

首选医疗服务机构（PPO）定制健康保险

PHCS PPO 福利简表

本表对你健保计划提供的主要服务做一简介。《会员条款》完整描述了健保计划的福利和规定。

- **请注意：** 你在接受非指定医疗网络内服务机构的服务时，也对任何所欠余额承担责任。所欠余额指非指定医疗网络内服务机构收费超出新英格兰健康保险（Health New England）最大允许额的那一部分。
- 有关提前批准的说明：
某些服务可能需要提前批准。这些服务在福利表中以符号†标出。在有些情况下，如果你没有申请提前批准，服务将不会受到保障。（例如，下文不育症治疗一项。）在其它情况下，例如，在非指定医疗网络内服务机构进行急诊护理，如果你没有获得提前批准，你可能承担下文列出的福利下调费用。请注意，即使你申请了提前批准，本健保计划的排除或限制条款依然适用。例如，即使你申请了提前批准，保险也不负担非医疗所必须的服务。

	指定医疗网络内服务机构 HNE 和 PHCS 服务机构	非指定医疗网络内服务机构
每年的免赔额*（在本健保开始支付你使用保障服务前，你须支付该免赔额。免赔额包括 HNE、PHCS 和非指定医疗网络内服务机构的费用。如下表所列，有些服务没有免赔额。）	个人\$500 / 家庭\$1000	个人\$500 / 家庭\$1000
指定医疗网络内自付最高限额*（该自付最高限额指每年在你的健保开始 100% 支付允许额之前，你承担的基本健康福利共同承担额的最高限额。该自付最高限额包括 HNE 和 PHCS 的费用。指定医疗网络内的大部分费用，包括你负担的处方药物费用，适用于自付最高限额。）	个人\$2,500 / 家庭\$5000	不适用
非指定医疗网络内自付最高限额*（该自付最高限额指你在一年内承担的非指定医疗网络内服务机构收取包括医疗免赔额和共同承担额的最高限额。）	不适用	个人\$3,500 / 家庭\$7000
* 免赔额以日历年计算，从一月一日到十二月三十一日。		
福利下调（如果某些服务需提前批准，但会员未提出申请，福利下调适用于这些服务。）	\$500（不适用于 HNE 服务机构）	\$500

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用 HNE 和 PHCS 服务机构	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
住院护理		
急诊护理（在可选择非指定医疗网络内服务机构入院需提前批准。）	免赔额之后\$500；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20% 共同承担额，以及不超过\$500 的福利下调

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用 HNE 和 PHCS 服务机构	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
专业护理机构†（一个日历年限 100 天；在非指定医疗网络内服务机构入院需提前批准。）	免赔额之后\$500；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20%共同承担额，以及不超过\$500 的福利下调
住院康复†（一个日历年限60天；接受非指定医疗网络内机构的服务需提前批准。）	免赔额之后\$500；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20%共同承担额，以及不超过\$500 的福利下调
门诊预防性服务		
成人常规检查	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
儿童健康护理	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
儿童及成人常规免疫	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
常规产前产后护理	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
常规眼科检查（限一个日历年一次。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
年度妇科检查（限一个日历年一次。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
常规乳房 X 光照片（常规乳房 X 光照片每日日历年限 1 次。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
筛选结肠镜检查或乙状结肠镜检查（每五个日历年限 1 次。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
EOC 保障福利一节有关“门诊预防性服务”所列预防性筛选	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
营养咨询（每日日历年限 4 次。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
其它门诊护理		
医师诊所就医（一些指定医疗网络内门诊服务可能有免赔额）	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
二次诊断（一些指定医疗网络内门诊服务可能有免赔额。）	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
通过 Teladoc 跟内科、家庭及儿科医师就非紧急医疗状况进行电话和视频咨询	每次咨询\$20 自付额	未保障
在专家诊所或机构处进行听力测试（除受保障的年度常规检查规定的常规筛选之外）	免赔额之后每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
糖尿病相关项目：		
•门诊服务（一些指定医疗网络内门诊服务可能有免赔额）	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
•实验室服务	\$0	免赔额之后 20%共同承担额

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用 HNE 和 PHCS 服务机构	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
•耐用医疗设备（某些 DME 需提前批准）	20%共同承担额；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20%共同承担额以及不超过\$500 的福利下调
•个人糖尿病教育	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
•小组糖尿病教育	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
急诊室护理（如住院，免去自付额）	每次\$150 自付额	每次\$150 自付额
诊断化验	免赔额之后\$0	免赔额之后 20%共同承担额
睡眠研究†（每日历年限 2 次）	免赔额之后\$150（每年一次自付额；家庭睡眠研究无自付额）；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额（如未提前批准，会员承担所有费用）
实验室服务	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
放射科服务：超声波、X 光、非常规乳房 X 光照片	免赔额之后\$0	免赔额之后 20%共同承担额
诊断性成像：CT 扫描、核磁共振成像（MRIs）、心脏核磁共振成像（MRAs）、PET 扫描、核子心脏成像†	免赔额之后\$150 自付额，每年限 3 次自付额；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
门诊短期康复服务（每个日历年每一疾病限两个月或 25 次理疗或职业疗法，以较高次数为准。服务用来治疗自闭症谱系障碍时，此限制不适用。）	免赔额之后每一治疗类别每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
日间康复计划（限于一人终身一种疾病 15 个整日或半天的康复治疗）	免赔额之后一天或半天\$25 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
早期干预服务（保障从出生到 3 岁小孩。）	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
治疗自闭症谱系障碍的应用行为分析（ABA）†	\$0（对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用）	免赔额之后 20%共同承担额（如未提前批准，会员承担所有费用）
门诊手术服务及治疗（某些服务需提前批准。指定医疗网络内自付额以服务类型为基础，不以在何处获得服务为基础。关于此自付额是否适用于某一具体治疗，请联系新英格兰健保会员服务部。）	免赔额之后\$250	免赔额之后 20%共同承担额
过敏测试及治疗	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用 HNE 和 PHCS 服务机构	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
过敏注射	\$0	免赔额之后 20%共同承担额
计划生育服务		
诊所就医（免赔额可能适用于某些指定医疗网络内诊所的服务）	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
不育症服务		
有些不育症服务仅为马萨诸塞州和康列狄格州居民提供保障。有些服务需提前批准。		
诊所就医（免赔额可能适用于某些指定医疗网络内诊所的服务）	每次\$20 自付额；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
门诊手术 / 治疗†	免赔额之后\$250；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
实验室测试	\$0；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
住院护理†	免赔额之后\$500；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20%共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
生育护理		
非常规产前产后护理	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
生产/母婴医院护理（婴儿的保障限于常规新生儿婴儿室收费。之后的保障，须在婴儿出生 30 日内登记。）	免赔额之后\$500	免赔额之后 20%共同承担额
牙科服务		
在医生诊所内对非牙科疾病的手术治疗（免赔额可能适用于某些指定医疗网络内诊所的服务。）	免赔额之后每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
在医生或牙医诊所进行的紧急牙科护理	每次\$20 自付额	免赔额之后 20%共同承担额
在急诊室进行的紧急牙科护理	每次\$150 自付额	每次\$150 自付额
其它服务		
在家健康护理†	免赔额之后\$0；对于 PHCS 服务机构，不超过\$500 的福利下调	免赔额之后 20%共同承担额，以及不超过\$500 的福利下调
安养院服务†	\$0；对于 PHCS 服务机构，不超过\$500 的福利下调	免赔额之后 20%共同承担额，以及不超过\$500 的福利下调

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用 HNE 和 PHCS 服务机构	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
耐用医疗设备（某些项目需提前批准）	20% 共同承担额；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20% 共同承担额，以及不超过 \$500 的福利下调
假肢†	20% 共同承担额；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20% 共同承担额；如未提前批准，会员承担所有费用
救护车及运输服务（非紧急运输需提前批准；如未提前批准非紧急运输，会员承担所有费用）	免赔额之后每天 \$100 自付额	免赔额之后每天 \$100 自付额
肾透析	\$0	免赔额之后 20% 共同承担额
营养支持（如未提前批准，不受保障）†	\$0	\$0
心脏康复	免赔额之后每次 \$20 自付额	免赔额之后 20% 共同承担额
为因癌症或白血病治疗而掉发提供的假发（头皮头发修复）。（HNE 保障每一日历年一副假发）	20% 共同承担额	20% 共同承担额
言语、听力以及语言障碍 †（首次评估后进行的言语治疗服务需提前批准。）	免赔额之后每次 \$20 自付额；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20% 共同承担额，以及不超过 \$500 的福利下调 t
助听器†（限于 21 岁及以下会员。HNE 保障每一听力受损耳朵每 36 个月一个听诊器的花费，每一听诊器不超过 \$2,000 的上限。）	每一耳朵每一设备 \$0 到 \$2,000；对于 PHCS 服务机构，如未提前批准，会员承担所有费用	免赔额之后 20% 共同承担额（如未提前批准，会员承担所有费用）
人体器官移植及骨髓移植 †（如无提前批准，会员支付给非指定医疗网络内服务机构的免赔额及共同承担额不计入该会员的免赔额或最高共同承担额内。）	免赔额之后 \$500；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20% 共同承担额，以及不超过 \$500 的福利下调
行为健康（包括精神健康和物质滥用）		
住院服务†	免赔额之后 \$500；对于 PHCS 服务机构，不超过 \$500 的福利下调	免赔额之后 20% 共同承担额，以及不超过 \$500 的福利下调
门诊服务†	每次 \$20 自付额	免赔额之后 20% 共同承担额

处方药

（某些药物需提前批准）

处方药福利以《新英格兰健保处方集品牌药》为基础。请联系会员服务部或登录网站 healthnewengland.org 索取《新英格兰健保处方集品牌药》的副本。

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
指定医疗网络内药店（不超过 30 天的量）		
通用名药	\$10	\$10 的自付额，然后 20%
处方集品牌药	\$25	\$25 的自付额，然后 20%
非处方集品牌药	\$45	\$45 的自付额，然后 20%
邮购方式：（维持药物不超过 90 天的量）		
通用名药	\$20	未保障
处方集品牌药	\$50	未保障
非处方集品牌药	\$135	未保障

按摩治疗福利

福利	使用指定医疗网络内服务机构时你承担的费用	使用非指定医疗网络内服务机构时你承担的费用
每日历年限 12 次	\$20	\$20，然后 20%

提供此外文翻译仅出于礼貌目的；以英文原始文件为准。