

**International
Student
Health
Insurance**



BLUE 90



本计划摘要介绍 Blue 90 国际学生健康保险计划的主要保障内容。本文件仅为摘要,完整的定义、福利、限额与除外责任载于保单及福利明细表,如有冲突以原文为准。

重要提示

本保单由位于圣基茨和尼维斯(St. Kitts and Nevis)的 Spectrum Life Ltd. 签发,不适用于美国公民或居民。本保单为不可续保的一年期定期保单。

本保险不受美国《患者保护与平价医疗法案》(“PPACA”)约束,亦不提供其所要求的某些福利。本保险受圣基茨和尼维斯法律管辖,并受其法院专属管辖。

投保资格

被保险人为持有效护照、按时缴纳保费、离开母国(Home Country)前往美国的非美国公民。美国公民或永久居民不具投保资格。

- **Class 1:**在认可高等院校全日制注册的国际学生(F-1、J-1、M-1 签证),副学士、学士、硕士或博士课程,17~45 岁。
- **Class 2:**Class 1 被保险人的配偶。
- **Class 3:**Class 1 被保险人的受养子女。

不具资格:远程/在家学习学生、OPT 学生、美国公民或居民。合格受养人:配偶或同居伴侣至 64 岁,未婚受养子女至 19 岁。

保障期间与保费

合格学生须在保障期起至少前 90 天实际上课。保障最早于开课前 30 天生效,最迟于结课后 30 天终止。年度保费(美元,一次性缴付),按年龄段:

年龄段	年度保费 (Blue 90)
17~24 岁	\$1,591
25~29 岁	\$1,963
30~45 岁	\$3,292

福利明细表(Schedule of Benefits)— 主要内容

保单最高福利 (POLICY MAXIMUM BENEFITS)	
美国医疗网络	Aetna
保障区域	全球(母国除外)
每项疾病 • 伤害最高福利	无上限
终身福利上限	无上限
每保险期间个人免赔额(Deductible)	
– 网络内提供者	\$100 / 被保险人(网络内)
– 网络外提供者	\$500 / 被保险人(网络外)
– 网络内免赔额不计入网络外免赔额	

定额自付 (COPAYMENTS) — 不计入免赔额或自付上限	
学生健康中心(SHC)	每次 \$0
全科/专科门诊	每次 \$25
医院(每次住院)	每次 \$0
紧急护理中心(Urgent Care)	每次 \$50

急诊室(住院则豁免)	每次 \$150
自付上限及其他条款	
每被保险人自付上限(Out-of-Pocket Max) - 免赔额及定额自付(含处方药)不计入自付上限	网络内 \$6,000 网络外 \$12,000
既往症(Pre-Existing)限制	学生:无等待期即予保障 受养人:24 个月等待期后保障
学生健康中心(SHC)	豁免免赔额与定额自付,服务按 100% 给付

本保险的保障内容

以下共付比例(coinsurance)适用于美国境内网络内提供者,或美国境外发生的合资格费用。在美国境内使用网络外提供者时降至 UCR 的 70%。美国境外(M-1/M-2 签证持有人除外)共付比例为 UCR 的 90%。

住院及院内福利	
含半私人病房的住院	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
重症/心脏监护(ICU/Cardiac)	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
医生 • 整骨医 • 专科医生院内诊疗	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
诊断检查、医院杂费、X 光及化验	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
入院前检查 - 入院前 3~5 个工作日内	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
住院康复 - 每保险期间最多 45 天 - 须紧接住院之后入住机构	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

门诊福利	
初级诊疗 - 适用门诊定额自付 - 每专科每日 1 次	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
专科医生诊疗 • 会诊 - 适用门诊/紧急护理定额自付 - 治疗伤病时每专科每日 1 次	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
诊断检查 - X 光 • 化验;MRI、PET、CT - 门诊外检查适用门诊定额自付	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
治疗性服务(Therapeutic) - 每项疾病 • 伤害最多 12 次,每日 1 次 - 适用门诊定额自付	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

手术福利(住院/门诊)	
住院 • 门诊 • 日间手术 - 主刀医生费;助手医生 • 麻醉医生	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

<ul style="list-style-type: none"> - 设施费;化验;药物 • 敷料 - 其他医疗服务 • 耗材 	
重建手术 <ul style="list-style-type: none"> - 因医疗必要、非美容状况,以恢复/改善功能 - 须于疾病 • 伤害 • 意外之日起 12 个月内进行 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

急诊福利	
急诊室及医疗服务 <ul style="list-style-type: none"> - 住院则豁免定额自付 - 非急诊使用急诊室降至网络内 30% • 网络外 20% 共付 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
救护车服务 <ul style="list-style-type: none"> - 急诊本地地面救护车 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
急诊牙科 <ul style="list-style-type: none"> - 保障期内健康自然牙的意外损伤 - 每颗牙最高 \$250;每保险期间 \$1,000 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
姑息性牙科护理 <ul style="list-style-type: none"> - 突发疼痛 - 每保险期间最高 \$600 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

生育福利	
顺产或医疗必要剖宫产;产前 • 产后护理及妊娠并发症 <ul style="list-style-type: none"> - 受孕须在生效日 10 个月之后 - 网络内提供者;须预先授权 - 确认妊娠后 30 天内通知 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
选择性终止妊娠 <ul style="list-style-type: none"> - 每保险期间最高 \$1,500 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

其他福利(住院/门诊)	
精神健康 <ul style="list-style-type: none"> - 门诊 - 适用门诊定额自付 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
预防性护理及年度体检 <ul style="list-style-type: none"> - 新生儿~12 个月:最多 9 次;儿童 • 成人年度体检、疫苗 - 仅限网络内或 SHC;不适用免赔额 - 使用网络外提供者则无福利 	100% 优惠给付 SHC 按 100% UCR 给付
替代医学(脊椎按摩 • 顺势疗法 • 针灸) <ul style="list-style-type: none"> - 每保险期间最高 \$500;适用门诊定额自付 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
癌症治疗及肿瘤科	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
家庭健康护理(Home Health) <ul style="list-style-type: none"> - 最少住院 3 天;出院后 3 天内开始 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
临终关怀(Hospice) <ul style="list-style-type: none"> - 住院最多 45 天;门诊每保险期间最高 \$5,000 	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

AIDS / HIV+ / ARC 及相关病症	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
耐用医疗设备(DME) – 租赁按购买价报销	90% UCR
酒精 • 药物滥用 – 仅限康复治疗	90% 优惠给付(Preferred Allowance)
处方药物 – 最多 31 天用量;含口服避孕药 – 须使用 Global Reach Rx 网络药房;网络外不予保障	Tier 1:\$10 定额自付 Tier 2:\$30 定额自付 Tier 3:\$50 定额自付
休闲活动 • 业余运动	90% 优惠给付(Preferred Allowance)

非医疗费用福利 — 不计入医疗最高限额

医疗转运(Medical Evacuation)	实际费用的 100%
医疗送返(Repatriation)	往返经济舱机票实报
遗体运返	实际费用的 100%

意外身故及伤残 (AD&D)

主被保险人本金(Principal Sum)	\$30,000
损失认定期	自保障意外之日起 90 天
意外身故	本金的 100%
丧失双手 • 双足或双眼视力全失	本金的 100%
丧失一手或一足	本金的 50%
丧失一眼视力	本金的 50%

预防性护理

预防性护理包括用于预防疾病或早期发现的筛查、体检与咨询。成人健康访问及预防服务除基本测量与病史回顾外,还包括:

- 免疫接种(白喉、甲/乙型肝炎、带状疱疹、HPV、流感、麻疹、脑膜炎球菌、腮腺炎、百日咳、肺炎球菌、风疹、破伤风、水痘、COVID-19)— 在学生健康中心或 Global Reach Rx 网络药房接种。
- 预防筛查(每年 1 次):PAP;乳房 X 光(40 岁以上);PSA 检测(50 岁以上)。
- 婴幼儿体检(0~12 个月,每保单期间最多 9 次)。

处方药物

凭医生书面处方,在 Global Reach Rx 网络药房配药。药品分为 Tier 1(仿制药)、Tier 2(品牌药)、Tier 3(非优选品牌药)。部分药品须预先授权;单次配药超过 \$3,000 须预先授权。

- **Tier 1(仿制药):**每张处方 \$10 定额自付
- **Tier 2(品牌药):**每张处方 \$30 定额自付
- **Tier 3(非优选品牌药):**每张处方 \$50 定额自付

提供者网络及预先授权

本计划提供美国境内 Aetna 优选提供者网络。网络内提供者接受优惠给付作为全额付款。使用网络外提供者费用更高:报销以 UCR 为限,差额可由提供者向被保险人另行收取。若 30 英里半径内无网络提供者,则按网络内处理。

须预先授权的项目:住院;门诊·日间手术;所有癌症治疗(含化疗与放疗);单次配药超过 \$3,000 的处方;医疗转运/送返及其他非医疗福利;每保险期间预计超过 \$10,000 的治疗。非急诊手术须提前至少 10 个工作日、急诊入院须在 48 小时内联系 Redbridge。未取得预先授权将扣减 30% 保障费用。

主要除外与限制

以下为本计划除外或限制服务的示例。本部分为摘要,完整除外责任请参阅保单。

- 酒精·药物滥用(福利明细表载明的康复治疗除外)。
- 乳房缩小;非医疗目的的美容·选择性手术。
- 由其他主体报销的费用(工伤保险、其他保险/政府、学生健康费)。
- 牙科治疗(健康自然牙意外损伤或载明儿童牙科者除外)。
- 实验性、研究性或超说明书服务。
- 不孕·不育治疗及避孕(IVF、GIFT、ZIFT、绝育及复通)。
- 性别认同障碍及相关治疗。
- 无症状·无证实风险因素的基因筛查。
- 听力护理(检查·助听器)—因保障伤病所致者除外。
- 超过明细表金额的母国境内医疗费。
- 违法行为所致伤病;旅行免疫接种。
- 机动车费用(有列明例外);除保障伤害外的鼻部手术。
- 非医疗/看护性护理(Custodial);器官移植;常规足部护理。
- 既往症(受养人)、常规护理与维持—载明者除外。
- 性功能障碍;戒烟;睡眠检查;美容性皮肤病症。
- 危险/极限运动及校际·校内·俱乐部运动。
- 视力护理(检查·验光·镜片·矫正手术)—载明儿童视力者除外。
- 战争·恐怖主义;核·化学·生物暴露。
- 体重相关治疗及肥胖手术。
- 家人/同住者提供的服务;为就医目的赴美。

重要术语

Allowable Charge(可认可费用) — 承保公司为保障服务确定的合理与惯常费用。在美国由优选提供者提供服务时,无差额需付。

Coinsurance(共付比例) — 免赔额满足后,被保险人与承保公司分担的可认可费用比例。

Copayment(定额自付) — 每次门诊支付的固定金额。不计入免赔额或自付上限。

Deductible(免赔额) — 福利启动前被保险人每保险期间承担的可认可费用;不计入自付上限。

Home Country(母国) — 被保险人持有护照的国家。

Medical Emergency(医疗急症) — 因疾病或伤害引发的突发事件,普通人可合理预期若不立即救治将使健康陷入严重危险。

Out-of-Pocket Maximum(自付上限) — 免赔额之后被保险人在保单年度内承担的可认可费用上限;此后承保公司支付合格费用的 100%。

Preferred Allowance(优惠给付) — 网络内提供者接受作为保障费用全额付款的金额。

UCR(惯常、通行、合理费用) — 提供者的惯常费用与同区域同类服务一般费用中的较低者。

理赔及联系方式

理赔由 Redbridge 管理,须在治疗后 180 天内提交。提供者可直接向承保公司出账;否则须提交理赔表及付款收据。报销方式为直接存款(美国银行)、电汇(境外)或支票。

REDBRIDGE — 计划管理方	
理赔	claimsmiami@redbridge.cc
客户服务	amgroup@redbridge.cc

预先授权	service@redbridge.cc
电话	305-709-0561 • 免费 1-800-791-4531

本文件为 DIANins(计划推广方)编制的摘要,不构成对保单的修改。以 Spectrum Life Ltd. 签发的保单及福利明细表为所有保障的准据。计划代码 26BLUE90。