

New York City Employee PPO (NYCE PPO) 计划

本文件为计划福利的概览说明。请参阅 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 概览计划说明 (SPD), 了解完整福利和详细内容。

		网络内		网络外
<ul style="list-style-type: none"> 除非另有说明, 否则所有福利上限均按日历年度计算 (1/1/26-12/31/26)。 每次就诊可能适用多项定额手续费。 所列福利均适用于医疗、行为健康和物质使用。 		首选 适用于 New York 下州地区 (EmblemHealth Bridge 网络)。 <ul style="list-style-type: none"> Advantage Care Physicians New York (ACPNY) New York 市健康与医院 (NYC Health + Hospitals, H+H) 仅限设施: <ul style="list-style-type: none"> Memorial Sloan Kettering 癌症中心 (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, MSK) 特殊外科手术医院 (Hospital for Special Surgery, HSS) 	网络 包括 EmblemHealth Bridge 网络 (下州 13 个郡区)、联合健康保险全国 Choice Plus 网络, 以及 Puerto Rico 的 MAPFRE 网络。	非合约医疗护理提供者 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
	每个日历年度自付扣除金	\$0		个人 \$200 / 家庭 \$500
	每个日历年度共同保险自付费用上限	不适用	每人 \$200	每人 \$2,000*
	每个日历年度定额手续费自付费用上限 (网络外)	不适用	不适用	每人 \$1,250*
	每个日历年度自付费用总上限 包括自付扣除金、定额手续费、共同保险和药房费用。	个人 \$7,150 / 家庭 \$14,300 一旦达到自付费用总上限, 在该日历年度剩余时间内, 会员分摊费用将予以免除。		无上限
即时护理				
救护	陆上	不收取费用 (非急诊陆上救护不属于承保范围)		您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。(非急诊陆上救护不属于承保范围)
	空中	不收费		
急诊室	设施	每次定额手续费 \$150 (如在 24 小时内住院则免除定额手续费)		
	仅限急诊医生	不收费		
Teladoc Health 网络门诊看诊		每次定额手续费 \$10		不适用
紧急护理		New York 市健康与医院 (H+H): 每次定额手续费 \$25 每次定额手续费 \$50	每次定额手续费 \$50; 每次定额手续费 \$100 (仅限下州 13 个郡区的 CityMD 和 ProHealth)	达到自付扣除金后, 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
医疗诊所服务 (每次就诊可能适用多项定额手续费)				
主治医生 (Primary care provider, PCP) 诊所门诊		不收费	每次定额手续费 \$15	达到自付扣除金后, 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
专科医生诊所门诊		不收费	每次定额手续费 \$30	
免预约零售健康诊所 (便捷护理)		不收费	每次定额手续费 \$15	
化验 (包括过敏测试) 医疗诊所和独立化验室		不收费	每次定额手续费 \$20	
X 光 医疗诊所和独立放射中心		不收费	每次定额手续费 \$20	
高级成像 医疗诊所和独立放射中心		New York 市健康与医院 (H+H): 每次定额手续费 \$25 每次定额手续费 \$50	每次定额手续费 \$100	
外科手术 医疗诊所		不收费	不收费	
过敏注射 医疗诊所		不收费	主治医生 (PCP): 每次定额手续费 \$15 专科医生: 每次定额手续费 \$30	

* 请参阅 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 概览计划说明 (SPD), 了解完整福利、详细内容和事前授权, 或于周一至周五东部时间上午 8 时至晚上 8 时致电 212-501-4444 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。并非所有福利均适用于定额手续费和共同保险上限。

		网络内		网络外
		首选	网络	非合约医疗护理提供者
住院服务				
医院设施费用 (例如: 医院病房和所有住院服务)		不收费	每次住院定额手续费 \$300, 每个日历年度最多 \$750 (与专业护理合并计算)。	每次住院定额手续费 \$500, 每个日历年度最多 \$1,250; 共同保险 20%, 每个日历年度最多 \$2,000。您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
医生 / 外科医生费用		不收费	不收费	达到计划自付扣除金后, 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。 您必须致电 212-501-4444 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711) 以取得事前授权。 如果您未取得事前授权, 福利可能每天减少 \$250, 累计减少金额最多以服务总费用的 \$500 为上限 (仅限网络外)。
专业护理		不收费	每次住院定额手续费 \$300, 每个日历年度不超过 \$750 (与住院合并计算)	每次住院定额手续费 \$500, 每个日历年度最多 \$1,250; 共同保险 20%, 每个日历年度最多 \$2,000。您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
门诊服务 (每次就诊可能适用多项定额手续费)				
化验 门诊医院	设施	不收费	每次定额手续费 \$20	达到自付扣除金后, 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
X 光 门诊医院	设施	不收费	每次定额手续费 \$20	
高级成像 门诊医院	设施	每次定额手续费 \$25 (New York 市健康与医院 (H+H)) 每次定额手续费 \$50 (亦包括 NY 下州的 Radnet 和 Zwanger)	每次定额手续费 \$100	
外科手术 门诊医院或门诊手术中心	设施	不收费	共同保险 20% — 不超过日历年度合并计算的共同保险自付费用上限 \$200。	每次定额手续费 \$500 — 不超过日历年度合并计算的定额手续费自付费用上限 \$1,250。共同保险 20% — 不超过日历年度合并计算的共同保险自付费用上限 \$2,000。您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
	医生	不收费	不收费	达到自付扣除金后, 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。

*请参阅 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 概览计划说明 (SPD), 了解完整福利、详细内容和事前授权, 或于周一至周五东部时间上午 8 时至晚上 8 时致电 **212-501-4444** (听力语言残障服务专线 (TTY): **711**)。并非所有福利均适用于定额手续费和共同保险上限。

	网络内		网络外
	首选	网络	非合约医疗护理提供者
家庭护理服务			
家庭健康护理	不收费	不收费	每个护理阶段定额手续费 \$50，另加共同保险 20% — 您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。定额手续费和共同保险上限不适用。
私人看护	不收费	不收费	每个日历年度单独自付扣除金 \$250 / 共同保险 20%。达到单独自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。共同保险上限不适用。
善终护理 居家和住院	不收费	不收费	达到自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
器材和用品			
耐用医疗器材 (Durable medical equipment, DME) 耐用医疗器材 (DME) 和义具合并计算	每个日历年度单独自付扣除金 \$100		每个日历年度单独自付扣除金 \$100。达到单独自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
糖尿病器材和用品	不收费	不收费	达到自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
预防护理			
预防护理	不收费	不收费	达到自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
物理、职能和言语治疗与脊椎推拿			
物理、职能和言语治疗	不收费	每次定额手续费 \$20	达到自付扣除金后，您支付计划补贴和医疗护理提供者费用之间的差额。
推拿 (脊椎)	不收费	每次定额手续费 \$15	

额外福利和说明

- 不孕症属于承保范围，体外受精终身最多 3 个周期。
- 在美国以外国家提供的服务按网络外福利级别提供承保。
- 网络外诊所和门诊场所中的疼痛管理不予承保。
- Optum 移植资源卓越中心可按网络内网络福利提供服务。
- Optum 减重资源服务可按网络内网络福利提供。

*请参阅 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 概览计划说明 (SPD)，了解完整福利、详细内容和事前授权，或于周一至周五东部时间上午 8 时至晚上 8 时致电 212-501-4444 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。并非所有福利均适用于定额手续费和共同保险上限。

本内容仅供参考之用。不构成医疗建议，亦不应取代您与健康护理提供者的定期咨询。如果您对自身健康有任何疑问，请联系您的健康护理提供者诊所。此外，本信息并非暗示此处所述的服务或治疗属于您计划的承保福利。请参阅您的福利及承保范围概览、概览计划说明或其它计划文件，了解有关您福利承保的具体信息。

© 2026 EmblemHealth。保留所有权利。© 2026 联合健康保险服务公司。保留所有权利。UMC0370-MAN 0226 UA



基本福利配药承保和自选附约

通过 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 提供的处方配药

	零售	递送到府
基本福利 — 平价医疗法案 (Affordable Care Act, ACA) 强制项目和糖尿病项目	<p>可在 Walgreens/Duane Reade 取得 90 天零售药量。</p> <p>胰岛素: \$0</p> <p>仅限糖尿病用品: 副厂药 \$5, 原厂药 \$15</p> <p>阿片类药物戒断治疗药物:</p> <p>第一层次 - 共同保险 20%, 最低收费 \$5。</p> <p>第二层次 - 共同保险 40%, 最低收费 \$25。</p> <p>第三层次 - 共同保险 50%, 最低收费 \$40。</p> <p>平价医疗法案 (ACA) 处方配药以 \$0 提供承保</p>	<p>可通过 Amazon Pharmacy 取得 90 天邮寄药量, 电话 844-536-4074 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。</p> <p>递送到府: 90 天药量</p> <p>仅限糖尿病用品: 副厂药 \$12.50, 原厂药 \$37.50</p> <p>阿片类药物戒断治疗药物:</p> <p>第一层次 - 共同保险 20%, 最低收费 \$5。</p> <p>第二层次 - 共同保险 40%, 最低收费 \$25。</p> <p>第三层次 - 共同保险 50%, 最低收费 \$40。</p> <p>平价医疗法案 (ACA) 处方配药以 \$0 提供承保</p>
自选药物附约副厂药 (第一层次)	<p>可在 Walgreens/Duane Reade 取得 90 天零售药量。</p> <p>30 天药量 — 补充 2 次, 共同保险 20%, 最低收费 \$5, 或实际费用 (若少于最低收费)。</p>	<p>可通过 Amazon Pharmacy 取得 90 天邮寄药量, 电话 844-536-4074 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。</p> <p>递送到府: 90 天药量 — 处方配药定额手续费 \$12.50, 在零售药房补充 2 次后将无法再行购买。</p>
选用药物附约首选品牌药 (第二层次) *	<p>可在 Walgreens/Duane Reade 取得 90 天零售药量。</p> <p>30 天药量 — 补充 2 次, 共同保险 40%, 最低收费 \$25, 或实际费用 (若少于最低收费)。</p>	<p>可通过 Amazon Pharmacy 取得 90 天邮寄药量, 电话 844-536-4074 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。</p> <p>递送到府: 90 天药量 — 处方配药定额手续费 \$50, 在零售药房补充 2 次后将无法再行购买。</p>
选用药物附约非首选品牌药 (第三层次) *	<p>可在 Walgreens/Duane Reade 取得 90 天零售药量。</p> <p>30 天药量 — 补充 2 次, 共同保险 50%, 最低收费 \$40, 或实际费用 (若少于最低收费)。</p>	<p>可通过 Amazon Pharmacy 取得 90 天邮寄药量, 电话 844-536-4074 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。</p> <p>递送到府: 90 天药量 — 处方配药定额手续费 \$75, 在零售药房补充 2 次后将无法再行购买。</p>
特殊药物* 必须由专科药房配发	属于承保范围 (费用依据上述类别计算)。	您必须致电 Prime Therapeutics (Rx) 833-998-5430 (听力语言残障服务专线 (TTY): 711) 以取得事前授权。

分摊费用将仅计入自付费用总上限。

*特定原厂药需要事前授权。仅限特殊药物: 必须由专科药房配发。
关于“PICA 方案”特殊药物, 请参阅概览计划说明 (Summary Plan Description, SPD)。

请参阅 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 概览计划说明 (SPD), 了解完整福利、详细内容和事前授权, 或于周一至周五东部时间上午 8 时至晚上 8 时致电 **212-501-4444** (听力语言残障服务专线 (TTY): 711)。

EIWI26MP0374075_000
02/2026

本内容仅供参考之用。不构成医疗建议, 亦不应取代您与健康护理提供者的定期咨询。如果您对自身健康有任何疑问, 请联系您的健康护理提供者诊所。此外, 本信息并非暗示此处所述的服务或治疗属于您计划的承保福利。请参阅您的福利及承保范围概览、概览计划说明或其它计划文件, 了解有关您福利承保的具体信息。

© 2025 EmblemHealth. 保留所有权利。© 2025 联合健康保险服务公司。保留所有权利。
UMC0370-MAN 0226 UA

EMB_MB_FLY_70481_Benefit Grid_9-25 10-11976 CS

