



**Aetna Student Health
计划设计和福利摘要
首选医疗服务提供者组织 (PPO)**

The New School

保单年度：2026 – 2027 年

保单编号：246794

<https://www.aetnastudenthealth.com>

(800) 878-1927

**THE
NEW
SCHOOL**



免责声明：上述费率与福利尚待纽约州保险部批准，可能发生变更。如有变更，我们将更新此信息。

本文件为 Student Health 计划的简要说明。该计划适用于 The New School 学生及其符合条件的受扶养人。该计划由 Aetna Life Insurance Company (Aetna) 承保。本保险的确切条款（包括定义）包含随附于向您发布的保险单中，并可在 <https://www.aetnastudenthealth.com> 在线查看。如本计划摘要与保险单存在任何不一致之处，以保险单为准。

学生健康服务部

如遇医疗紧急情况，请拨打 911。如遇心理健康紧急情况，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，无论学生是否参保 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安排预约，或致电 (212) 229-1671 进行预约。如需更多信息，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/> 了解服务时间和其他信息。

FONEMED 是工余护士咨询热线，美国学生可在学生健康服务的非服务时间使用。经验丰富的护士将为您提供医疗指导、健康信息、决策协助和转介服务。请在工作日下午 5:00 后以及周末任何时间拨打 (212) 229-1671，并选择选项 1。

学生承保

谁符合资格？

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，并有资格参保学生医疗保险计划 (SHIP)。

选择性实习培训计划 (OPT) 学生：参加 OPT 的学生最多可连续一年参保学生健康保险计划 (SHIP)，并且首次参保必须在您作为学生参保该计划后紧接的下一个学期进行。在您获得 OPT 批准并收到您的就业授权文件 (EAD) 卡后，您就可以提交 OPT 健康保险参保表，该表在导航菜单“Enrollment Form”（参保表）下。继续参加 OPT 的学生仅可参保 2026 年秋季学期的 SHIP。开始参加 OPT 的学生可选择仅参保 2026 年秋季或参保全年的学生保险计划。**秋季参保截止日期是 2026 年 10 月 1 日。**

已参保本计划且于 2027 年春季学期开始 OPT 的学生，有资格参保 2027 年春季学期，并可选择继续参保 2027 年秋季学期。**春季新增 OPT 学生的参保截止日期为 2027 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。

参保与豁免截止日期

参保及豁免表格可在以下网址获取：universityhealthplans.com/tns。

秋季豁免截止日期：2026 年 9 月 8 日；春季豁免截止日期：2027 年 2 月 2 日

受抚养人承保资格

受保学生还可以为其合法配偶、同居伴侣（任何性别）和 26 岁以下的受抚养子女参保。

受抚养人参保

学生也可为其家属参保学生健康保险计划。受抚养人承保（如果已选）与学生的保险同时开始和结束，并且必须在学生参保计划的同时购买。如需为受保学生的受抚养人进行参保，请访问www.universityhealthplans.com/tns 并选择“Dependent Enrollment form”（受抚养人参保表），以填写该参保表。

承保日期和费率

参保学生及其符合条件的家属的保险将于下述保险开始日期的凌晨 12:01 生效，并于下述保障结束日期的晚上 11:59 终止。对参保受抚养人的承保将根据保险单所述的终止条款终止。

医疗保费率：

	年度 08/20/26–08/19/27 截止日期 09/08/2026	秋季 08/20/26–01/14/27 截止日期 09/08/2026	春季/夏季 01/15/27–08/19/27 截止日期 02/02/2027
学生	\$4,716	\$1,912	\$2,804
配偶	\$4,716	\$1,912	\$2,804
子女	\$4,716	\$1,912	\$2,804
两个或两个以上子女	\$9,432	\$3,824	\$5,608

包括牙科和视力计划在内的总费率：

	年度 08/20/26–08/19/27 截止日期 09/08/2026	秋季 08/20/26–01/14/27 截止日期 09/08/2026	春季/夏季 01/15/27–08/19/27 截止日期 02/02/2027
学生	\$4,859	\$1,970	\$2,889
配偶	\$4,859	\$1,970	\$2,889
子女	\$4,859	\$1,970	\$2,889
两个或两个以上子女	\$9,718	\$3,940	\$5,778

***本计划包含牙科和视力保险**

Medicare 资格通知

如果您在注册该学生计划时拥有 Medicare，则您没有资格参加学生健康计划。该计划不为拥有 Medicare 的人提供保险。

承保终止

若发生下列情况之一，保险单下的承保范围将自动终止：

学生未能在保费到期后 30 天内支付保费。保险将在保费有效期的最后一天终止。

学生不再符合保单持有人规定的资格要求的当月月底。我们将在保险终止前至少 30 天向学生发出书面通知。

学生死亡后，承保将终止，学生有受扶养人保险的除外。如果学生有受扶养人保险，则承保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。

对于所有其他受扶养人，承保至受抚养人不再符合参保资格要求的当年年底。

学生向我们提供书面通知要求终止承保的次月月底，或在通知中要求终止承保的更晚日期。

如果学生或其受扶养人实施了构成欺诈的行为，或学生在其参保申请表中或为了获得某项服务的承保而故意以书面形式对重要事实作出虚假陈述，则承保将在我们向学生和/或其受扶养人（如适用）发出书面终止通知后立即终止。如果终止乃因学生的行为所致，则该学生及其任何受扶养人承保将终止。如果终止乃因受扶养人的行为所致，则受扶养人的承保将终止。

保单持有人的保单终止日期。如果我们决定停止提供保险单所属的某类保单（与索赔历史或健康状况无关），我们将至少提前 90 天向保单持有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，我们将在保险终止前至少 180 天向保单持有人发出书面通知。保单持有人实施了构成欺诈的行为或做法，或故意对保险条款规定的重要事实作出虚假陈述。

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》（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。

网络内医疗服务提供者

Aetna Student Health 提供 Aetna 广泛的网络内医疗服务提供者网络。由于 Aetna 与网络内医疗服务提供者协商了特殊费率，因此您在网络内医疗服务提供者处就诊可以节省费用，而且由于计划的福利更好，您在网络内医疗服务提供者处获得福利时，自付费用往往更低。计划中的某些福利可能只有在网络内医疗服务提供者处接受治疗时才能获得承保。

如果您需要本计划承保但无法从网络内提供商处获得的护理，请拨打 ID 卡背面的免费电话，联系会员服务部寻求帮助。在这种情况下，Aetna 可能会向您签发预先批准，以便您接受网络外医疗服务提供者的护理。Aetna 签发预先批准后，网络外医疗服务提供者的福利水平与网络内医疗服务提供者相同。

预先授权

如果您希望计划承保某些服务，则必须事先获得 Aetna 的预先授权。网络内医疗服务提供者负责为其服务申请预先授权。如果您向网络外医疗服务提供者寻求保险单“福利表”部分中列出的任何服务，则由您负责申请预先授权。经纽约酗酒和药物滥用服务办公室认证的网络内机构无需预先授权。

如果您希望计划承保来自需要预先授权的网络外医疗服务提供者的服务，您必须通过您的 ID 卡上的号码致电 Aetna。Aetna 收到预先授权申请后，我们将审查您打算治疗的原因，并确定是否提供相应福利。

您必须联系 Aetna 申请预先授权，具体时间要求如下：

- 如果您的医疗服务提供者建议住院治疗，则至少在打算入院或手术前两 (2) 周。如果无法做到，则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进行手术或程序，则至少在门诊手术或任何门诊护理程序前两 (2) 周。
- 在孕期的前三 (3) 个月内申请，或在合理情况下尽快申请，并且如果您的住院时间预计超过 48 小时（阴道分娩）或 96 小时（剖宫产），则在实际分娩日期后 48 小时内再次申请。
- 在为非紧急情况提供空中救护服务之前。

如有以下情况，您还必须事后通知 Aetna：

- 在为紧急情况提供空中救护服务时，尽快联系。
- 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。

CVS Virtual Care®

从日常疾病、慢性病到心理健康支持，我们全程为您保驾护航。您只需告知需求，我们就会为您对接值得信赖的网络内医疗服务提供者，以便您预约虚拟问诊。

大多数心理健康问诊可在两周内安排。您可通过我们的虚拟诊所享受 24/7 的全天候服务。普通医疗：100% 承保。行为健康：有关更多信息，请参见福利表。请访问 CVS.com/virtual-care 注册并预约问诊。

优势描述

该计划不包括某些服务的承保范围，并且对其支付的金额有限制。虽然此计划摘要文档将告诉您该计划的一些重要功能，但保险单中定义了可能对您很重要的其他功能。要查看发给您的保险单中包含的完整计划说明，请前往 <https://www.aetnastudenthealth.com>。

所有承保均基于**允许金额**。

“允许金额”是指在扣除任何适用的定额手续费、自付扣除金和共同保险金额之前，Aetna 将为保险单所承保的服务或用品支付的最高金额。

- 针对网络外医疗服务提供者的允许金额将按以下方式确定：
 - 机构** – 对于机构，允许金额为基于 Medicare 和 Medicaid 服务中心费用信息确定的金额的 140%。
- **对于所有其他医疗服务提供者** – 对于所有其他医疗服务提供者，允许的金额将为基于 Medicare 和 Medicaid 服务中心费用信息确定的金额的 105%。

我们的允许金额并非基于“通常、惯常和合理的收费”。如果网络外医疗服务提供者的实际收费超过允许金额，则差额由您承担。请拨打您的 ID 卡上的号码联系我们或访问

<https://www.aetnastudenthealth.com>，了解您在接受网络外医疗服务提供者服务时的财务责任。

本计划将根据任何适用的纽约保险法支付福利费用。

分摊费用	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	
医疗自付扣除金 - 个人 - 家庭	\$150 无	\$300 无	
自付费用限额 - 个人 - 家庭	\$9,100 \$9,100	无限次 无限次	请参阅本保险单的“分摊费用支出和允许金额”部分，查看有关我们如何计算允许金额的说明。 网络外医疗服务提供者超出允许金额的任何费用均不计入自付扣除金或自付费用限额。您必须支付超出我们允许金额的网络外医疗服务提供者的费用金额。

诊所就诊	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
主诊医生诊室就诊 (或家访)	\$25 共付额, 之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额, 之后您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
专科医生诊室就诊 (或家访)	\$25 共付额, 之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额, 之后您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
预防性护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
儿童健康检查和免疫接种*	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	参见福利说明
成人年度体检*	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	参见福利说明
成人免疫接种*	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	
常规妇科服务/女性健康检查*	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	
用于检测乳腺癌的乳房 x 光检查、筛查和诊断成像	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	
女性绝育程序 *	全额承保	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	
输精管切除术	15% 共同保险 (达到自付扣除金后)	40% 共同保险 (达到自付扣除金后)	
我们不承保与选择性绝育逆转医疗程序相关的服务。			

预防性护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
骨密度测试*	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
前列腺癌筛查	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
结肠癌筛查	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
USPSTF 和 HRSA 要求的所有其他预防性服务。	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
*当预防性服务没有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时。	对适当的服务使用分摊费用（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；实验室程序和诊断测试）	对适当的服务使用分摊费用（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；实验室程序和诊断测试）	
紧急护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
紧急救护车运输（院前紧急医疗服务和紧急载送，包括空中救护车服务）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	支付与网络内医疗服务提供者相同的费用	参见福利说明
非紧急救护车服务（地面和空中救护车）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

承保限制/条款。

- 即使由医生开立，我们也不承保交通或载送费用，除非涉及紧急状况或属于我们批准的机构间转移。
- 我们不承保非救护车载送，如简易型救护车、货车或出租车。
- 当您的医疗状况由陆路救护车载送不合适时，且您的医疗状况需要陆路救护车无法提供的及时快速的救护载送服务，如果符合以下条件之一 (1)，可为与急诊状况有关的救护飞机或与非紧急载送有关的救护飞机提供承保：
 - 陆路车辆无法到达接送点；或
 - 距离太远或其他障碍（如交通拥堵）阻碍您及时转移至拥有合适设施的最近医院。

紧急护理	网络内医疗服务提供者 会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者 会员分摊费用责任	限制
急诊科 如果入院，免除共付额/共同保险。	15% 共同保险（达到自付扣除金后） 根据《公共卫生法》第 2805 - I 条进行的医疗保健法医检查无需支付分摊费用	支付与网络内医疗服务提供者相同的费用 根据《公共卫生法》第 2805 - I 条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部提供的跟进护理或常规护理。			
急症护理中心	\$50 定额手续费，然后由您支付 0% 达到自付扣除金后	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
针灸	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$25 共付额，免赔额赔付后您支付 40%	
高级成像服务 ● 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
高级成像服务 ● 在独立放射机构进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
高级成像服务 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
过敏检测和治疗 在主诊医生诊室进行	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$20 定额手续费，然后由您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
过敏检测和治疗 在专科医生诊室进行	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$20 定额手续费，然后由您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
门诊手术中心机构费	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
麻醉服务（所有情况）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
心脏和肺康复 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
心脏和肺康复 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
心脏和肺康复 作为住院医院服务进行	纳入住院医院服务分摊费用	纳入住院医院服务分摊费用	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
化疗和免疫疗法 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
化疗和免疫疗法 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
化疗和免疫疗法 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
脊椎推拿服务	\$25 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额，之后您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
临床试验	对适当的服务使用分摊费用	对适当的服务使用分摊费用	参见福利说明
我们不承保：研究性药物或装置的费用；您接受有关治疗所需的非保健服务的费用；管理有关研究的费用；或您在本保险单下不承保的临床试验所提供非研究性治疗的费用。			
诊断测试 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
诊断测试 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
诊断测试 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
透析 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
透析 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
透析 在独立中心进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
透析 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
适应训练服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在门诊机构进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
居家护理 就诊次数限制不适用于针对心理健康状况或物质使用障碍的居家健康护理。	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	每个计划年度四十 (40) 次就诊
不孕不育服务	对适当的服务使用分摊费用（诊室就诊；诊断放射服务；手术；实验室和诊断程序）	对适当的服务使用分摊费用（诊室就诊；诊断放射服务；手术；实验室和诊断程序）	参见福利说明
我们不承保： • 体外受精； • 配子输卵管内移植或受精卵输卵管内移植； • 与卵子或精子捐赠者相关的费用，包括捐赠者的医疗费用； • 精子和卵子的冷冻保存和储存，除非作为生育力保存服务进行； • 胚胎的冷冻保存和储存； • 排卵试纸； • 输卵管结扎后复通； • 输精管结扎后复通； • 与代孕相关的费用和服务，不属于本保险单下承保的服务； • 克隆；或 • 试验或研究性质的医疗程序和手术，除非我们的不承保被外部上诉代理推翻。			
输注治疗 • 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
输注治疗 • 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
输注治疗 • 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
输注治疗 居家输液治疗	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	居家输液计入居家护理就诊限额
住院医疗就诊	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
妊娠中断 堕胎服务	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
实验室程序 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
实验室程序 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
实验室程序 在独立的实验室机构中进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
实验室程序 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
产妇和新生儿护理 产前护理 根据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	30% 共同保险 (达到自付扣除金后)	参见福利说明
产妇和新生儿护理 未根据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	对适当的服务使用分摊费用 (主诊医生诊室就诊; 专科医生诊室就诊; 诊断放射服务; 实验室程序和诊断测试)	对适当的服务使用分摊费用 (主诊医生诊室就诊; 专科医生诊室就诊; 诊断放射服务; 实验室程序和诊断测试)	参见福利说明
产妇和新生儿护理 住院医院服务和分娩中心	15% 共同保险 (达到自付扣除金后)	40% 共同保险 (达到自付扣除金后)	如果产妇提前出院, 则承保一 (1) 次居家护理就诊, 无分摊费用
产妇和新生儿护理 分娩医生和助产士服务	15% 共同保险 (达到自付扣除金后)	40% 共同保险 (达到自付扣除金后)	

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
产妇和新生儿护理 母乳喂养支持、咨询和用品，包括吸奶器	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	在母乳喂养期间承保
产妇和新生儿护理 产后护理 根据 USPSTF 和 HRSA 支持的综合指南提供的产后护理	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
产妇和新生儿护理 产后护理 未根据 USPSTF 和 HRSA 支持的综合指南提供的产后护理	对适当的服务使用分摊费用（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；实验室程序和诊断测试）	对适当的服务使用分摊费用（主诊医生诊室就诊；专科医生诊室就诊；诊断放射服务；实验室程序和诊断测试）	
门诊捐赠母乳	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
门诊医院手术机构费用	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
入院前检测	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
在诊室施用的处方药 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$25 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
在诊室施用的处方药 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$25 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	参见福利说明
诊断放射服务 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
诊断放射服务 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
诊断放射服务 在独立放射机构进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
诊断放射服务 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
治疗放射服务 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
治疗放射服务 在独立放射机构进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
治疗放射服务 作为门诊医院服务进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
康复服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在主诊医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
康复服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在专科医生诊室进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
康复服务（物理治疗、职业治疗或言语治疗） 在门诊机构进行	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
关于癌症、手术和其他诊断的第二意见	\$25 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额，之后您支付 30% 达到自付扣除金后 在获得转诊的情况下，网络外专科医生对癌症诊断的第二意见可以按网络内分摊费用进行承保。	参见福利说明

专业服务和门诊护理	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	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 住院手术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明 所有移植手术必须在指定卓越中心医院进行
我们不承保：捐赠者或客人的交通费、住宿费、餐饮费或其他提供便利安排的费用；与器官移植手术有关的捐赠者费用；或收集和储存新生儿脐带血的常规费用。			
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 医院门诊手术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	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 在门诊手术中心进行的手术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	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 诊室手术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

额外福利、设备和装置	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
糖尿病设备、用品和自我管理教育 糖尿病设备和用品 (30 天用量)	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 糖尿病教育	\$25 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额，之后您支付 30% 达到自付扣除金后	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 糖尿病胰岛素 (30 天用量)	全额承保	\$15 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	参见福利说明
糖尿病设备、用品和自我管理教育 口服型抗糖尿病药物和注射型抗糖尿病药物 (30 天用量)	全额承保	\$15 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	参见福利说明
限制 仅可按照医生为您制定的治疗计划的数量提供用品。除非您有与视力不良或失明有关的特殊需求，或是有其他医疗上必需的情况，否则我们仅承保基本型号的血糖监测器。			
耐用医疗设备和支架	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
我们不承保为了使您感到舒适或方便的设备（例如游泳池、热水浴缸、空调、桑拿房、增湿器、除湿机、运动器材），因为这不符合耐用医疗设备的定义。 支架。 我们不承保由于您误用或滥用产生的修理或更换费用。			
外置助听器 处方助听器	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	每三 (3) 年购买一个

额外福利、设备和装置	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
人工耳蜗	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	每个计划年度每年一 (1) 个
临终关怀护理 住院	0% 共同保险（达到自付扣除金后）	0% 共同保险（达到自付扣除金后）	每个计划年度三百六十五 (365) 天
临终关怀护理 门诊	0% 共同保险（达到自付扣除金后）	0% 共同保险（达到自付扣除金后）	家庭丧亲咨询 5 次就诊
我们不承保：葬礼安排；教牧、财务或法律谘询；家政、护理者或临时护理。			
医疗用品	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
我们不承保非处方医疗用品。			
假肢装置 外部	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	每个计划年度每个肢体一 (1) 个假体装置
除非您对所有合成假发材料过敏，否则我们不承保由人发制成的假发。 除非因健康自然牙受到意外伤害所需或由于先天性疾病或异常所需，否则我们不承保义齿或其他与牙齿一同使用的装置。 眼镜和隐形眼镜不在保险单本部分的承保范围内，且仅可根据保险单“儿童视力护理”部分获承保。我们不承保保修期内的修理或更换费用，或由于您误用或滥用产生的修理或更换费用。 我们不承保鞋垫。			
假肢装置 内部	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明

住院服务	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
自体血液储存	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
连续住院（包括乳房切除术护理、心脏及肺病康复以及临终照护的住院）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
留院观察	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	参见福利说明
专业护理机构（包括心脏和肺康复）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	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）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
住院康复服务（物理、言语和职业治疗）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	言语和物理治疗仅在住院或手术后承保

精神和物质使用障碍 服务	网络内医疗服务提供者会 员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会 员分摊费用责任	限制
在医院持续住院的住院精 神健康护理（包括住宿型 治疗）	15% 共同保险（达到自付 扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣 除金后）	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） • 诊所就诊	\$25 共付额，之后您支 付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额，之后您支 付 30% 达到自付扣除金后	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） • 所有其他门诊服务	0% 共同保险，不受自付扣 除金限制	30% 共同保险，不受自付扣 除金限制	参见福利 说明
在医院持续住院的住院物 质使用服务（包括住宿型 治疗）	15% 共同保险（达到自付 扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣 除金后）	参见福利 说明
门诊物质使用服务（包括部 分住院、加护门诊计划服务 和药物辅助治疗） • 诊所就诊	\$25 共付额，之后您支 付 0% 不受自付扣除金限制	\$25 共付额，之后您支 付 30% 达到自付扣除金后	一个计划年 度最多可使 用二十 (20) 次就诊进行 家庭咨询

精神健康和物质使用障碍服务	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	使用非签约医疗服务提供者时会员承担的分摊费用	限制
门诊物质使用服务（包括部分住院、加护门诊计划服务和药物辅助治疗） 所有其他门诊服务 – 阿片类药物治疗计划	全额承保	30% 共同保险（达到自付扣除金后）	
门诊物质使用服务（包括部分住院、加护门诊计划服务和药物辅助治疗） 所有其他门诊服务	0% 共同保险，不受自付扣除金限制	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	
自闭症谱系障碍的 ABA 治疗	全额承保	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	参见福利说明
自闭症谱系障碍的辅助交流设备	全额承保	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	参见福利说明

限制。如果上述任何服务或治疗是根据《纽约教育法》规定的个性化教育计划所提供，则我们不承保此类服务或治疗。根据《纽约公共卫生法》第 2545 条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法规规定的个性化服务计划所提供的服务，不应影响本保险单对在教育环境之外以补充方式提供的服务的承保，前提是此类服务是由持证医师或持证心理医生开具

性别确认治疗			
具有医疗必要性的手术、激素替代疗法和咨询治疗 请访问 https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html 了解有关此福利的详细信息，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。	对适当的服务使用分摊费用	对适当的服务使用分摊费用	
性别确认治疗 额外服务	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	
除了您的保险单所承保的与性别确认治疗相关的医疗必要服务外，我们还承保以下与性别焦虑症相关的附加服务。 这些附加服务包括：			
甲状软骨缩小成形术（气管刮除术）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
与乳房手术无关的乳头重建	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
用于生殖器手术的皮肤以外的脱毛（例如电解脱毛、激光脱毛）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
嗓音与沟通治疗，嗓音课程	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	\$15 定额手续费，然后由您支付 40% 达到自付扣除金后	
束胸	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	

性别确认治疗 额外服务	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	
眼睑成形术（眼睑和眼部手术）提眉术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
面颊植入物 下巴植入物 面部骨缩小或增大术 额头提升术 丰唇或缩唇术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
毛发移植	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
隆鼻或鼻植入物	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
除皱术（面部提升、面部吸脂、颈部收紧）	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	
嗓音矫正手术，喉成形术	15% 共同保险（达到自付扣除金后）	40% 共同保险（达到自付扣除金后）	

处方药 如果处方药按照美国卫生资源和服务管理局 (HRSA) 支持的综合指南提供，或者如果用品或服务获得美国预防服务工作组 (USPSTF) 的“A”或“B”评级，并在参与药房获得，则无需支付分摊费用	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
针对用于治疗或预防人类免疫缺陷病毒 (HIV) 或艾滋病 (AIDS) 的承保抗逆转录病毒处方药，以及用于治疗物质使用障碍的处方药（包括用于阿片类药物戒断管理和/或稳定化、以及用于阿片类药物过量逆转的处方药），无需预先授权。			
您享有三 (3) 级计划设计，这意味着您的自付费用一般为第 1 级处方药最低，第 3 级处方药最高。您的第 2 级处方药自付费用通常会高于第 1 级，但低于第 3 级。			
零售药房 30 天用量 第 1 级 首选普通药	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明
零售药房 30 天用量 第 2 级 首选品牌药	\$75 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明
零售药房 30 天用量 第 3 级 非首选普通药和品牌药	\$100 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明

处方药	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任	限制
邮购药房 最多 90 天用量 第 1 级 首选普通药	\$50 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	网络外医疗服务提供者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 第 2 级 首选品牌药	\$187.50 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	网络外医疗服务提供者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 第 3 级 非首选普通药和品牌药	\$250 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	网络外医疗服务提供者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 第 1 级 首选普通药	\$20 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明
肠内配方 第 2 级 首选品牌药	\$75 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明
肠内配方 第 3 级 非首选普通药和品牌药	\$100 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险 不受自付扣除金限制	参见福利说明

承保限制/条款。

1. 我们保留根据医疗必要性（包括可接受的医疗标准和/或 FDA 推荐的指南）限制某些药物的数量、日供应量、提前续配和/或治疗持续时间的权利。
2. 如果我们确定您可能以有害或滥用的方式使用处方药，或以有害的频率使用处方药，您对参与药房的选择可能会受到限制。如果发生这种情况，我们可能会要求您选择一家参与药房，该药房将提供和协调所有未来的药房服务。只有当您使用选定的单一参与药房时，我们才会支付福利。如果您未在我们通知您之日起 31 天内做出选择，我们将为您选择一家参与药房。
3. 只有当复方处方药含有至少一 (1) 种属于承保处方药的成分、其本质上与制造商的处方药不同并且是从获准销售复方药的药房获得时，复方处方药才会获得承保。
4. 将不时使用各种特定和/或通用的“使用管理”方案，以确保药物的适当使用。此类方案将符合标准的医疗/药物治疗指南。方案的主要目标是为我们的会员提供以质量为中心的处方药福利。如果实施了使用管理方案，并且您正在使用受该方案影响的药物，您将提前收到通知。
5. 注射药物（自行注射的药物除外）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部分的承保范围内，但在本保险单的其他部分下承保。
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保险单的门诊和专业服务部分承保。
7. 对于依法无需处方的药物，我们不予承保，但以下情况除外：有书面医嘱的戒烟药物、根据 HRSA 支持的综合指南或 USPSTF 评级为“A”或“B”且有书面医嘱的非处方预防性药物或器械，或本保险单另有规定的情况。我们不承保具有非处方等效药物的处方药，除非处方药一览表中明确指定为承保。非处方等效药物是无需处方即可获得的药物，其名称/化学实体与处方药相同。我们不承保含有承保处方药的重新包装产品，例如治疗套组或便利包，除非处方药仅作为治疗套组或便利包的一部分提供。治疗套组或便利包包含一种或多种处方药，可与手套、指套、卫生湿巾或外用润肤剂等非处方用品一起包装。
8. 我们不承保用来替代丢失或被盗药物的处方药。
9. 我们不承保在医院、疗养院、其他机构、设施中或您作为居家护理患者期间配发给您的处方药，除非您或他人代您向医院、疗养院、居家健康机构或居家护理服务机构或其他设施支付的费用不包括药物服务费。
10. 对于以违反标准医疗惯例的方式开具或配发的任何药物，我们保留以非医疗必要性、试验性或研究性为由拒绝提供福利的权利。如果承保被拒绝，您有权按照本保险单的“使用审查”和“外部上诉”部分所述提出上诉。
11. 药房不需要配发根据药剂师的专业判断不应配药的处方单。

保健福利	网络内医疗服务提供者会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会员分摊费用责任
运动设施报销	每六 (6) 个月最高 \$200；配偶每六 (6) 个月最高可额外获得 \$100	
报销仅限于实际的锻炼次数。以下情况不予报销：		
● 网球俱乐部、乡村俱乐部、减肥诊所、水疗中心或任何其他类似设施的会员资格； ● 终身会员资格； ● 设施可能提供的设备、衣服、维生素或其他服务（例如按摩等）；或 ● 您的租金或房主协会费用中包含的便利设施服务，如健身房。		

儿童牙科和视力护理	网络内医疗服务提供者会员 分摊费用责任	网络外医疗服务提供者会 员分摊费用责任	限制
儿童牙科护理 预防牙科护理	\$35 定额手续费，然后由您 支付 0% 不受自付扣除金限制	\$35 定额手续费，然后由 您支付 0% 不受自付扣除金限制	每六 (6) 个月 进行一 (1) 次 牙科检查和 清洁 每隔三十六 (36) 个月进 行一次全口 X 光检查或 全景 X 光检 查，每隔六 (6) 个月进 行一次咬翼 X 光检查
儿童牙科护理 常规牙科护理	\$100 定额手续费，然后由您 支付 0% 不受自付扣除金限制	\$100 定额手续费，然后由 您支付 0% 不受自付扣除金限制	
儿童牙科护理 主要牙科护理（口腔外 科、牙髓科、牙周科和 修复科）	\$250 定额手续费，然后由您 支付 0% 不受自付扣除金限制	\$250 定额手续费，然后由 您支付 0% 不受自付扣除金限制	
儿童牙科护理 正畸 正畸和主要牙科需要预先 授权	50% 共同保险，不受自付扣 除金限制	50% 共同保险，不受自付 扣除金限制	

儿童视力护理			
儿童牙科和视力护理	网络内医疗服务提供者 会员分摊费用责任	网络外医疗服务提供者 会员分摊费用责任	限制
儿童视力护理 检查	\$25 共付额，之后您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	每十二 (12) 个月检查一 (1) 次
儿童视力护理 镜片和镜框	\$40 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	每十二 (12) 个月一 (1) 个处方镜片和镜框
儿童视力护理 隐形眼镜	\$40 定额手续费，然后由您支付 0% 不受自付扣除金限制	30% 共同保险，不受自付扣除金限制	

所有网络内预先授权请求均由您的参与医疗服务提供者负责。您不会因参与医疗服务提供者未能获得所需的预先授权而受到处罚。但是，如果服务不在保险单的承保范围内，您将负责服务的全部费用。

当您接受以心理健康或物质使用障碍为主要诊断的承保服务时，请拨打您的 ID 卡上的号码联系我们，了解您的财务责任相关信息。

其他承保服务	
紧急医疗后送	实际费用的 0% 共同保险，不受自付扣除金限制
医疗送返	实际费用的 0% 共同保险，不受自付扣除金限制
前往探望住院会员的交通	实际费用的 0% 共同保险，不受自付扣除金限制
未成年子女送返	实际费用的 0% 共同保险，不受自付扣除金限制
遗体送返	实际费用的 0% 共同保险，不受自付扣除金限制

意外死亡与伤残	肢体 福利
<u>丧失</u>	<u>福利金额</u>
人寿	\$10,000
失去两只或两只以上的手或脚	\$10,000
失去两只或两只以上手或脚的功能	\$10,000
双眼失明	\$10,000
失去语言能力和听力（双耳）	\$5,000
失去一只手或一只脚和一只眼睛失明	\$10,000
失去一只手或一只脚	\$5,000
一只眼睛失明	\$5,000
失去语言能力	\$2,500
失去听力（双耳）	\$2,500
失去同一只手的拇指和食指	\$2,500
失去同一只手的全部四指（拇指除外）	\$2,500
失去同一只脚的全部脚趾	\$2,500
失去拇指	\$2,500

不承保项目

本保险单不提供以下承保：

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。当您参保 Medicare 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。如果联邦法律要求我们先行赔付，或者您没有参保免保费 Medicare，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。

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赔偿金，则我们不承保此类服务。

航空。

我们不承保因航空而产生的服务，但作为定期航空公司运营的定期或包机航班的付费乘客除外。

疗养和看护。

我们不承保与休养、看护或交通相关的服务。“看护”是指帮助移动、进食、穿衣、洗澡、如厕和其他此类相关活动。看护不包括被确定为具有医疗必要性的承保服务。

美容服务。

除非另有说明，否则我们不承保美容服务、处方药或手术，但美容手术不包括因相关部位创伤、感染或疾病而进行的手术附带或紧随其后的重建手术，以及由于受保儿童的先天性疾病或异常导致功能缺陷而进行的重建手术。我们还承保与乳房切除术后重建手术相关的服务，如本保险单其他部分所述。美容手术不包括被确定为具有医疗必要性的手术。如果对 11 NYCRR 56 中列出的程序（例如，某些整形外科和皮肤科程序）的理赔是追溯性提交且未提供医疗信息，则任何拒绝均不受本保险单的“使用审查”和“外部上诉”部分的使用审查流程的约束，除非提交了医疗信息。

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，本保险单“儿童视力护理”部分特别说明的除外。

试验性或研究性治疗。

我们不承保任何试验性或研究性的医疗保健服务、程序、治疗、设备或处方药。但是，当我们拒绝承保服务的决定被州政府认证的外部上诉代理推翻时，我们将承保试验性或研究性治疗，包括您的罕见病治疗或您参与临床试验的患者费用，如本保险单的“门诊和专业服务”部分所述。但是，对于临床试验，我们不会承保任何研究性药物或设备的费用、您接受治疗所需的非健康服务费用、管理研究的费用或本保险单不承保的非研究性治疗的费用。有关您的上诉权利的进一步说明，请参阅本保险单的“使用审查”和“外部上诉”部分。

未列入的服务。

我们不承保本保险单中未列出的承保服务。

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赔偿金适当或及时提出索赔，此排除情况也仍适用。

牙科服务。

我们不承保牙科服务，但以下情况除外：在事故发生后 12 个月内因意外伤害到健全的天然牙齿而进行的护理或治疗；因先天性疾病或异常而必须进行的牙科护理或治疗；或本保险单的“门诊和专业服务”以及“儿童牙科护理”部分中特别说明的牙科护理或治疗。

医疗必要性。

一般而言，我们不会承保任何被我们确定为不具有医疗必要性的医疗保健服务、程序、治疗、测试、设备或处方药。但是，如果州政府认证的外部上诉代理推翻了我的拒绝决定，我们将承保被拒绝承保的服务、程序、治疗、测试、设备或处方药，前提是此类服务、程序、治疗、测试、设备或处方药在本保险单的条款下得到承保。

由家庭成员提供的服务。

我们不承保由受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、实验室或其他机构员工提供并单独计费的服务。

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。

政府机构。

除非法律另有要求，否则我们不承保任何联邦、州或其他政府实体拥有或经营的医院提供的护理或治疗，除非您被送往该医院是因为它靠近您受伤或生病的地点，并且需要提供紧急服务来治疗您的紧急情况。

重罪参与。

我们不承保因您参与重罪、暴动或叛乱而导致的任何疾病、治疗或医疗状况。此排除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（包括身体和心理健康状况）而提供的服务的承保。

转换治疗。

我们不承保转换治疗。转换治疗是心理健康专业人员试图改变 18 岁以下会员的性取向或性别认同的任何做法，包括努力改变行为、性别表达，或者消除或减少对同性个人的性或浪漫吸引力或感觉。转换治疗不包括为任何正在寻求进行性别转换或正在经历性别转换的个人提供咨询或治疗，这些咨询或治疗致力于提供对个人的接纳、支持和理解，或促进个人的应对能力、社会支持获取以及身份探索和发展，包括为预防或解决非法行为或不安全的性行为而进行的性取向中立干预措施，前提是咨询或治疗不寻求改变性取向或性别认同。

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相关的常规足部护理。但是，当您存在导致腿部或足部循环障碍或感觉减退的特定医疗状况或疾病时，我们将承保足部护理。

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

受制裁国家

如果本政策提供的保险违反或将违反任何经济或贸易制裁，则该保险立即被视为无效。例如，如果 Aetna 公司违反金融制裁法规，则不能为医疗保健或其他索赔或服务付款。这包括与被封锁人员或受美国制裁的国家有关的制裁，除非获得外国资产控制办公室 (OFAC) 的书面许可。有关更多信息，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整访问以下信息。如需帮助，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件，需要安装免费的 WinZip 应用程序。可从您的 App Store 下载。

非歧视通告

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、兵役状况、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 为残障人士提供免费的辅助工具和服务，并为主要语言不是英语的人提供免费的语言服务。

这些辅助和服务包括：

- 合格的语言口译员
- 其他格式（大字印刷、音频、可读取的电子格式、其他格式）的书面信息
- 合格的翻译员
- 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请拨打您 ID 卡上的电话号码。还不是 Aetna 会员？请致电 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 承保的健康服务符合适用的联邦和州法律。并非所有健康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。

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 plans 及其子公司 (Aetna)。

[illegible]