼科の障害および異常の治療。ただし、補償対象のケガまたは病気の過程によるものや医療上必要であるもの以外
6. 魚の目、胼胝、扁平足、扁平化した土踏まず、弱足、慢性的な足の緊張または足の不快症状に関連する足のケア
7. 感染または外傷によるものを除いた、聴力検査もしくは補聴器、または聴力の障害および異常の治療。「聴力障害」とは、疾患の経過として生じたもの以外で、正常な聴力が損なわれているか損なわれる可能性のある耳の身体的障害を指します。
8. 労働者災害補償もしくは職業病に関する法律または類似の法令に基づいて給付が支払われる、または支払われるべきであるケガまたは病気。
9. 無過失自動車保険により給付が支払われる範囲または支払われるべき範囲に入る、自動車事故によるケガ
10. 次の場合に受傷したケガ。(a) 学校対抗、プロのスポーツ、試合もしくは競技会に参加している間、(b) そのようなスポーツ、試合もしくは競技会への参加者として移動している間、または (c) そのようなスポーツ、試合もしくは競技会の練習または調整プログラムに参加している間に受けたケガ

11. 被保険者の外部審査請求権に沿って外部審査代理人が承認した実験的または試験的治療以外の、試験的サービスまたは実験的治療。外部審査代理人が治療対象となっている実験的または試験的治療への給付を承認した場合には、この保険からは、その治療のデザインに従って被保険者に治療を提供するために必要なサービスにかかった費用のみが補償されます。弊社は、治療薬または治療用機器の費用、医療外サービスの費用、研究管理費用、その治療の中で提供される実験的でも試験的でもない治療にかかる費用であってこの保険では補償対象とならない費用については責任を負いません。
12. 重罪、暴動または反乱への参加
13. 学校の学生保険ポリシーに従って12ヶ月以上継続的に保険の補償対象となっていた個人以外の現症 現症の除外期間は、被保険者がこの保険に加入する日の前63日以内の日まで補償期間が継続していたクレジット可能な保険の補償対象となっていた合計月数分だけ短縮されます。この除外は、19歳未満の被保険者には適用されません。
14. 下記の処方薬、サービスまたは医療品:
 - a) 用途に関わらず、皮下注射針、注射器、補助服および他の非医療用物質などの治療機器や器具。ただしこの保険の中で特に規定されている場合はこの限りではありません。
 - b) 「注意 - 連邦法により試験用途外の使用は禁止されています」という表示のある薬剤または実験薬。
 - c) 医療上必要なものの以外の、パーロデル、パーゴナル、クロミッド、プロファシー、メトロジン、セロフェンなどの不妊治療薬や、バイアグラなどのED治療薬
 - d) 指定数量を超えているか、処方日から1年経過後に調剤された再調剤分
15. この保険の中で特に規定されている以外の予防目的の薬剤、血清、ワクチンまたは予防接種
16. この保険の中で特に規定されている以外の予防医療サービス、通常の身体検査および通常の検査、予防目的の検査もしくは治療、ケガまたは病気のないときのスクリーニング検診または検査。
17. 保険契約者の医療サービスによって通常は無料で提供されるサービス、または学生保健料によって補償または提供されるサービス
18. 民間航空会社が定期運行する航空機に乘客として搭乗中の場合を除く、あらゆる種類の航空機での飛行
19. この保険の中で特に規定されているものの以外の医療品
20. 国公立病院での治療。ただし、被保険者にそのような治療の費用を支払う法的義務がある場合はこの限りではありません。
21. ニューヨーク州保険法第49条の適用対象となる、医療上必要なものでない治療、サービスまたは医療品
22. 宣戦布告の有無を問わない戦争またはあらゆる戦争行為、またはあらゆる国の軍隊に入隊している間（このような補償対象とならない期間中の保険料は請求に応じて案分計算により算出し払い戻されます。）

大学生支援プログラム

被保険者である学生は、正規のIDカードに記載の電話番号に電話すれば、24時間いつでも看護師の助言や保健情報の提供、カウンセリングサポートを受けることができます。大学生支援プログラムでは、正看護師や免許をもつ臨床専門家が、学生が診療や法的または経済的助言を受ける必要性、あるいは精神的に負担となることのある日常的問題を他者に相談すべきかなどを判断する際の支援にあたります。

アカウント情報へのオンラインアクセス

UnitedHealthcare **Student**Resourcesの保険に加入している方は、補償請求のステータス、保険給付明細 (EOB)、連絡、補償に関する情報に www.sva.edu/uhp 上の「My Account」からオンラインでアクセスできます。「My Account」からは、仮IDカードの印刷、IDカードの再発行の請求、ネットワーク加盟プロバイダーの検索もできます。また、携帯用サイト (uhcsr.com/sva) ではスマートフォンから「My Account」の最もよく利用されている機能にアクセスすることができます。

オンラインアカウントをまだお持ちでない方は、www.sva.edu/uhpから「My Account」を選択してください。スクリーンに表示される簡単な手順に従うだけで、数分間でオンラインアカウントを作成できます。オンラインアカウントを作成するにはSVAの学生用メールアドレスが必要です。オンラインアカウントを既にお持ちの方は、www.sva.edu/uhp から「My Account」にログインしてください。

大学関係者救急サービス: 国際緊急医療支援

この保険プランに加入している学生であれば、大学関係者救急サービス (SES) をご利用いただけます。このサービスのご利用条件は次の通りです。

留学生: SESを母国以外の世界中で利用できます。

国内学生: SESを利用できるのは、キャンパスの住所から100マイル (約160km) 以上離れた所か自分の定住所から100マイル (約160km) 以上離れた所にいる場合、または外国留学プログラムに参加している間です。

SESには、米国国務省の要件を満たす緊急医療救助および遺体の送還が含まれています。緊急医療救助サービスは、911番通報によって要請できる救急車などの現地の救急サービスの代わりに利用すべきものではありません。すべてのSESサービスは、SES, Inc. によって手配・提供される必要があります。SES, Inc. によって手配されていないサービスは給付対象になりません。

主なサービス:

- * 医療相談、評価および紹介
- * 海外の病院における入院保証
- * 緊急医療救助
- * 医師の監督下での本国送還
- * 緊急カウンセリングサービス
- * 荷物または書類の紛失時の支援
- * 保護者の医療事由により付き添いのいない未成年の子どものケア
- * 処方薬に関する支援
- * 救命救急診療の監視
- * 遺体の送還
- * 患者と合流するための交通手段の提供
- * 通訳者および弁護士を紹介

サービスの説明、プログラムの除外事項や制限事項などが記載されたSES国際緊急支援サービスのパンフレットは、学校の保険に関するページ (www.sva.edu/uhp) からご覧ください。

サービスをご利用になるには下記の電話番号にお電話ください。

(877) 488-9833 米国内からのフリーダイヤル

(609) 452-8570 米国外からのコレクトコール

サービスにはEメール (medservices@assistamerica.com) でもアクセスできます。

SES運営センターにお電話いただくときには、下記の情報をご用意ください。

1. 電話をかけた方の氏名、電話番号、ファックス番号 (可能な場合)、患者との関係
2. 患者の氏名、年齢、性別、参照番号
3. 患者の状態の説明
4. 病院にいる場合は病院の名称、所在地、電話番号
5. 担当医の氏名と電話番号
6. 担当医と直ちに連絡が取れる連絡先

SESは旅行保険や医療保険ではなく、緊急医療支援サービスの提供事業者です。かかった一切の医療費はご自分の医療保険プランに提出していただくことになり、またその医療費には保険の医療給付限度額が適用されることにご留意ください。すべての支援サービスは、SES, Inc. によって手配・提供されなければなりません。SES以外から提供を受けたサービスにかかった費用の払戻し請求はお受けできません。SESプログラムの制限事項や除外事項等の詳細については、www.sva.edu/uhp 上のSESパンフレットまたは「プログラムガイド」を参照してください。

苦情申し立ての解決に関する内部審査請求プロセスおよび医療サービス関連の外部第三者審査プロセス

内部審査請求プロセス

被保険者または正式代理人は、不認定通知を受領してから180日以内に、不認定に関する内部審査請求を提出することができます。

弊社は、内部審査請求を受領後、弊社の内部審査のコーディネートを担当する指定の社員または部署の名前、住所および電話番号を被保険者に提供します。利用審査に関わる不認定に関しては、弊社は、その不認定の対象であるケースを通常管理する者と同じまたは類似する領域での同等の適切な臨床専門家を指定します。この同等の臨床専門家は、最初の不認定に関わった者であってはなりません。

苦情申し立てを3営業日以内に、弊社は被保険者または正式代理人に下記のことを行う権利があることの通知をするものとします。

1. 内部審査の際に検討してもらいたい補償請求に関連する意見書、書類、記録およびその他の資料の提出
2. 被保険者の補償請求に関連するすべての書類、記録およびその他の情報への合理的なアクセスおよびそれらの写しを請求に応じて無償で弊社から受ける権利

弊社は、最終不認定通知を発行または提供する前に、無償且つできるだけ速やかに下記のものを提供するものとします。

1. 審査請求に関連して弊社が考慮した新規または追加の証拠
2. 不認定の根拠となった新規または追加の論拠

被保険者または正式代理人は、新規または追加の証拠または論拠に対し、10暦日以内に応答するものとします。

弊社は、被保険者または正式代理人に対し、下記の通り書面または電子形式で最終不認定を発行します。

1. 事前審査については、通知は弊社が審査請求を受領してから30日以内に行うものとします。
2. 事後審査については、通知は弊社が審査請求を受領してから60日以内に行うものとします。

期間は、判断に必要なすべての情報が請求に添付されているか否かにかかわらず、弊社が内部審査請求を受領した日から起算するものとします。

内部審査の最終不認定の通知書には、下記のものを含むものとします。

1. 内部審査に参加した審査員の肩書および資格
2. 下記のものを含む、審査請求に関係している補償請求を特定するのに十分な情報
 - a. サービスの実施日
 - b. 医療プロバイダー名
 - c. 補償請求金額

3. 請求があれば、診断コードと治療コードおよびそれらに対応する意味を被保険者または正式代理人に提供するとの言明書
4. 弊社の最初の不認定を支持した内部審査の裁決
 - a. 不認定コードとそれに対応する意味を含む、最終不認定に至った具体的な理由と、不認定に至る上で用いた弊社の基準がある場合には、それについての説明
 - b. 不認定の根拠となった具体的な保険契約の条項への言及
 - c. 被保険者には、その補償請求に関連するすべての書類、記録およびその他の情報への合理的なアクセスおよびそれらの写しを請求に応じて無償で弊社から受ける権利があるという言明書
 - d. 該当する場合は、弊社が社内の特定の規則、ガイドライン、プロトコルまたは同様な基準に依拠し、その写しが請求があれば無償で提供されるという言明書
 - e. 最終不認定の根拠が、医療上の必要性、または実験的もしくは試験的治療または同様の除外事項もしくは制限事項である場合は、被保険者に請求に応じて無償で説明が提供されるとの言明書
 - f. 請求方法 (i) 最終不認定の決定を出す上で依拠した規則、ガイドライン、プロトコルまたはその他の同様な基準の写し、(ii) 最終不認定の科学的または臨床的な論拠を記載した言明書
5. 州の外部審査に関する法令に従って最終不認定の外部第三者審査を受けるための手続の説明
6. 州の外部審査に関する手順書および申請フォームの写し
7. 裁判権を有する裁判所において民事訴訟を提起する被保険者の権利
8. 補償請求、審査請求または審査請求に関する補助を受けるためにいつでも保険局長室またはオンブズマン室に相談する被保険者の権利についての通知

不認定の迅速内部審査 (EIR)

被保険者または正式代理人は、下記の不認定の迅速内部審査 (EIR) を求める口頭または書面での請求を提出することができます。

1. 応急治療請求に関わるもの
2. 緊急サービスを受けたが施設から退院していない被保険者の入院、ケアの利用可能性、入院の継続または医療サービスに関し、並行して審査が行われている応急治療請求に関連するもの

弊社の決定を含めたすべての必要な情報は、電話、ファクシミリまたは利用可能である最も迅速な方法によって被保険者または正式代理人に伝達されるものとします。被保険者または正式代理人には、弊社がEIRの請求を受けてから72時間以内にEIRの裁決を通知されるものとします。

EIR請求が、並行して行われている応急治療請求に関連するものである場合、被保険者に最終決定が通知されるまでサービスに対する給付は継続します。

被保険者または正式代理人は、EIR請求を申請すると同時に、下記のいずれかを申請することができます。

1. 迅速外部審査 (EER) 請求。EIRの完了を待つことで被保険者の生命または健康を深刻な危険にさらすか、被保険者が最大限の機能を取り戻す能力が失われる得る疾患がある場合
2. 実験的または試験的治療に関する迅速外部審査 (EEIER) 請求。不認定が、勧告あるいは請求されているサービスまたは治療が実験的か試験的なものであるという判断に基づく補償拒否に関わるものであり、被保険者の治療を担当している医師が勧告あるいは請求されているサービスまたは治療が速やかに開始されなければその効果が大幅に低減すると書面で証明する場合

最終不認定通知は、口頭、書面または電子形式で提供されます。

外部第三者審査

弊社が、サービスが医療上必要なものでないか、実験的または試験的治療であることに基づいた不認定または最終不認定の裁決を出した場合は、被保険者または正式代理人、さらに事後不認定に関連する場合においては被保険者の担当医は、その裁決を不服として外部審査代理人に審査請求することができます。外部審査代理人は、ニューヨーク州政府からそのような審査請求を取り扱うための認証を受けた独立機関です。

サービスが医療上必要なものでないという決定の審査請求を行う被保険者の権利

サービスが医療上必要なものでないことを根拠とする不認定の決定または最終不認定の決定がなされた場合、下記の両方に該当するときには、被保険者は外部審査代理人に審査請求することができます。

1. そのような決定がなされなければ、そのサービス、処置または治療が、この保険での補償対象の医療費として取り扱われるものであるとき
2. 被保険者が、弊社の内部審査請求手続を通じて最終不認定を受けており、さらに、弊社が拒絶査定を支持したか、被保険者と弊社が書面で内部審査請求を放棄することに同意しているとき

サービスが実験的または試験的なものであるという判断を不服として審査請求する被保険者の権利

サービスが実験的または試験的なものであるということを根拠として不認定の決定または最終不認定の決定がなされた場合、それ以外の場合であればそのサービスがこの保険で補償対象の医療費として取り扱われる必要があり、さらに下記のいずれかに該当するときには、被保険者は外部審査代理人に審査請求することができます。

1. 被保険者が、弊社の内部審査請求手続を通じて最終不認定を受けており、さらに、弊社が補償拒絶の判断を支持しているとき
2. 被保険者と弊社が書面で内部審査請求を放棄することに合意しているとき
3. 被保険者が、内部審査請求手続の機会を利用し尽くしたと見なされるか、内部審査請求手続を完了する必要がない状況にあるとき

以上に加えて、被保険者の担当医が、被保険者に下記のいずれかに該当する状態または病気があることを証明する必要があります。

1. 標準的な医療サービスまたは処置が有効でなかったか、医療上不適切であった。
2. この保険の補償対象となっているそれ以上有益な標準的サービスも処置も存在しない。
3. 治験または希少疾患の治療が存在する。

さらに、被保険者の担当医が下記のいずれかを勧告している必要があります。

1. 入手可能な医学的および科学的エビデンスに基づく2つの文書を根拠とするサービスまたは手続が、補償の対象となっているどの標準的サービスや処置よりも被保険者にとって有益である可能性が高いこと
2. 希少疾患のケースでは、被保険者の正式代理人または担当医が、請求対象のサービスまたは処置がその希少疾患の治療において被保険者にとり有益である可能性が高いことと、その利益がリスクを上回ることを提示できること
3. 被保険者が参加資格を有する治験 特定の治験だけが検討されます。

本項に基づき適用される医師による証明には、医師がその勧告の正当性を証明するために依拠したエビデンスについての言明書を含むものとします。

本項の目的上、被保険者の担当医は、免許を取得しており専門医師会認定または専門医師会認定資格を有し、被保険者の状態または病気を治療するのに適切な分野での診療資格を有する医師でなければなりません。

外部審査請求手続

被保険者が弊社の内部審査請求手続を通してサービスが医療上必要なものでないか、実験的または試験的な治療であることを根拠とする不認定または給付拒絶判断を支持する最終不認定を受けている場合、被保険者はそのような通知を受けてから4ヶ月の間に外部審査請求の要請書を提出することができます。被保険者と弊社が書面により内部審査請求の放棄に同意している場合は、被保険者はその放棄書を受領してから4ヶ月以内に外部審査請求の要請書を提出することができます。弊社は、弊社の内部審査請求手続を通して出された不認定または最終不認定とともに外部審査請求申請書か、弊社の内部審査請求放棄書を提供します。

被保険者は、ニューヨーク州保険局（電話 1 (800) 400-8882）に外部審査請求申請書を請求することもできます。外部審査請求申請書に必要事項を記入したら、申請書に記載されているニューヨーク州保険局の住所宛に提出してください。被保険者、または該当する場合には被保険者の担当医が外部審査請求の条件を充足している場合には、ニューヨーク州保険局がその請求を認定外部審査代理人に転送します。

被保険者と、該当する場合には被保険者の担当医は、要請の上で追加文書を提出する機会を与えられます。外部審査代理人は、被保険者が提出する情報が弊社が拒絶判断の根拠とした情報の重要な変更にあたると判断した場合、弊社がその裁決を再考する権利を行使できるように、この情報を弊社に伝えます。弊社がこの権利の行使を選択した場合、3営業日以内にその裁決を修正または確定します。迅速審査請求（下記に説明）の場合、弊社には裁決を再考する権利はありませんので、ご了承ください。

通常、外部審査代理人は、被保険者が必要事項をすべて記入した申請書を受領してから30日以内に裁決を出さなければなりません。外部審査代理人は、被保険者、担当医または弊社に追加情報の提出を請求することができます。外部審査代理人が追加情報を請求した場合には、5日以内に裁決を出します。外部審査代理人は、その裁決を2日以内に被保険者、担当医(適切な場合)および弊社に書面で通知する必要があります。

被保険者の担当医が、拒絶されたサービスの提供が遅延すれば被保険者の健康が危急または深刻な危険にさらされることを証明する場合、被保険者は迅速外部審査請求を行うことができます。その場合、外部審査代理人は、必要事項がすべて記入された申請書を受領してから72時間以内に裁決を出さなければなりません。外部審査代理人は、裁決に至った直後に、被保険者、担当医(適切な場合)および弊社に直ちに電話またはファクシミリで通知するよう相当程度に試みる必要があります。外部審査代理人は、被保険者にその裁決を書面でも通知する必要があります。

外部審査代理人が、サービスが医療上必要なものでないという弊社の裁決を覆した場合、または実験的もしくは試験的な治療に対する補償を承認した場合には、弊社はこの保険の契約条件に従って給付を提供します。外部審査代理人が治験対象となっている実験的または試験的な治療への給付を承認した場合、この保険から補償されるのは、その治験のデザインに従って被保険者に治療を提供するために必要なサービスにかかった費用のみであることをご了承ください。弊社は、治験薬または治験用機器の費用、医療外サービスの費用、研究管理費用、その治験の中で提供される実験的でも試験的でもない治療にかかる費用であってこの保険では補償対象とならない費用については責任を負いません。

外部審査代理人の裁決は、被保険者と弊社の双方に対し拘束力をもちます。外部審査代理人の裁決は、いかなる訴訟手続においても証拠をして認められます。

弊社は、被保険者に外部審査請求1件につき\$25の手数料を課金し、1保険年度につき合計\$75を超えないようにします。弊社は、被保険者にとってこの手数料の支払いが困難であると判断した場合には、手数料を免除します。

弊社は、被保険者の担当医に外部審査請求1件につき\$50を課金します。

外部審査代理人が不認定または最終不認定を覆した場合、弊社は手数料を払い戻します。

被保険者および被保険者の担当医の責任

外部審査請求は、被保険者、または該当する場合は被保険者の担当医が開始する必要があります。外部審査請求手続は、ニューヨーク州保険局に必要な事項を記入した適切な申請書を提出することによって開始することができます。事後不認定に関する審査請求については、被保険者が請求承諾書と診療記録開示同意書に署名する必要があります。

ニューヨーク州法によれば、必要事項を記入した審査請求書は、給付拒絶判断を支持するという弊社からの通知書を受領された日または弊社から内部審査請求放棄書を受領された日のいずれかから4ヶ月以内に提出される必要があります。弊社にはこの期限を延長する権限はありません。

補償請求手続

ケガや病気の場合には、下記の手続を取ってください。

1. かかりつけの医師または病院に受診する。
2. 患者の氏名および被保険者である学生の氏名、住所、社会保障番号および学生の方が保険に加入している本人の大学名を添えて、医療費および病院の請求書一切を下記宛先に郵送する。補償請求申請に弊社の請求フォームは必要ありません。
3. 補償請求はケガをした日または病気で最初の治療を受けた日から30日以内に申請する。請求書は医療サービスを受けた日から120日以内か、できるだけ速やかに弊社に受領されなくてはなりません。

保険引受保険会社:

UnitedHealthcare Insurance Company of New York

補償請求および問い合わせ先:

UnitedHealthcare **Student**Resources

P.O. Box 809025

Dallas, TX 75380-9025

1-800-767-0700

claims@uhcsr.com

customerservice@uhcsr.com

この証書は保険の概要説明書として保管しておいてください。大学に保管されている一括保険証書には、お客様の保険給付に関する一切の規定、制限事項、除外事項および資格要件が記載されており、その中にはこの証書に記載されていないものもあります。一括保険証書は契約書であり、給付の支払いはこれに従って行われます。

この証書は保険契約番号2012-885-1の保険に基づいて作成されたものです。