

医疗费用保险

本章将向您介绍当今市场上不同类型的医疗计划。在阅读本节内容时，请关注不同类型的保险能为投保人提供什么，并比较它们的优缺点。在学习材料时，请向自己提出以下问题："如果我要购买保险，我会购买哪种类型的保险，为什么？如果我的健康状况不同，选择会有什么变化？基于经济、职业和健康状况等因素，一个人可能会觉得某一种健康保险比另一种更受欢迎。本章包含大量重要信息。请仔细阅读，并尽可能多地将这些材料与实际情况联系起来。

TERMS TO KNOW

Appeal - 请求上级机关复审决定

Blanket policy

- 承保参加特定活动的特定群体成员，但不指明投保人（如学生、乘客、运动队）的姓名

Capitation

Gatekeeper - 一种付费安排，医生或医生团体为分配给他们的每个注册者按时间段支付固定金额

Indemnity plan

，无论该注册者是否就医

Nonrenewal - HMO 计划中的初级保健医生（PCP）

Out-of-pocket expenses

- 根据预先确定的固定费率向投保人支付医疗保险金，与实际发生的费用无关

Reimbursement - 保单到期终止

Stop-loss

Subscriber

- 被保险人必须先支付共同保险费和免赔额，保险公司才会支付其应承担的部分；

- 被保险人必须先支付共同保险费和免赔额，保险公司才会支付其应承担的部分。

- 償還損失的行為

- 被保险人在该年度自付的金额

- 注册 HMO 等预付费医疗计划的人

A. 计划类型

1. Basic

基本住院、手术和医疗保险以及大病保险通常被归类为

Medical Expense Insurance。它们为意外事故或疾病导致的医疗费用提供赔付。

三种基本保险（住院、手术和医疗）可以单独购买，也可以打包购买。这些类型的保险通常被称为**一元**保险，因为它们通常不要求被保险人支付免赔额。这

与Major Medical Expense 保险不同。不过，基本医疗保险的承保范围通常比大病保 险 更有限。

重大医疗费用保险通过报销发挥作用。保险公司向医疗服务提供者报销任何应付金额。

Basic Hospital Expense Coverage

Basic hospital expense coverage:住院费用保单承保被保险人住院期间的住院食宿费用以及杂项住院费用，如化验和 x 光费用、药品、手术室使用费和用品费。**room and board** 没有免赔额，每天的限额为特定金额，最多不超过天数。这些限额可能无法全额支付被保险人的住院食宿费用。*例如*，如果住院费用津贴为每天 500 美元，而医院实际收取的费用为每天 650 美元，那么被保险人将承担每天 150 美元的额外费用。

Know This!基本住院费用保险没有免赔额。

Miscellaneous Hospital Expenses

miscellaneous hospital expenses 通常有单独的限额。该限额用于支付与住院相关的其他杂项费用，可以是食宿费用的倍数（如食宿费用的 10 倍），也可以是固定金额。此外，保单还可规定某些类型费用的最高限额，如 100 美元的药品费或 150 美元的手术室使用费。与食宿费一样，医院杂项费用限额可能无法支付被保险人长期住院所需的全部费用。

Basic Medical Expense Coverage

Basic medical expense coverage该保险通常被称为*基本医生非手术费用保险*，因为它为医生提供的非手术服务提供保险。不过，赔付范围通常仅限于对住院病人的出诊。有些保险也会支付门诊费用。赔付没有免赔额，但承保范围通常限于每天特定的出诊次数、每次出诊的限额或每次住院的限额。

除了非手术的医生费用外，还可以购买基本医疗费用保险，以支付紧急事故津贴、产妇津贴、精神和神经失调、临终关怀、家庭保健、门诊护理和护士费用。无论购买哪种类型的计划或保险，这些保单通常只提供有**时间限制**的有限福利。除了医疗费用保单支付的保险金之外，被保险人往往还需要支付一笔相当大的费用。

Basic Surgical Expense Coverage

Basic surgical expense coverage:这种保险通常与住院费用保险一起承保。无论手术是在医院内还是医院外进行，这些保单都会支付外科医生的服务费用。承

保范围包括外科医生的费用、麻醉师的费用以及手术室的费用（如果不作为杂项医疗项目承保）。与其他类型的基本医疗费用保险一样，没有免赔额，但承保范围有限。每项

surgical schedule 列出了承保的手术类型及其分配的美元金额。如果手术未列出，合同可支付类似手术的费用。特别明细表可将应付金额表示为最高给付额的一个百分比，列出一个指定金额，或指定一个相对值，乘以其转换系数后得出应付给付额。

2. Comprehensive Major Medical

comprehensive major medical plan 是基本费用保险和大病保险的组合，作为一份保单出售。它们几乎涵盖所有医疗费用，包括住院、内科、外科、护理、药物、化验等。

综合大额医疗保险包括免赔额（通常是每人和每个家庭的单次免赔额，但也可能适用走廊免赔额）和共同保险，通常以团体为单位销售。

3. Supplemental Major Medical

Supplementary Major Medical Policies用于补充基本医疗费用保单的赔付范围。在基本保单赔付后，补充重大医疗保险将为基本保单未赔付的费用和超过最高限额的费用提供保障。如果基本保单的时 限 已用完，补充保险将在此后提供保障。

B. 管理式保健计划

Educational Objective:

III.A.1.能够识别以下内容：

- a. 管理式保健计划的主要类型 - HMO、PPO、POS、EPO
- b. 自筹资金/自保计划
- c. 消费者驱动型医疗计划 (CDHP) - FSA、HRA、HSA

1. HMO

General Characteristics

HMO 以**services**的形式提供福利，而不是以报销医生或医院服务费的形式提供福利。传统上，保险公司提供资金，而医生和医院提供医疗服务。HMO 概念的独特之处在于，HMO 同时为其成员提供资金和病人护理。

Combined Health Care Delivery and Financing

传统上，保险公司提供资金，医生和医院提供医疗服务。HMO 概念的独特之处在于，HMO 同时为其成员提供资金和病人护理。

Limited Service Area

HMO 向居住在特定地理边界（如县界或市界）内的人提供服务。如果个人居住在边界内，就有资格加入 HMO，但如果不居住在边界内，就没有资格加入。

Limited Choice of Providers

HMO 只向符合其标准并愿意以事先商定的价格提供医疗服务的医生提供医疗服务，以此来限制成本。

Copayments

共付额是会员必须支付的医疗费用的特定部分或固定金额。*例如*，会员可能需要为每次门诊支付 5 美元、10 美元或 25 美元。

HMO 计划通常不要求自付额。

Prepaid Basis

HMO 以 *按人头付费的方式* 运作：无论会员是否看医生，HMO 每个月都会从每位会员身上收取统一的金额。从本质上讲，这是一种预付费医疗计划。作为该计划的会员，您将从会员医生和医院获得所有必要的服务。

Preventive Care Services

HMO 法案的主要目标是通过利用 **preventive care** 来降低医疗费用。在 1973 年之前，大多数保险计划都不提供预防性保健福利，而 HMO 则为整个家庭提供免费的年度体检。HMO 希望通过这种方式在疾病的早期阶段发现疾病，此时治疗成功的机会最大。HMO 还为会员提供免费或低价的免疫接种，以努力预防某些疾病。

Know This! HMO 的重点是预防性保健。

Primary Care Physician

当个人成为 HMO 会员时，他们将选择自己的 **primary care physician (PCP)** 或 **gatekeeper**。一旦选定，无论是否提供护理，主治医生或 HMO 都将因负责该会员的护理而定期获得补偿。主治医生的最大利益应该是让该会员保持健康，以防将来需要时间治疗疾病。

Referral Physician

为了让会员看专科医生，初级保健医生（把关人）必须转介会员。转诊制度使

会员远离价格较高的专科医生，除非确有必要。在许多 HMO 中，初级保健医生将病人转诊到价格更高的专科医生处需要支付一定的费用。

因此，在批准转诊之前，主治医生可能会倾向于采用其他治疗方法。医疗保险组织必须有处理投诉的机制，这些投诉有时会导致转诊延误，或对其他病人护理或保险问题的投诉。

Know This!在 HMO 中，看门人只负责必要的转诊，从而帮助控制医疗费用。

Hospital Services and Emergency Care

HMO 为会员提供服务区内外的住院治疗。服务可能仅限于治疗精神、情绪或神经失调，包括酒精或药物康复或治疗。

无论会员在 HMO 服务区之内还是之外，都必须为其提供急诊服务。如果在服务区以外为会员提供急诊护理，HMO 将努力把会员送回服务区，以便由受薪会员医生提供护理。

Other Basic Services

HMO 必须有处理有关病人护理或承保问题投诉的机制。

Open Panel or Closed Panel

当医疗护理人员与医疗机构签订合同，为其会员或订户提供服务，但保留治疗非会员或订户病人的权利时，称为**open panel**. 在开放式小组安排中，医生不被视为医疗机构的雇员。

当医疗护理人员只为医疗机构的会员或订户提供服务，而根据合同不允许治疗其他病人时，称为**closed panel**. 在封闭小组安排中，医生被视为医疗机构的雇员。

2. PPO

General Characteristics

PPO 是一组医生和医院与雇主、保险公司或第三方组织签订合同，以优惠价格提供医疗服务。PPO 与 HMO 有两点不同。首先，它们不以预付费的方式提供医疗服务，而是向医生支付**服务费**。其次，不要求用户使用与 PPO 签订合同的医生或设施。

Know This!与 HMO 不同，PPO 允许在网络内和网络外的医疗服务提供者之间有更多的灵活性，以换取更高的保费。

Types of Parties to the Provider Contract

任何符合条件并同意遵循 PPO 标准和收取 PPO 规定的适当费用的医生或医院都可加入该计划。

PPO 的批准名单。医生和医疗服务提供者可同时隶属于多个 PPO 团体。

Primary Care Physician Referral

In a PPO在 "首选 "名单中，投保人不必选择主治医生。被保险人可以选择首选名单上没有的医疗服务提供者，但仍可保留保险。被保险人可以接受任何医疗服务提供者提供的医疗服务，但如果被保险人选择的是 PPO 医疗服务提供者，则自付费用较低。如果使用网络外的医疗服务提供者，被保险人的自付费用会更高。在 PPO 中，所有网络内的医疗服务提供者都被视为 "首选 "医疗服务提供者，被保险人可以去看任何一家医疗服务提供者，甚至是专科医生，而无需先去看主治医生。某些服务可能需要计划预认证、住院医疗必要性评估以及治疗身体状况所需的天数。

Know This!网络内医疗服务提供者 = 自付费用较低；网络外医疗服务提供者 = 自付费用较高。

3.POS

Point-Of-Service (POS) 计划只是 HMO 和 PPO 计划的组合。

有了 "服务点 "计划，员工就不必局限于一种计划，也不必在两种计划之间做出选择。每次需要医疗服务时，都可以做出不同的选择。

PPO plans与 HMO 一样，HMO 与医疗服务提供者签订合同，由他们组成医疗服务提供者网络。但是，计划会员不一定只能使用网络内的医疗服务提供者提供的医疗服务。

同样，在**POS plan**中，个人可自行决定去看网络内的医疗服务提供者。如果他们决定使用网络外的医生，也可以这样做。不过，会员的共付额、共同保险费和自付额可能会高出很多。

In POS plans通常情况下，参保者可以进入由主治医生控制的医疗服务提供者网络（"把关"）。不过，计划成员可以选择在网络外就医，但承保额度会降低。POS 计划也被称为 "开放式 HMO"。

如果在 "服务点 "计划下使用了非会员医生的服务，那么将向主治医生支付服务费，但会员病人必须为这项特权支付较高的共同保险金额或百分比。

服务点（POS）计划将 "把关 "安排与增加自付费用的自我转诊能力相结合。当护理由初级保健医生（PCP）提供或通过初级保健医生安排时，患者可以较低的

费用获得较高水平的福利。自我转诊（未由初级保健医生安排服务）时的承保服务福利通常更昂贵。

4. EPO

Exclusive Provider Organization (EPO) 是首选医疗服务提供者的一种类型

EPO 是指个人会员使用特定首选医疗服务提供者的组织，而不是可以选择各种首选医疗服务提供者的组织。EPO 的特点是由一名主治医师负责监督医疗服务并向医疗服务提供者网络转诊。

C. 自筹资金/自保计划

在不将风险转移给保险公司或其他实体的情况下防范损失风险的另一种方法被称为自保。A

自保公司不是购买保险，而是建立自己的储备金，以应对潜在的损失。对于那些损失可以预测的风险来说，这可能是一个有效的工具。不过，大多数自保公司只为一定数额的损失提供保险，并购买止损保险，为超过一定最高数额的损失提供保险。

自保协会医疗保险计划是prohibited by the CIC.

D. 消费者驱动型医疗计划

1. Medical Savings Accounts (MSAs)

Medical Savings Account (MSA) 是一个由雇主出资的账户，与高免赔额医疗保险计划挂钩。雇主提高医疗保险计划的免赔额，并将节省下来的全部或部分保费返还给雇员，供其存入 MSA。然后，员工使用 MSA 中的资金支付当年的医疗保险自付额。如果年末还有余额，员工可以留在账户中赚取利息或提取剩余金额（作为应税收入）。如果不是为了支付符合条件的医疗费用而进行分配，则提取的金额需缴纳所得税和 20% 的额外税款。

医疗储蓄账户仅适用于小雇主（员工人数不超过 50 人）或自营职业者。一般来说，该计划的参与者不能拥有医疗保险或任何其他非高自付额医疗计划 (HDHP) 的医疗保险。允许以下附加保险：

- 工人赔偿；
- 特定疾病或病症；
- 住院期间每天的固定金额；
- 事故和/或残疾；
- 牙科护理；
- 视力保健；以及

- 长期护理。

向 MSA 的缴费必须以现金或等价物支付。雇员和雇主可向 MSA 缴款的金额有两个限制：年度免赔额限制和收入限制。根据 **annual deductible limit** 规定，可向 MSA 缴纳的最高金额为个人高免赔额计划的 65%，或家庭免赔额的 75%。

家庭保险。根据income limit 规则，一个人的缴费额不能超过其通过雇主获得的 HDHP 年度收入。

MSA 是一种介于自筹资金计划和传统医疗费用合同之间的计划，使用方便。此外，如果年末有余额，员工可将其保留并赚取利息，或将其作为应税收入提取。

2. Flexible Spending Accounts (FSAs)

Flexible Spending Account (FSA) 是一种由减薪和雇主缴款资助的自助餐计划福利。雇员可以在缴纳所得税前将一定数额的工资存入一个账户。然后，在一年中，员工可以直接从该账户中报销符合条件的医疗保健和家属护理费用。FSA 福利受年度最高限额和 "用完即失" 规则的限制。该计划不提供超过计划年度的累积福利。

灵活开支账户有两种类型：用于自付医疗费用的医疗账户和用于支付受抚养人护理费用的受抚养人护理账户（受年度缴款限额限制），这使得雇员及其配偶可以继续工作。

FSA 可免缴联邦所得税、社会保障税（FICA），在大多数情况下还可免缴州所得税，从而节省 1/3 或更多的税款。如果该计划偏向于高薪员工，则高薪员工的福利不能免征联邦所得税。

Know This! FSA 可用来支付员工及其家属的医疗和牙科费用。

子女和受抚养人护理费用必须用于照顾一个或多个符合条件的人：

- 提供护理时未满 13 周岁的受抚养人，且该受抚养人可在雇员的联邦所得税申报表中申请免税；
- 身体或精神上不能自理的配偶；或
- 身体或精神上不能自理的受抚养人以及哪些人可以申请豁免（只要该人的总收入低于国税局规定的金额）。

因身体或精神问题而无法自己穿衣、清洁或进食的人被视为不能自理。此外，必须时刻有人照看以防止他们伤害自己或他人的人也被视为不能自理。

被保险人可在开放注册期间更改保险金。在此期间之后，计划年度内一般不得进行其他变更。但是，在以下情况下，被保险人可能可以进行变更，即 *符合条件的生活事件* 变更：

1. 婚姻状况；

2. 家属人数；

3. 其中一名受抚养人因达到年龄、学生身份或任何类似情况而符合或不再符合未婚受抚养人医疗报销计划的承保要求；
4. 投保人、投保人配偶或合格受抚养人的就业状况影响了计划的投保资格（就业状况至少中断 31 天才符合就业状况变更的条件）；
5. 更换受抚养人；或
6. 家庭医疗假。

美国国税局将 "家属护理账户 "的年度缴款额限制在一个特定的金额内，该金额每年会根据生活费用进行调整。这是一个家庭限额，也就是说，即使父母双方都可以使用灵活护理账户，他们的合计缴款额也不能超过该限额。

3. Health Reimbursement Accounts (HRAs)

Health Reimbursement Accounts (HRAs)HRA 由雇主预留的资金组成，用于报销员工符合条件的医疗费用，如免赔额或共同保险金额。雇主将资金存入健康报销账户可享受优惠税收待遇，就像他们为保险计划提供资金可享受税收优惠一样。雇主可以将健康报销账户的费用作为商业支出扣除。

以下是 HRA 的主要特点：

- 它们是缴费型医疗保健计划，而非固定福利计划；
- 不是应纳税的员工福利；
- 雇主的缴款可以减税；
- 员工可以在年底将未使用的余额转入下一年度；
- 在计划年度的最初几个月，雇主无需向员工或医疗服务提供者预付报销款项；
- 由雇主提供资金，而不是员工减薪；
- 允许雇主通过将 HRA 与高自扣额（通常成本较低）的医疗计划相结合来降低医疗计划的成本；以及
- 平衡大雇主和小雇主的团体购买力。

HRA 向各种规模的公司员工开放，但由雇主决定资格和缴款限额。

HRA 没有法定限额。限额可由雇主设定，并根据雇主的决定在年底进行滚动。前雇员（包括退休人员）可以继续使用未使用的 HRA，但这由雇主自行决定。HRA 会保留在原雇主处，不会随员工到新的工作单位而转移。

Know This!除新福利外，HRA 还允许员工将未使用的福利转入下一日历年。

4. High Deductible Health Plans (HDHPs) and Health Savings Accounts (HSAs)

High-deductible health plans (HDHPs)通常与医疗储蓄账户 (MSA)、健康储蓄账户

(HSA) 或健康报销账户 (HRA) 配合使用。高自付额健康计划的年度自付额和自付限额高于传统健康计划，这意味着保费更低。除预防性护理外，年度免赔额必须达到

满足这些条件后，计划才会支付保险金。预防性保健服务通常为一美元承保或在共付额之后支付。HDHP 每月将健康计划保费的一部分存入协调 MSA、HSA 或 HRA。HDHP 的免赔额可用协调账户计划的资金支付。

Health savings accounts (HSAs)旨在帮助个人为自己、配偶或受抚养人发生的符合条件的医疗费用进行储蓄。参加高自付额健康计划的个人可以向 HSA 进行免税缴款，并用它来支付自付医疗费用。雇主的缴款不计入个人的应纳税收入。

要获得健康储蓄账户的资格，个人必须参加高自付额健康计划 (HDHP)，不得参加其他健康保险（不适用于特定伤害保险和意外事故、残疾、牙科护理、视力护理、长期护理），不得有资格参加医疗保险，并且不得在他人的纳税申报表中将其列为受抚养人。

HSA 与高免赔额保险挂钩。个人可在合格的健康保险计划中获得保险，该计划规定了最低自付额（2023 年，单人自付额为 1,500 美元，家庭自付额为 3,000 美元）。

每年，符合条件的个人（或其雇主）可在一定限额内进行储蓄，无论其计划的免赔额是多少（目前的缴费限额为：单身 3,850 美元，家庭 7,750 美元）。在开设账户时，个人年龄必须低于医疗保险资格年龄。对于 55 岁及以上的纳税人，允许额外缴款（最高 1,000 美元）。

如果 HSA 持有人将资金用于非健康支出，则需缴纳税款，外加 20% 的罚金。65 岁以后，用于非健康目的的取款将被征税，但不会被罚款。

Know This! 65 岁前提取非健康保险金 = 20% 的罚金；65 岁后提取非健康保险金 = 无罚金。

HSA 可以随身携带，因此个人无需依赖特定的雇主即可享受 HSA 带来的好处。与个人退休账户 (IRA) 一样，HSA 由个人而非雇主拥有。如果个人更换工作，HSA 也会随个人一起更换。

有些高免赔额健康保险有所谓的 **embedded deductible**。除了适用于整个受保家庭的非嵌入式免赔额或总免赔额外，每个受保家庭成员还有一个单独免赔额（小于总免赔额）。例如，一个家庭的总免赔额为 2,000 美元，嵌入式免赔额为 1,000 美元。如果一名家庭成员的医疗费用超过 1,000 美元，保险公司将承担该人的进一步

医疗费用，而其他家庭成员的医疗费用将计入总免赔额。

当医疗计划同时具有总免赔额和嵌入式免赔额时，HSA 的年度缴费限额为以下两项中的较小者

- 年度最高缴费限额；•总免赔额；或
- 嵌入式免赔额乘以受保家庭成员人数。

5. Consumer Driven Health Plans (CDHPs)

Consumer Driven Plans(也称为 "消费者驱动型医疗计划"、"CDHP"、"高免赔额计划"或 "患者指导计划") 是由雇主控制的医疗保健计划。基本上，雇员会员可获得第一美元的医疗保险。

在资金用完之前，必须从指定的健康账户（可以是 HRA 或 HSA）中支付保险费，然后必须满足免赔额缺口，才能由保险计划支付额外费用。虽然其他类型的计划限制某些类型的承保，但消费者驱动型计划的成员可以使用计划中的资金支付与基因检测或儿童特殊幼儿园等相关的费用，而不会被拒绝承保。

雇主决定雇员的资格。消费者驱动计划没有国家资格要求。

雇主决定缴费额、增长百分比和退出规则。雇主可自行决定允许资金逐年滚动。

E. 可选保险

Educational Objective:

III.A.2.能够定义可选保险：

- 成人牙科
- 成人视力
- 了解有限的儿科牙科和眼科福利是强制性的

1. Dental

通常牙科保险会区分几类牙科费用，并为每类费用提供不同的待遇。

Routine and preventive maintenance在没有自付额或共付额的情况下，每年最多承保一次。该保险福利通常包括每年一次的常规检查和洗牙，以及每 3 年一次的全口 X 光检查。不设自付额和共付额的目的是鼓励预防性维护。

Routine and major restorative care包括龋齿治疗、口腔手术、牙桥和假牙。这些程序的承保额度不超过特定的最高限额，但每个投保家庭成员每年需缴纳自付额和共同保险费。

Orthodontic care如果包括，将有单独的最高限额和单独的免赔额，可能与修复护

理的免赔额不同。

小儿牙科保险是《平价医疗法案》规定的一项基本医疗福利，**must be available**，作为医疗计划的一部分或独立计划，适用于以下人群

18 岁或以下儿童。但是，保险公司不必提供成人牙科保险。

根据各州的不同，儿科牙科福利可通过以下几种计划之一提供：

- 包括牙科保险的合格医疗计划；
- 与合格医疗计划一起购买的独立牙科计划；或• 签约/捆绑计划。

Know This! 医疗保险公司必须提供儿科牙科保险（针对 18 岁或以下儿童），将其作为医疗保险计划中的一项基本医疗福利，或作为一项独立的牙科保险计划。

2. Vision

一些雇主为其雇员提供这种形式的团体健康保险，以支付眼科检查和眼镜费用，或有限度地支付助听器费用。

要知道，根据《平价医疗法案》，儿科视力福利是强制性的。

大多数视力费用保险计划通常规定，在任何 12 个月内只能享受一次检查和一副眼镜。

3. Supplemental Accident

意外死亡和肢体残缺（AD&D）保险可以作为附加险或单独保单。但最常见的是，它是团体人寿保险和团体医疗保险计划的一部分。它规定，如果被保险人死于保单中定义的意外事故，或因意外事故导致某些身体部位的损失，保险公司将一次性支付赔款。

意外死亡和肢体伤残保险只赔付意外损失，因此被认为是一种纯粹的意外保险。

principal sum 是对意外死亡的赔付。该金额通常等于保险合同规定的保险金额或面额。如果是失明或意外肢解，保单将支付该本金的一定比例，通常称为 **capital sum**。赔付金额将根据伤害的严重程度而有所不同。

保单通常会为双眼失明或两肢或多肢失明支付全额本金；但是，保单可能只为单手或单脚失明支付**50%**。此外，有些保单会支付双倍或三倍赔偿，即在发生意外死亡时，保单会支付**twice** 或**three times** 面额。

只要死亡是由意外事故造成的，并且发生在**90 days** 范围内，大多数保单都会支付意外死亡保险金。

Know This! 在 AD&D 保单中，本金指保单面额的全额（100%），而本金是保

单面额的一个百分比。

F. 合同问题和条款

Educational Objective:

III.A.d. & e.能够识别合同问题和条款 (**宽限期、取消期、终止权、福利协调、共同保险、免赔额、共付额、自付费用上限**) ; 以及常见的除外责任和限制。

1. Family Deductible

family deductible 规定, 家庭成员在一年内提出的任何索赔都适用于整个家庭的免赔额。家庭免赔额通常也写有**common accident provision**。该条款规定, 如果多名家庭成员在同一事故中受伤, 则只适用一个免赔额。

2. Grace Period

宽限期是指保费到期日之后, 在保单因未支付保费而失效之前仍可支付保费的时间段。虽然宽限期可能因各州法律而异, 但在大多数情况下, 宽限期不能短于
7 days for weekly premium policies (产业政策)、10 days for monthly premium policies 和 31 days for all other modes.在宽限期内, 保险将继续有效。
期间。

Know This!意外和医疗保险的宽限期为与保费支付方式直接挂钩。

3. Waiting Periods

waiting period 是保险赔付开始前的一段时间。在等待期内, 保单生效, 但保险公司尚未开始对承保事件支付保险金。

4. Elimination Periods

elimination period 与等待期相同。投保人可选择 30、60、90、180 或 365 天的取消期。但有些保单仅在 7 天或 14 天的消除期后就开始支付保险金。较长的消除期会降低残疾保险的保费。让客户选择消除期的长短, 可以让他们在平衡保费支出和保险金方面做出自己的价值判断。

5. Right to Terminate

个人健康和伤残保单中有一项条款规定, 承保人有权**right to terminate** 保单。终止权条款因保单而异, 影响特定类型保单承保的所有被保险人或特定群体中

的所有被保险人。这些被保险人被称为 "类别"。class 的

被保险人可以是居住在同一地理位置、年龄相同或从事同一类型工作的人。

6. Take-Over Benefits

Coinsurance & Deductible Carryover

carry-over provision 允许在一个日历年的最后 90 天（日历季度）内发生医疗费用的被保险人将这些费用用于新一年的免赔额。

No Loss, No Gain

no-loss/no-gain 法律规定，在为客户更换健康保单时，新保单中的 "既存病症" 条款不得适用。新保单必须立即自动接手赔付工作。

7. First Dollar Coverage

围绕 **corridor** 或 **integrated** 免赔额设计的保单均提供 **first dollar coverage**. 首美元承保，从被保险人实际发生的首美元费用开始，最高可承保 100% 的赔付。

corridor 计划为所有承保费用提供 100% 的基本医疗费用保险，但仅限于预先确定的限额，如 3500 美元、5000 美元、7500 美元或高达 10000 美元。在基本保险金用完之后，在大病保险金接手之前，接下来的 3500 美元至 10000 美元的承保费用由被保险人支付。因此，一美元保险提供一定限额的保险，然后是 100% 的保险费用，再次是 100% 的大病保险。使用 **integrated** 自付额的计划也提供一美元保险，即保险人和被保险人按 80-20 (%) 的共同保险比例分担预先确定限额内的所有承保费用，止损限额设定在 5000 美元至 25000 美元之间。在这种类型的计划中，被保险人将支付一美元理赔费用总额中的 1000 至 5000 美元。

8. Restoration of Benefits

restoration of benefits 条款允许被保险人在遭受巨额或灾难性损失后，在一段时间内重新获得其终身全额保险金。

9. Exclusions and Limitations

保单除外责任的目的是保护保险人免受最初风险评估中未包括的损失索赔。保险人有权控制其风险，而通过明确排除某些类型的故意、灾难性、犯罪或超额损失，就可以做到这一点。最常见的除外损失类型是由以下原因造成的损失：

- 服兵役；

- 战争或战争行为；•

自杀未遂；

- 故意自残；

- 企图犯下或犯下重罪；以及

- 担任飞机驾驶员或机组人员。大多数保险单将承保被保险人作为定期航班的付费乘客。

G. 团体健康保险

Educational Objective:

III.B.1.了解团体医疗费用保险的以下特点：

- a. 符合条件的群体（CIC 10270.5、10270.505、10270.55 和 10270.57）
 - i. 小型团体（100 名员工）
 - ii. 大型团体（101 名以上员工）
 - iii. 缴费型与非缴费型参与要求

1. Eligible Groups

为了符合团体投保的条件，该团体必须是为了获得团体医疗保险以外的目的而成立的。换句话说，团体保险必须是附带的。一般来说，有两类团体有资格获得团体保险：雇主赞助的团体和协会赞助的团体。

通过**employer-sponsored group**，雇主（合伙企业、公司或独资企业）为其员工提供团体保险。符合条件的雇员通常必须满足一定的服务时间要求并从事全职工作。与团体人寿保险一样，团体健康保险也可以是缴费型或非缴费型的。

association group（校友或专业人员）可以为其成员购买团体保险。该团体必须至少有 100 名成员，组织的目的不是为了购买保险，至少已活跃两年，有章程和附则，并且必须至少每年举行一次会议。这些团体包括但不限于行业协会、专业协会、大学校友会、退伍军人协会、大型零售连锁店的客户以及储蓄账户储户等。协会团体计划可以是缴费型的，也可以是非缴费型的。

Creditor group insurance 信贷伤残收入保险也称信贷人寿保险和信贷伤残收入保险，是团体人寿保险和团体医疗保险的一种专门险种，为债务人（借款人）提供保障。它保护贷款机构不会因借款人死亡或残疾而蒙受损失。合同所有人是债权人，如银行、小额贷款公司或信用社。一般来说，债务人是保费支付人，但贷款机构是保单受益人。如果债务人死亡或残疾，保险收益将支付给债权人以清偿债务。保险金额不得超过负债额。

Self-funded plans 由被保险人（通常是雇主）出资，由第三方管理。成功的自费计划应具备以下特点：

- 一个足以合理预测未来损失情况的群体；

- 支持自筹资金概念的可靠统计数据；
- 承担被保险人自留额以外损失的止损合同；
- 为索赔提供服务的第三方管理人；以及
- 计划设计和管理程序的灵活性。

Small Employer

小雇主是指任何积极从事商业活动的个人、商号、公司、合伙企业或协会，在上一日历年中至少有**50%** 个工作日雇用了不超过 **100 eligible employees** 名员工，其中大部分在州内就业。

作为在本州与小雇主开展业务的条件，每个小雇主承运人都必须积极向小雇主 **health benefit plans**:
提供以下服务 **at least 2**

1. 基本保健福利计划；以及
2. 标准健康福利计划。

基本护理计划是与健康福利计划委员会共同制定的一项管理计划。基本护理计划的费用低于标准福利计划。标准福利计划是与健康福利计划委员会共同制定的管理性保健计划，它提供比基本保健计划更好的福利，但成本高于基本保健计划。

每个小雇主承保人都必须在 **guaranteed issue basis** 上提供小雇主健康福利计划，或不考虑与健康状况相关的因素。每个小雇主承保人必须向选择加入该计划并同意满足该计划其他要求的小雇主发放小雇主选择的计划。

Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (QSEHRA)

不提供团体医疗保险的小雇主可以通过合格的小雇主健康报销安排（QSEHRA）来帮助支付员工的医疗费用。QSEHRA 是一种符合 ACA 标准的健康计划，旨在支付与通过个人市场购买的医疗计划相关的医疗费用和月保费。

在 QSEHRA 中，雇主被视为该安排的唯一出资人。禁止员工减薪。就 2020 年而言，最高报销额每年不得超过以下金额：

- 雇员个人 5,150 美元；或
- 雇员个人和家庭成员为 10 450 美元。

对于提供 QSEHRA 的雇主而言，企业雇用的全职员工不得超过 50 人。

雇主可以不向以下员工提供 QSEHRA 计划： 1：

- 服务期未满 90 天；

- 在计划年度开始前未满 25 周岁；
- 属于兼职或季节性雇员；
- 受集体谈判协议保护；或

- 是在美国境内没有收入来源的非居民外国人。

2. Contributory vs. Noncontributory

与团体人寿保险一样，团体健康保险也可以是缴费型或非缴费型的。在 **contributory** 计划中，符合条件的雇员为保险费缴费（雇员和雇主共同支付部分保险费）。如果是缴费型计划，至少 75% 的合格雇员必须参加该计划。如果该计划是 **noncontributory**，则必须有 100% 的符合条件的雇员参加，参加者不支付部分保费。雇主支付全部保费。这些参与要求是为了防止保险人出现逆向选择，并降低管理成本。

3. Occupational vs. Nonoccupational

Nonoccupational 保单不承保与工作有关的事故引起的索赔。（通常情况下，雇主可获得工伤赔偿，这是对因工作引起的雇员伤残和医疗费用索赔的主要保障）。

Occupational 保单将涵盖工伤或非工伤事故。

4. Coordination of Benefits

福利协调（COB）条款仅在团体医疗保险计划中出现，其目的是避免在一个人被多个团体医疗保险计划承保时出现重复福利支付和过度保险的情况。该条款规定，所有承保病人的保险公司支付的索赔总额不得超过允许的医疗费用总额。

COB 条款规定哪个计划是 **primary** 计划，或者说哪个计划负责提供其规定的全额赔付金额。一旦主计划支付了其承诺的全额赔付，被保险人向 **secondary** 或 **excess** 医疗服务提供者提交索赔，以获得任何额外的应付赔付（包括免赔额和共同保险）。在任何情况下，被保险人获得的总金额都不会超过所产生的费用或所有计划中的最高赔付总额。

Loss - Amount covered by Primary Plan = Amount covered by Secondary Plan

如果所有保单都有 COB 条款，则付款顺序如下：

- 如果一对已婚夫妇都有团体保险，并且在另一方的保单中被指定为受抚养人，那么该人 **primary** 的团体保险将被视为 **secondary** 的（配偶的保险）将接续第一份保单。
- 如果父母双方都将子女列为其团体保单的受抚养人，那么付款顺序通常将由 **birthday rule**

父母的生日决定。
将被视为主要保险。有时
被视为主要保险。

也就是说，当年生日较早的父母的保险
也可能适用，根据该规则，父亲的保险

- 如果父母离婚或分居，拥有子女监护权的一方的保单将被视为主要保单。

Know This! 赔付协调条款确保赔付金额不会超过所造成的损失总额。

5. Dependents of Insured Employees

在提供住院、医疗或手术费用福利的团体保险单中，保险范围可扩展至受抚养人，保险金额按某些排除个人选择的计划确定。如果团体伤残保险单支付红利或退还保费，投保人必须将红利或多余的保费用于投保雇员或其受抚养人的福利。

团体保险必须为雇员、被保险人或投保人的注册同居伴侣提供与雇员、被保险人或投保人的配偶同等的福利。保险公司不得在不同性别的配偶或同居伴侣与同性配偶或同居伴侣之间进行保险歧视。

6. Blanket Insurance

blanket 保单涵盖参加特定活动的特定群体成员。此类群体包括学生、露营者、共同承运人的乘客或运动队。通常情况下，受保人的姓名并不为人所知，因为他们来来去去。与团体健康保险不同的是，个人自动受保，他们不会收到保险证明。

一揽子保单通常以意外事故为基础进行赔付。

加州保险法》允许保险公司向以下实体提供一揽子保险：

- 为下列人员投保的报纸、杂志或其他类似出版物：
 - 交付出版物或收取出版物费用的人员；
 - 监督交付或收取费用的人员；
 - 批发商；或
 - 出版物发行、销售或营销过程中的其他人员；
- 宗教、慈善、娱乐、教育、体育或民间组织；
- 支付失业补偿残疾保险自愿计划所提供福利的雇主；
- 向任何工人、家属或客人群体提供保险金的雇主，仅限于投保人的活动或业务所引起的特定危险；以及
- 为任何参与者、志愿者、观众或参赛者团体提供福利的娱乐制作公司。

可为 **term not exceeding one year** 签发一揽子人寿保险，保险费率低于此类保险的通常费率。一揽子保单可以续保。

投保人支付保费后，可要求保险人以证书的形式提供保单副本。

个人可以向保险人提交书面申请，选择不参加一揽子保险计划。如果超过 10% 的有资格投保的人选择不投保，保险合同就不能生效，如果已经生效，也不能续保。

7. Group Underwriting

团体保单的核保具有独特性，因为在承保团体保单时，团体中每个符合条件的成员都必须在承保范围内，无论其身体状况、年龄、性别或职业如何。因此，团体保单的核保重点是整个团体。保单的费用会因男女比例和团体的平均年龄而不同。通常不要求提供可保性证明，因为每年的重新评估可以根据团体的理赔经验调整保费。通常允许追溯当年的保费。任何团体重置核保都将考虑损失历史、团体稳定性和构成。

承保流程的设计符合avoid adverse selection 以下要求：

- 保险必须是incidental。换句话说，团体的成立不能仅仅是为了购买保险；
- 小组成员应 steady flow 年长或不健康的人被年轻或健康的人取代；
- 集团的persistence 保险人不愿意承保频繁更换保险人的风险；
- 一种 selecting benefits 防止个人选择福利的方法；
- 如何 eligible participants 如何选择：雇员通常只能是全职人员，并满足最低服务要求； contributory or noncontributory
- 该组是否 and composition ；
- 该团体的 以及集团所从事的行业；以及
- 的 prior claims experience 的。

8. Eligibility and Rating Factors

当一个团体申请医疗费用保险时，保险公司在确定该团体的资格和评级结构时会考虑几个因素。

Demographics (Gender, Age, or Occupation)

承保人的职能是选择保险公司可以接受的风险。根据法律规定，这一过程中使用的选择标准必须是那些基于合理精算原则或预期经验的项目。核保员不能以失明或失聪、遗传特征、婚姻状况或性取向为由拒绝风险。

在核保健康保险时，主要考虑申请人的年龄、性别、职业、身体状况、爱好、道德和精神危害以及财务状况。

Industry

在确定申请人的保险资格时，保险公司会考虑申请人职业的具体职责。员工流动性大或工作职责危险等情况都可能影响申请人的评级。保险公司会考虑申请团体保险的行业类型。

Location or Zip Code

保险公司还会考虑企业的所在地（市或县）。这些因素对保险公司很有帮助，因为他们可以根据特定地区或邮政编码的行业分类、人口统计和医疗费用等信息来评估风险和可能的损失。

Carrier History

carrier history 承保人 "是承保人或保险公司的另一个术语。在考察一个团体的承保人历史时，保险公司会考察该团体的 "稳定性"，或该团体过去使用过多少家不同的保险公司。"寿命 "是保险公司在考察一个团体的承保历史时考虑的另一个因素。寿命是指一个团体与某一承保人合作的时间长短。团体与承保人合作的时间越长，团体的费率就越低。

Medical History

残疾收入保险按月或按周支付收入，以替代工人因疾病或受伤而损失的部分工资。在提交伤残收入保单申请时，伤残保险公司需要剔除那些损失可能比费率预期更严重的申请。这就是伤残核保在考虑病史时的工作原理。

Chronic or Ongoing Conditions

在承保医疗费用保险时，保险公司会考虑申请人是否患有任何慢性或持续性疾病。**Chronic** 或 **ongoing** 的定义是长期、持续或挥之不去的疾病或残疾。向患有慢性病或持续性疾病的投保人签发医疗保险，可能会导致在短时间内立即或非常高的索赔。这将导致逆向选择，从而增加总体成本和保费。

Catastrophic Conditions

在承保医疗费用保险时，也会考虑到灾难性情况（如地震、洪水、火灾等）。通常被排除在承保范围之外的危险类型在很短的时间内造成了异常大量的灾难性损失，而且无法准确预测损失的模式，这将对大数法则产生不利影响。

Disabled Employees and Dependents (Not Actively at Work, Extended Benefits of a Former Carrier)

保险公司还将考虑申请医疗费用保险的团体是否为残疾员工提供福利，而这些

残疾员工并非

在职残疾雇员或残疾雇员家属。如前文所述，延长给付条款允许残疾雇员享受与之前（前承保人）团体保单终止时非残疾雇员相同的待遇。

Contribution (Policy - Contributing or Noncontributing)

保险公司在确定一个团体是否有资格获得医疗费用保险时会考虑的另一个因素是保单是**contributing** 还是**noncontributing**。缴费是指保险费用由雇主和雇员分担。如果保单是**contributing**，保险公司要求至少有 75% 的符合条件的团体成员选择参加该计划并获得承保。保险公司这样做是为了避免逆向选择，因为健康状况不佳的人自然会选择加入该计划。75% 的要求 "确保了一些好的和一般的风险也会选择被保险，从而平衡了较差的风险。

Participation (Employees and Dependents - Covered and Eligible)

最后，保险公司将考虑参与团体计划的雇员人数。如上一节所述，保险公司有参与比例要求。雇员及其合格受抚养人的人数也在考虑之列。在团体成员符合承保条件时，除了适用于所有受保人家属的既定准则外，不应考虑家属的残疾情况，因此家属的可保性并不影响评级或资格。

9. Benefit Schedule

有些医疗费用保险计划包含**benefit schedule**，其中非常具体地说明了计划的具体承保范围和承保金额。其他计划可能包含**usual/reasonable/customary** 这一术语。

通常/合理/习惯"是指保险公司将根据特定地理区域内某一特定程序的平均收费来支付该程序的费用。

H. 对提供商的监管

Educational Objective:

I.C4.2.能够确定保险部对提供旨在支付医疗服务提供者的服务和费用的保险的实体具有管辖权，除非医疗服务提供者已获得其他政府机构的适当许可或认证（CIC 740）。

Department of Insurance has jurisdiction over entities that provide coverages designed to pay for health care providers' services and expenses unless the health care providers are appropriately licensed or certified by other governmental agencies.

保险部对在加利福尼亚州从事保险交易的人员的监管活动拥有主要管辖权。这包括所有保险人、代理人和其他人，无论他们是否获得许可或认可。然而，《保险法》也对 "为各种医疗相关费用提供保险的个人或其他实体 "做出了独特的规定，这些费用包括医疗、外科手术、脊椎按摩、物理治疗、语言病理、听力、心理健康、牙科、医院或验光配镜服务。

只要这些 "人员 "能够证明另一个监管机构对其活动负有主要责任，该特别条款就将保险部置于次要监管者的地位。其他监管机构可以是联邦政府的机构、其他州的机构或加利福尼亚州的其他机构。如果这类保险计划的提供者不能证明它受另一个机构监管，那么它将受保险部监管。

保险法》明确规定，《健康与安全法》中定义的health care services plan 仍属于保险部的管辖范围。这些类型的计划包括由以下机构运营的计划：

- 非营利机构（除非它们既是保险的提供者，又是根据保险合同提供护理的设施的所有者-经营者）；
- 学校、学院或大学；
- 为雇员、学生或教职员工提供护理或保险的公共机构；以及
- 由其他雇主运营的自筹资金计划。

请注意，**California Department of Insurance** 是大多数 PPO 和 EPO 计划及其他残疾保险公司发行人的主要监管机构。

然而，于 2000 年 7 月开始运行的 **Department of Managed Health Care** 是 HMO 和其他管理性医疗保健服务提供者（如服务点计划和一些 PPO 和 EPO 计划）的活动、管理和运作的主要监管机构。由于该机构的主要职责是执行《保险法》和其他有关管理式医疗保健行业的法律，因此保险部对该领域的医疗服务提供者只进行有限的监督。

I. 立法问题

Educational Objective:

III.B.4.能够识别下列立法对团体健康保险的影响：

- a. 雇员退休计划
- b. COBRA
- c. 美国残疾人法案》（ADA）
- d. HIPAA
- e. 家庭和医疗休假法》（FMLA）

- f. 怀孕歧视法
- g. 心理健康均等法
- h. PPACA 规定的可负担性
- i. Cal-COBRA

1. ERISA

Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA) 是一项联邦法律。该法案要求建立和维护团体健康保险和 KEOGH 计划的人员向劳工部和国税局提交年度报告。年度报告必须详细说明以下信息：

- 信托协议文件；
- 投资方法；
- 报销和福利拒绝；
- 注册表；
- 参与证书；
- 年度报表；以及
- 行政记录。

ERISA 的目标是提高养老金计划的国民参与率，防止在退休前终止工作的人员丧失福利，制定资金和归属的最低标准，并对新的和现有的养老金计划进行全面控制。

虽然法律并不要求雇主建立和维持养老金计划，但如果存在此类计划，则必须符合法律规定。该法规定了哪些雇员必须被纳入计划，设定了最低归属要求，明确了必须缴纳的金额，并规定了最低资金要求。

除了向劳工部长和国内税收署披露信息外，该计划还必须向该计划的受保人及其受益人披露有关其运营和财务状况的信息。

多年来，已经增加了许多修正案，试图扩大对计划参与者和受益人的保护，特别是对雇员及其受抚养人承诺的退休福利和医疗保险。

可提供雇主援助，协助雇主依法行事。

2. COBRA and Cal-COBRA

Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA) 要求 **Qualifying events** 包括以下内容：

- 自愿离职；
- 因严重不当行为以外的原因终止雇用（如公司裁员）；以及

- 就业状况变化：从全职变为兼职。

对于上述任何符合条件的事件，保险期可延长至**18 months**。离职员工必须在离职后 **60days** 内行使 COBRA 规定的福利延期。允许雇主向离职员工收取保险费，费率不超过个人团体保险费率的 102%。2% 的收费用于支付雇主的管理费用。

对于**death**、**divorce** 或合法分居等事件，受抚养人的期限为**36 months**。

重要的是要记住，COBRA 福利适用于团体健康保险，而非团体人寿保险。此外，与个人将保险转换为个人健康保险保单的转换特权不同，COBRA 继续保留雇员原有的团体保险，雇员支付雇主支付的团体保险费（如果计划是缴费型的，则由雇主和雇员共同支付）。

请注意，根据《患者保护与平价医疗法案》，被保险人子女的保险期限必须延长至成年子女达到**age of 26**（除非该子女符合残疾受抚养人的条件）。同样的年龄限制也适用于被保险人符合条件的子女的 COBRA 保险。此外，如果在团体计划中丧失受抚养子女的身份，受抚养子女有资格享受的最长延续保险期限为 **36 months**。

此外，还有几种**disqualifying events** 可终止 COBRA 福利。这些情况包括未能支付保费、成为另一团体计划的承保人、符合医疗保险资格或雇主终止了所有团体健康计划。

Know This如果雇员离婚或死亡，COBRA 规定的受抚养人保险期可延长至 36 个月。

在加利福尼亚州，根据公司规模的不同，有两种 COBRA 计划可供选择。

Federal COBRA该条例仅适用于拥有 20 名或 20 名以上员工的公司。但如果公司员工人数为 2-19 人，则属于名为 Cal-COBRA 的州立计划的管辖范围。

Cal-COBRA是一项仿效联邦计划的州立计划，由医疗保险公司直接管理。已签署 COBRA 或 Cal-COBRA 的人员有资格获得长达 36 个月的延续保险。

Cal-COBRA 要求不适用于以下人员：

- 有资格享受医疗保险福利（即使只是医疗保险 A 部分）；
- 由其他医院、医疗或手术计划或其他团体计划承保；
- 符合联邦 COBRA

的条件；

- 根据《公共卫生服务法》第 6A 章投保或符合条件者；或• 未按规定缴纳保费者。

3. Mandated Benefits - ADA and FMLA

根据Family Medical Leave Act of 1993 规定，符合条件的雇员有权在任何 12 个月期间因以下一项或多项原因享受 总共 12 个工作周的假期：

- 雇员生育子女，并在子女出生后一年内照顾新生儿；
- 在安置后一年内将儿童交由雇员收养或寄养；
- 为了照顾患有严重疾病的员工配偶、子女或父母；
- 由于严重的健康状况，员工无法履行其工作职责；或
- 因雇员的配偶、子女或父母是现役承保军人而产生的任何符合条件的需求。

除非雇员按间歇假或减假计划休假，否则任何符合条件的雇员根据《联邦医疗法》为预期休假目的而休假，在休假结束后有权享受以下待遇：

- 恢复休假开始时的工作岗位；或
- 恢复同等职位，享受同等的就业福利、薪酬及其他就业条款和条件。

根据法律规定，根据 FMLA 请假不会导致丧失任何就业福利，如团体医疗费用保险，这些福利是在 休假开始日期之前获得的。

Americans With Disabilities Act (ADA) 禁止雇主以残疾雇员会增加团体医疗福利成本为由拒绝残疾求职者。此外，该法还禁止雇主以其配偶、子女或受抚养人是残疾人作为理由拒绝录用他们，因为他们将被团体计划所覆盖。

4. Pregnancy Discrimination Act

加利福尼亚州的《公平就业与住房法》（FEHA）禁止雇主歧视已经怀孕或正在申请怀孕假的员工。

根据《加州妊娠残疾假法》（PDLL），雇主必须为因怀孕或与怀孕有关的情况而致残的员工提供长达 4 个月的假期。

5. Mental Health Parity Act

2008 年精神健康与成瘾平等法案》（MHPAEA）是一项联邦法律，要求精神健康福利与被保险人的医疗/手术保险福利具有同等的承保范围。以下承保要求适用于提供精神健康福利和医疗/手术福利的**large group plans**（雇员超过 50 人）：

- 精神健康福利的免赔额、共付额和治疗限制不能比任何其他医疗福利的限制更严格；以及
- 医疗服务提供者不得对心理健康福利提出单独的费用分担要求。

平价医疗法案》颁布了关于医疗保险发行人如何执行这些要求的规则。

6. HIPAA

1997 年 7 月生效的立法确保了团体保险的 "portability"，其中包括影响小雇主、自营职业者、孕妇和精神病患者的各种必要福利。HIPAA（《健康保险可携性与责任法案》）规定了以下保护措施 ^{这两个} **group health plans** (适用于有 2 名或 2 名以上雇员的雇主) 和 **individual insurance policies** 和保险公司出售。

HIPAA 包括以下承保保护：

Group Health Plans:

- 禁止基于健康状况歧视雇员及其家属；以及
- 为特殊情况下的个人提供加入新计划的机会。

Individual Policies:

- 保证符合条件的个人获得个人保单；以及
- 保证个人保单的可续保性。

Eligibility

HIPAA 对雇主赞助的团体健康计划的资格做出了规定。这些计划不得制定基于与符合条件的个人或其受抚养人有关的任何健康因素的歧视性计划注册资格规则。**health factor** 包括以下任何一种情况：

- 健康状况；
 - 医疗条件（身体和精神）；
 - 索赔经验；
 - 接受医疗服务；
 - 病史；
 - 遗传信息；
 - 残疾；
- 或
- 可保性证据，包括因家庭暴力行为和参与摩托车、滑雪或雪地摩托等活动而导致的情况。

雇主资助的团体医疗计划可以在参保前实行等待期，只要这些等待期统一适用于所有参保者。

根据 HIPAA 规定，个人必须满足以下条件，才有资格将医疗保险从group plan 转换为individual policy：

- 拥有连续 18 个月的可计入医疗保险；
- 在最近的保险中已享受团体计划；

- 已用完任何 COBRA 或州延续保险；•无资格享受医疗保险或医疗补助；
- 没有任何其他医疗保险；以及
- 在失去之前的保险后 63 天内申请个人医疗保险。

这些符合 HIPAA 规定的个人有权购买个人保险。

Guaranteed Issue

如果新员工符合要求，雇主必须在保证发放的基础上提供保险。

Pre-existing Conditions

根据 HIPAA，*既存病症*是指员工在保单签发前的一段特定时间内寻求过医疗建议、诊断或治疗的病症。

Creditable Coverage

creditable coverage 的概念是指被保险人从一个团体医疗保险计划转到另一个团体医疗保险计划，或从团体医疗保险计划转到个人医疗保险计划时，必须将以前的医疗保险按日折算，以抵消既往症排除期的适用。

在《平价医疗法案》（ACA）颁布之前，个人被保险人有权获得以前发生的、没有连续中断 63 天（或以上）的可抵扣保险的抵扣。

美国联邦医疗保险法案》禁止了既存病症排除，取消了超过 90 天的等待期；还取消了在 2014 年 12 月 31 日之后向 HIPAA 团体医疗计划签发可抵扣保险证明的要求。

Renewability

根据计划发起人的选择，提供团体健康保险的发行人必须续保或继续有效当前的保险。但是，团体医疗保险可能会因为未缴纳保费、欺诈、违反参保或缴费规定、终止该特定保险或迁出服务区或协会会员资格终止而中止或不再续保。

J. 患者保护与平价医疗法案》（PPACA）

1. Overview

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)，即《可负担得起的医疗保健法案》。

该法案于 2010 年 3 月 23 日签署成为法律，是《2010 年医疗与教育协调法案》

的一部分，将分阶段实施，直至 2018 年全面生效。由于该法案是一项联邦法律，因此各州的法规被 PPACA 取代，必须与之保持一致。

平价医疗法案》规定增加预防性、教育性和基于社区的医疗保健服务，旨在实现以下目标：

- 建立一个新的有竞争力的私人医疗保险市场；
- 通过保持低保费、防止拒绝提供医疗服务以及允许已有病症的申请者获得保险（自 2014 年 1 月起已取消已有病症除外责任），让保险公司承担责任；
- 通过削减政府超支来减少赤字，从而帮助稳定预算和经济；以及
- 将个人和团体医疗计划中成年子女的保险期限延长至 26 岁。

此外，它还为小企业和非营利组织提供了雇主为员工缴纳医疗保险费的税收抵免。它禁止保险公司在被保险人生病时取消医疗保险，并取消了终身福利限制。

特定的医疗保险计划，如退休人员专用计划、独立牙科计划、Medigap 和长期护理保险一般不受 PPACA 修订的影响，**exempt**。

由于这些规定具有争议性，而且医疗保健法律在法庭上受到挑战，因此代理人应审查现行法律，以确保他们提供的建议是最新的。

Eligibility:健康保险市场为任何未投保的个人提供健康保险。要有资格通过市场获得医疗保险，个人必须

- 必须是美国公民或国民，或在美国合法居留；
- 必须居住在美国；以及
- 目前不能被监禁。

如果个人拥有医疗保险，则**not eligible**，可使用市场购买医疗或牙科计划。

Health status (no discrimination):团体健康计划或提供团体或个人健康保险的健康保险发行商不得根据与个人或其受抚养人相关的以下任何健康状况相关因素制定资格规则：

- 健康状况；
- 医疗条件（包括身体和精神疾病）；
- 索赔经验；
- 接受医疗服务；
- 病史；
- 基因信息；
- 可保性证据（包括家庭暴力行为引起的情况）；
- 残疾；或
- 任何其他与健康状况相关的因素。

医疗保险公司在制定**premium rates**时，只能根据 4 项标准来确定费率：

1. 地理评级区域（州内居住地）；

2. 家庭组成（单身或家庭入学）；
3. 年龄；以及
4. 吸烟。

对于个人计划，地点是投保人的家庭住址；对于小型团体计划，地点是雇主的主要营业地。

Essential benefits:基本福利包括住院、孕产、急诊服务、健康和预防服务以及慢性病管理。

- 请注意，所有健康保险市场计划都必须承保怀孕和分娩，即使怀孕是在保险生效之前开始的。

Guaranteed issue:保险公司必须接受任何符合条件的个人或团体保险申请人。投保可能仅限于开放或特别投保期。

Guaranteed renewability:提供团体或个人健康保险的保险公司必须根据计划发起人或个人的选择续保或继续投保。

Pre-existing conditions:该法设立了一项新计划，即 "既存病症保险计划"，为因既存病症而被私营保险公司拒绝提供医疗保险的个人提供医疗保险。

Appeal rights:如果保险人因欺诈或被保险人故意歪曲重要事实而~~取消~~个人或团体保险，保险人必须至少提供**30 days' advance notice**，以便被保险人有时间上诉。投保人或被保险人有权查看自己的档案，在上诉过程中提出证据和证词，并在上诉结果出来之前保持其承保有效。

Coverage for children of the insured:该法将被保险人子女的保险期限延长至 26 岁，无论其婚姻状况、居住地、对父母的经济依赖程度或是否有资格加入雇主的计划。

如果受抚养子女在限制年龄（子女 26 岁生日）之后仍符合以下条件，则可继续享受保险

- 因智力或身体残疾而无法自立就业；以及
- 投保人或订户的支持和维护完全依赖于投保人或订户。

Lifetime and annual limits:医疗保险计划不得对基本福利设置金额限制，也不得对被保险人一生中支付的福利金额设置金额限制。

Emergency care:必须承保急诊服务，即使是网络外医疗服务提供者提供的急诊服务，承保金额也必须与网络内医疗服务提供者提供相同服务时的承保金额相

同。

Preventive benefits:美国联邦医疗保险法案》要求 100%的预防性医疗都应得到承保 without cost sharing。预防性保健包括常规检查、筛查和

提供咨询，预防健康问题。

Cost-sharing under Group Health Plans:团体医疗保险计划必须确保任何年度费用分摊额不超过规定的限额。

ACA 设立了**insurance exchanges**，负责管理医疗保险补贴，并为私人医疗保险、医疗补助和儿童医疗保险计划 (CHIP) 的注册提供便利。交易所可帮助申请人完成以下工作：

- 比较私人医疗计划；
- 获取有关医疗保险选择的信息，以便做出明智的决定；
- 获取有关最经济保险的资格或税收抵免的信息；
和
- 加入符合申请人需求的医疗计划。

Know This!被保险人的子女在 26 岁之前必须由父母的医疗保险计划承保。

Know This!《平价医疗法案》（ACA）要求所有个人和团体医疗保险计划都必须在保证发行的基础上发行。

2. Metal Tiers

根据 PPACA，市场上的保险计划分为 5 类：4 种 "金属级 "计划和重大疾病计划。

metal levels 计划为普通人支付的医疗费用总额各不相同。被保险人实际支付的总费用或每项服务费用的百分比将取决于年内使用的服务。平均而言，金属级计划将支付如下费用：

1. 铜奖： 60
2. 银： 70
3. 黄金： 80
4. 铂金： 90

例如，在青铜计划中，医疗计划预计将为普通人群支付 60% 的费用，参保者将支付剩余的 40%。患有严重疾病的参保者可能需要支付更多的费用。

所有提供成人和家庭金属保险的保险公司也必须提供只针对儿童的保险。

30 岁以下的年轻人和无法获得可负担保险的个人（有困难豁免）可以购买涵盖基本福利的个人**catastrophic plans**。这些计划的月保费较低，但免赔额较高（几千美元）。被保险人通常需要支付一定金额以内的所有医疗费用。在被保险

人达到免赔额后，基本医疗福利的费用将由重大疾病计划支付，没有共付额或共同保险。

Know This30 岁以下的成年人和无法获得负担得起的保险的个人可获得涵盖基本福利的个人灾难性计划。

Know This!根据《联邦医疗保险法》，无论选择何种金属保险级别，低收入个人都可享受保费折扣。

3. Medical Loss Ratio (MLR)

Medical Loss Ratio (MLR) 表明医疗保险保费中有多少必须用于实际医疗护理，而不是行政成本和利润。根据《平价医疗法案》，保险公司必须将保费的 80%（个人和小型团体市场）或 85%（大型团体市场）用于医疗保健和提高医疗保健质量，而不是用于行政费用，因此消费者的保费将更物有所值。这意味着只有 15%-20%的保费可以用于行政开支。

在一个日历年度内未通过 MLR 测试的保险公司将被要求向其客户提供退款，并退还多余的保费。

4. Qualified Health Plan

州保险交易所通过**qualified health plans (QHPs)**提供保险。合格的健康计划可能没有既存病症限制、终身最高限额或基本健康福利美元金额的年度限制。

医疗保险计划作为合格医疗保险计划的资格将基于该计划的以下特征：

- 效益设计；
- 营销实践；
- 提供方网络，包括社区提供方；
- 与质量改进有关的计划活动；以及
- 使用标准化的消费者信息格式。

5. Essential Health Benefits

根据《平价医疗法案》的规定，市场上提供的所有私人医疗保险计划必须提供相同的一套基本医疗福利。所有医保计划必须至少包括以下内容 **10**

essential benefits：

1. 门诊病人服务；
2. 紧急服务
3. 住院治疗；
4. 怀孕、分娩和新生儿护理；
5. 心理健康和药物使用障碍服务，包括行为健康治疗；
6. 处方药；
7. 康复和适应性服务及设备；
8. 实验室服务；
9. 预防和保健服务以及慢性病管理；以及
10. 儿科服务，包括口腔和视力保健。

6. Enrollment

州保险交易所必须提供、initial open enrollment period
annual open enrollment在初始期（目前计划从

11 月 1 日至 1 月 31 日），以及**special enrollment** 期间。除非另有明确规定，个人或参保者可在触发事件发生之日起 60 天内选择合格的医疗计划。触发事件或合格事件包括结婚、离婚、生育或收养子女、工作变动或终止医疗保险。

符合条件的个人和参保者可在发生以下触发事件时加入或从一个符合条件的医疗保险计划变更为另一个符合条件的医疗保险计划：

- 符合条件的个人或家属失去最低基本保险；
- 符合条件的个人因婚姻、出生、收养或收养安置而获得受抚养人身份或成为受抚养人；
- 以前不是公民或合法居留的个人获得公民或合法居留身份；
- 符合条件的个人注册或不注册符合条件的健康计划是无意的或错误的，是交易所的官员、雇员或代理人的错误、失实陈述或不作为造成的；
- 参保人充分证明其参加的合格医疗计划严重违反了合同中的重要条款；
- 个人被确定为新符合或新不符合预付保费税收抵免的条件，或费用分摊减免的资格发生变化，无论该个人是否已加入合格的医疗计划；
- 合格个人或参保人因永久性迁移而获得新的合格医疗计划；
- 根据《印第安人医疗保健改善法》的定义，美国原住民每月可注册一次合格的医疗保险计划或从一个合格的医疗保险计划更换到另一个；以及
- 符合条件的个人或参保者证明他们符合交易所规定的其他特殊情况。

7. Tax Credits

健康保险市场的注册工作于 2013 年 10 月开始，符合条件者可在 2014 年获得税收抵免。

在提交合格健康计划的健康保险申请后，**individuals**，如果通过交易所购买，将可以提前获得税收抵免，以减少其医疗保险的费用。就保费税收抵免而言，家庭收入的定义是纳税人、配偶和受抚养人的修正调整后总收入 (MAGI)。

MAGI

计算包括工资、薪金、国外收入、利息、红利和社会保障等收入来源。

收入达到联邦贫困线 (FPL)**between 100% and 400%** 的合法居民和公民有资格获得税收抵免。各州可选择将医疗补助计划的覆盖范围扩大到联邦贫困线 138% 以下的人群。享受医疗保险或医疗补助等公共保险的人员没有资格享受税收抵免。

有资格享受保险费税收抵免的人，且其家庭

incomes between 100% and 250% of FPL有资格获得费用分摊补贴（减免）。

符合条件的个人必须购买银级计划才能获得费用分担补贴。

税收抵免直接发送给保险公司，并减少投保人的每月医疗保险费。税收抵免额根据个人或家庭的预期年收入确定。

Small employers根据雇主的平均工资和规模，提供健康计划的雇主可能有资格获得联邦税收抵免。这些税收抵免适用于拥有 25 名或 25 名以下员工的低工资雇主（每名员工的平均工资低于 50,000 美元），可为小企业雇主支付高达 50% 的保费，为小型免税雇主支付高达 35% 的保费。

在加州，雇员少于 25 人的小企业只要通过

Covered California for Small Business (CCSB) program 购买健康保险，就有资格享受联邦保险费税收抵免。

符合条件的雇主可在连续 2 个纳税年度内享受该抵免。

Advanced Premium Tax Credits

Advance payments of the premium tax credit APTC, 是一种税收抵免，可帮助个人负担通过市场购买的保险。这些税收抵免可立即用于降低每月的保险费。如果投保人符合条件，他或她可以选择每月将多少预付抵免额用于支付保费，但不得超过最高限额。如果当年的预付抵免额少于应得的税收抵免额，被保险人将在申报联邦所得税时获得差额作为退税抵免。如果当年的预付额高于抵税额，被保险人必须在报税时偿还多出的预付额。

APTC 按比例支付，从 FPL 的 100% 到 FPL 的 400%。它通常根据下一个保险年度经证明的预计年收入计算。最高 APTC 参照收入和适用的第二低费用银计划计算。

要知道，在加利福尼亚州，收入不超过 400% FPL 的某些家庭可以享受预付保费税收抵免 (APCT)。抵免额由加州健康福利交易所（Covered California）计算，并由交易所支付给保险公司。

8. Penalties and Fines

最初，《平价医疗法案》要求所有美国公民和合法居民拥有合格的医疗保险。这被称为 **individual mandate**，是该法案 **Shared Responsibility Provision** 的一部分。如果个人没有合格的医疗保险，将根据个人的应纳税收入、受抚养人数量和联合申报情况被征收联邦税罚款。

截至 2019 年，个人强制保险和共同责任罚款 **no longer apply**。然而，许多州都有自己的个人健康保险强制规定。在这些州，个人必须拥有合格的医疗保险，否则必须支付 **state tax penalty**。

Employer Penalties:如果至少有一名雇员享受医疗保险的保费减税优惠，那么拥有 50 名以上全职雇员的雇主将受到以下处罚：

Coverage

雇主提供的保险 ~~does not~~ 每名全职雇员 2,000 美元（前 30

名雇员除外）

雇主提供的保险 每名享受保险费税收抵免的员工应缴纳 3,000 美元，或

每名全职雇员 2,000 美元（前 30 名雇员除外）

Penalty Tax

全职雇员少于 50 人的雇主可免于这些处罚。

9. California Health Benefit Exchange

覆盖加州是该州根据改革法设立的福利交易所。它为联邦最低生活费 138% 以上的家庭提供保险，并为联邦最低生活费 400% 以下的家庭提供补贴。加州保险提供 4 个健康计划级别：白金、黄金、白银或青铜，客户承担的医疗费用从 10% 到 40% 不等。

低收入家庭可获得补贴：为低于联邦最低生活保障线 400% 的家庭提供高级保险费税收抵免 (APTC)，为低于联邦最低生活保障线 250% 的家庭提供费用分担减免 (CSR)。

Covered California for Small Business (CCSB)

Covered California for Small Business (CCSB) 是 Covered California 为

1 to 100 eligible employees 的企业提供的健康保险市场。CCSB 全年提供注册服务。雇主可从 4 个承保级别中选择计划：铜、银、金和白金，以及双层选择，允许他们选择两个相邻的金属层。

通过 "加州覆盖 "购买健康保险的小企业可能有资格获得联邦税收抵免，以抵消部分费用。要获得联邦保费税收抵免的资格，雇主必须拥有少于 25 名等同于全职的员工，支付给员工的平均年薪低于 54,000 美元，并且至少为符合条件的员工保费成本出资 50%。

Agent Training

所有有意在承保加利福尼亚州市场进行销售的代理必须持有加利福尼亚州保险部颁发的有效执照，并完成承保加利福尼亚州的培训和认证计划。初始代理认证培训完全通过计算机系统在线提供，涵盖以下主题的一系列信息和指导：

- 平价医疗法案》；
- Covered California for Small Business;•

Agent roles and responsibilities;

- 个人和家庭的资格；以及• 隐私要求。

K. 章节回顾

本章解释了医疗计划的关键概念和主要类型，包括成本控制措施和联邦法规。
让我们回顾一下：

MEDICAL PLANS CONCEPTS

Medical Plan Characteristics	<ul style="list-style-type: none">• <i>预付费计划</i>--无论提供何种服务，均持续付款• <i>特定承保范围</i>--将服务限制在一种疾病或一组承保范围内• <i>全面护理</i>--为大多数类型的医疗费用提供保障• <i>福利表</i>--说明计划的确切承保范围和给定费用
------------------------------	--

TYPES OF PROVIDERS AND BENEFITS

Major Medical Insurance (Indemnity Plans)	<ul style="list-style-type: none">• 最高限额高• 一揽子承保• 预付免赔额• 满足免赔额后分摊的费用
Health Care Services Organization (HMOs)	<ul style="list-style-type: none">• 预防性保健• 预付• 仅限于服务区• <i>基本福利服务</i>--住院病人、医生、门诊医疗、预防、紧急护理、急诊、实验室诊断、地区外保险• <i>可选福利</i>--长期护理、护理服务、家庭保健、处方药、牙科/视力保健、精神保健、药物滥用服务
Preferred Provider Organizations (PPOs)	<ul style="list-style-type: none">• 医生按服务收费• 没有初级保健医生转诊• 会员可以使用他们选择的任何医生，但鼓励他们使用事先商定费用的经批准的医生
Point-of-Service Plans (POS)	<ul style="list-style-type: none">• HMO 和 PPO 计划的组合• 员工不被锁定在一个计划中；允许根据医疗服务需求进行选择• 向非会员医生支付服务费；病人支付较高的共同保险费
Consumer Driven Health Plans	<ul style="list-style-type: none">• <i>医疗储蓄账户 (MSA)</i> --由雇主出资的账户；与高自付额医疗计划挂钩• <i>灵活支出账户 (FSA)</i> --由员工缴费（减薪）资助的福利• <i>健康报销账户 (HRA)</i> --由雇主报销符合条件的医疗费用• <i>高免赔额医疗计划 (HDHP)</i> --高免赔额；低保费

- 健康储蓄账户 (HSA) --由雇员和雇主出资的账户；与高自付额医疗计划挂钩
- GROUP INSURANCE
Types of Eligible Groups
- 雇主赞助的 • 协会

- 债权人团体 • 自筹资金
- 小雇主 - 员工少于 100 人
- Provisions
 - 转为个人保险 - 31 天内，无需提供可保性证据
 - 福利协调
 - 更换承保人 - 共同保险和自付额的结转 *缴费型* - 雇员和雇主支付部分保费（75% 符合条件的雇员必须参保）
 - *非缴费型* - 雇主支付全部保费（100% 符合条件的雇员必须参加）
- Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)
 - 资格赛：
 - 自愿终止雇用
 - 因严重不当行为以外的原因终止雇用（如公司裁员）
 - 就业状况变化：从全职变为兼职
 - 保险期限：
 - 18 个月 - 合格事件后
 - 36 个月 - 在雇员死亡、离婚或合法分居等事件发生后为受抚养人提供保障

AFFORDABLE CARE ACT (ACA)

- Features and Coverages
 - 要求提供预防、教育和社区保健服务
 - 保费费率可根据地理评级区域、家庭组成、年龄和吸烟情况而定
 - 子女在 26 岁之前都可享受保险
 - 已有病症的承保范围
 - 注册期：11 月 1 日至 1 月 31 日 • 金属等级/计划覆盖范围：
 - 铜 60
 - 银 70
 - 黄金 80
 - 白金 90

Essential Benefits

10 个基本好处

- 门诊病人服务 • 急诊服务
- 住院治疗
- 怀孕、分娩和新生儿护理 • 精神健康和药物使用
- 处方药
- 康复和适应性服务及设备
- 实验室服务
- 预防和保健服务以及慢性病管理
- 儿科服务，包括口腔和视力保健