

统一书号：ISBN 978-0-9758455-7-8

在线统一书号：ISBN 978 0 646 48747 2

在线版权

© 澳大利亚联邦政府—2008 年

本著作已注册版权。本资料只能以原样（保留通知）下载、展示、打印、复制，用于个人、非商业用途或在贵机构内使用。除《1968 年版权法》规定许可使用的情况外，保留其他一切权利。有关复制和权利的要求和查询请寄到以下地址：

Commonwealth Copyright Administration, Attorney General's Department, Robert Garran Offices, National Circuit, Canberra ACT 2600

也可以在以下网址发布：

<http://www.ag.gov.au/cca>

印刷版权

© 澳大利亚联邦政府—2008 年

本著作已注册版权。除《1968 年版权法》允许的使用外，未经联邦政府书面许可，不得采用任何方法复制其中的任何部份。保留其他一切权利。有关复制和权利的要求和查询请寄到以下地址：

Commonwealth Copyright Administration, Attorney General's Department, Robert Garran Offices, National Circuit, Canberra ACT 2600

也可以在以下网址发布：

<http://www.ag.gov.au/cca>

澳大利亚卫生系统提供一整套公费和自费医疗服务。您可以只选择国民保健 (Medicare)，也可以选择国民保健和私人医疗保险。

本手册使用浅显的语言，向您解释澳大利亚的卫生系统，帮助您决定怎样才能最好地满足您的医疗保险需要。

《保险与否》 (*Insure? Not sure?*) 由私人医疗保险管理委员会(PHIAC)制作，这是澳大利亚政府卫生系统内的一家独立机构。

从 PHIAC 网站可以获得注册私人医疗保险公司的联系资料，网址：

www.phiac.gov.au/healthfunds/index

PHIAC 可应要求提供一份本手册的非英语语言版本。

目录

一般信息

- 国民保健提供什么保障
 - 医院
 - 医疗
 - 药品
 - 救护车保险
- 如果您是医院的自费病人
- 私人医疗保险提供什么保障
- 私人医疗保险病人的选择

医疗保险公司的“差额”保障安排

附加费和奖励

- 终生医疗保险
- 私人医疗保险退款
- 国民保健税附加费(MLS)
 - 范例

私人医疗保险简介

- 私人医疗保险简介
- 受保群体
 - 原有疾病的标准等候期
 - 原有疾病的定义
 - 等候期
 - 新生儿等候期
 - 从一家保险公司转到另一家保险公司
 - 暂停会员资格
 - 标准信息声明
 - 让受保人士了解最新情况
- 支付保费
 - 预先支付
 - 保险费折扣
 - 未付保费

- 取消会员资格
- 您将获得的给付
 - 私人医疗保险病人的给付选择
 - 不合资格的申请
 - 假体
- 自费病人的医院章程
- 私人医疗保险调查专员

私人医疗保险种类

- 医院保险
 - 除外保险
 - 开端免赔额或自负额
 - 共同付款
 - 限制给付
 - 给付限制期
 - 公立医院
 - 医院替代性治疗
- 普通保险(前称为辅助或额外治疗保险)
- 成套产品

需要问私人医疗保险公司的问题

私人医疗保险公司常用术语

一般信息

医护费用可能非常昂贵。作为澳大利亚医护系统的基础，国民保健对许多医护费用提供保障。私人医疗保险则对国民保健未包含的一些服务提供额外的保障。

国民保健提供什么保障

澳大利亚的国民保健系统供所有永久居民享用。诺福克岛（Norfolk Island）未参加国民保健计划；但一直住在澳大利亚的澳大利亚居民若从大陆搬到诺福克岛，持有返程签证者有资格享受国民保健最多五年时间。国民保健系统具有三个部份：医院、医疗和药品。

医院

医院治疗既包括医院环境中提供的治疗，也包括在医院场所之外（如养老服务机构或病人居所）提供的治疗，但这些服务必须是由医院协调提供的。医院费用涉及一系列的服务，包括住院费用、手术室费用和重症监护费用。

若选择作为国民保健(公费)病人，您可以在公立医院免费接受医院指定医生的治疗。您不可以选择自己的医生。

如果您是公立或私立医院的自费病人，医院会向您收取住院费以及所收到的其他医院服务费用。如果您在医院场所之外接受医院治疗，这些收费很可能会更低。私人医疗保险可能会支付其中的全部或部份收费。

医疗

作为公立医院治疗的公费病人，您的医疗费用将由国民保健支付。如果您是接受医院治疗的自费病人，国民保健将为您支付 **75% 的 MBS**（医疗给付明细表）费用。私人医疗保险公司有一些安排，可能会对您的医院治疗支付全部或部份医生费用。除非您的私人医疗保险公司与医生有差额保障安排来支付医生的全部收费，否则您可能要自行支付医生帐单的部份费用。

药品

按照药品补贴计划（**PBS**）规定，对于在药店购买的大多数处方药品，您只需要支付部份药费。剩余部份的费用由药品补贴计划（**PBS**）支付。若药品不是在 **PBS** 计划下‘提供’的，那么私人医疗保险公司可以决定是否提供给付。

救护车保险

国民保健不支付急救服务或其他救护车服务费用。救护车保险安排因州而异。您应该检查居住地有何安排。在不为居民提供统一救护车保险的州，您可以通过所在州的救护车管理部门以及/或者您的医疗保险公司安排救护车保险。

对于您向所在州救护车管理部门缴纳的年费或相关的运送费用，私人医疗保险公司可能会支付或报销其中的全部或部份费用。如果您在新南威尔士州或澳大利亚首都领地购买医院保险，您将发现私人医疗保险的保费中就包含这一保险。在这两个州中，如果您是恤金领取者或低收入人士，您有资格获得免费救护车保险，因此您的保费可能会降低。

如果您是医院的自费病人

作为自费病人—无论您是否有保险—您都有权选择自己的医生，并且决定是去医生服务的私立医院还是公立医院。您可能还在何时住院方面有更多选择。

无论是作为公立医院还是私立医院的自费病人，您都可能需要对一系列服务支付全部或部份费用，如：

- 住院
- 手术室费用
- 重症监护
- 药物、覆料和其他消费品
- (手术植入的)假体
- 诊断检验
- 医生服务。

作为自费病人在私立医院接受治疗的费用可能非常昂贵。私人医疗保险会支付其中的全部或部份费用。

私人医疗保险提供什么保障

如果您有私人医疗保险，您在公立医院或私立医院中作为自费病人的全部或部分费用就可以得到保障。您也可以自由选择公立医院作为公费病人免费接受治疗。

可供选择的私人医疗保险的保单很多。这些保单可为您支付全部或部分医院护理费用，并且允许您选择自己的医生或专科医生。

私人医疗保险让您可以对 **Medicare** 未包含医疗服务的全部或部分费用获得保障，如：

- 公立或私立医院的医院费用（手术室费用或住院费）
- 国民保健未包含的全部或部分医疗费用
- 牙科治疗
- 救护车
- 脊椎按摩治疗
- 家庭护理
- 足医治疗
- 理疗、职业、言语和眼科治疗
- 眼镜和隐形眼镜
- 假体；以及
- 其他普通治疗服务(前称为辅助或额外治疗)。

您可以单独购买普通治疗给付保险，也可以与医院保险一起购买。欲知保单详情，请向私人医疗保险公司查询。

私人医疗保险病人的选择

医疗保险公司的“差额”保障安排

‘医疗费差额’是指医生对在医院所提供服务的收费与国民保健和医疗保险总给付之间的差异。除非您的医疗保险公司与医生有差额保障安排来支付医生的全部收费，否则您可能要自费支付部分治疗费用。

医疗保险公司可以与医院谈判签订协议，全部或部分支付与医院治疗有关的其他费用，如住院费。

在获得医院治疗之前，请务必与您的医疗保险公司联系，查询保险公司是否与医院有协议，并且询问医生是否参加保险公司的差额保险安排。您还应该请医生和医院估算其费用，并且了解医疗保险公司不包的费用有多少。医疗保险公司应该也能帮助您计算出可能需要自负的费用。

与医疗保险公司有协议的医院将所提供医院服务的帐单交给保险公司。参加医疗保险公司差额保险安排的医生通常也会将所有帐单交给保险公司。如果您的保单要求您支付部分医院费用或医疗费用，医院或医生就会把帐单直接寄给您。

在可能的情况下，与医疗保险公司有协议的医院以及参加保险公司差额保险安排的医生，应该在医院提供医疗服务之前，将您必须支付的任何数额通知您。

您应该知道，如果您的医疗保险产品规定有自负额或共同付款，即使医院与保险公司有协议而且医生参加保险公司的差额保险安排，您也必须自行支付部份医院治疗费用。有关自负额和共同付款的详情见‘医疗保险种类’。

如果您有任何问题或投诉得不到保险公司做出令人满意的解决，您可以请私人医疗保险调查专员对问题做出充分调查。在找调查专员之前，一定要尽量先找保险公司解决问题。

附加费和奖励

终生医疗保险

终生医疗保险于 2000 年 7 月推出，要求推迟购买医院保险的人士，除缴付标准医院保险的保费外另交附加保险费。越早购买医院保险并且保有医院保险的人士，与越晚加入的人士相比，一生中支付的保费更低。

按照“终生医疗保险”规定，若要终生锁定最低保险费，需要在 31 岁生日后的 7 月 1 日前向私人医疗保险公司购买医院保险。如果某人在 31 岁生日后的 7 月 1 日没有医院保险，但决定日后购买医院保险，对于 30 岁以后的每一年，他们在保险费以外需要另交 2% 的附加保险费。

例如，某人若在 40 岁首次购买医院保险，就要比 30 岁以下首次购买医院保险的人士多付 20%。

如果该人士连续 10 年保有医院保险，就不再需要支付终生医疗保险的任何附加保险费。

按照“终生医疗保险”规定，私人医疗保险公司的会员在一生中可以累积退出私人医疗保险 1,094 天，而不会对其附加保险费产生影响。在此之后，对于没有保险的每 365 天，该人士的附加保险费将增加 2%。您还可以向医疗保险公司申请暂停保险，暂停时间将计作拥有私人医疗保险的时间。

在 1934 年 7 月 1 日或以前出生的人士不受终生医疗保险限制，未来可以随时加入医疗保险公司，所支付的保险费与 30 岁购买保险的人士相同。

对于在 31 岁生日或在终生医疗保险推出时人在海外的澳洲人有一些规定和宽限期，这些规定和宽限期可能适用于您。新抵澳的人士也可能在终生医疗保险的附加保险费生效之前获得宽限期。

出于终生医疗保险的目的，在诺福克岛呆的时间被划定为在海外呆的时间，根据您在诺福克岛居住的实际日期，这可能会有不同的影响。

如果您在 2000 年 7 月 1 日是澳大利亚国防军(ADF)的一员，按照终生医疗保险规定，您将获得 30 岁的认证加入年龄。在从澳大利亚国防军退伍后，按照外出期规定，您在加入医疗保险公司时将获得 1,094 天，并可仍然支付基本费率的保险费。

在新的《2007年私人医疗保险法》之前实施的《1953年全国健康法》有一项修正案，为2004年7月1日起获得退伍军人事务部 (DVA) 金卡的人士提供保障，使其在适用终生医疗保险可以获得豁免。如果您在1999年7月1日以来的任何时间持有金卡，但该卡后来被退伍军人事务部取消，您就可以申请将持有该卡的时间作为加入私人医疗保险的时间。如果您在2000年7月1日持有金卡，通常就会获得30岁加入终生医疗保险的认证年龄。

欲知终生医疗保险详情，请查询医疗保险公司或在以下网站使用终生医疗保险计算器：
www.privatehealth.gov.au

私人医疗保险退款

30% 退款

对适合的私人医疗保险有30%退款。

若符合国民保健资格，并有提供医院治疗或普通治疗(前称为辅助或额外治疗)保险或两者都提供的合规医疗保单，所有澳洲人都有资格申领30%退款。

退款为所支付保费实际成本的30%。因此，如果保费增加，退款也会增加。

澳大利亚老年人可获得更高退款

澳大利亚老年人可获得更高的私人医疗保险退款。年龄为65-69岁人士的退款为35%，70岁以上人士的退款为40%。更高退款是为了帮助澳大利亚老年人支付私人医疗保险的费用。

如何申领退款

您的医疗保单必须是按照《2007年私人医疗保险法》注册的私人医疗保险公司发出的，您才能申领退款。

此外，保单所含的所有人都必须有资格或视为有资格申领国民保健的给付。

申领退款有三种方法：

- 请私人医疗保险公司通过降低保费的方式来提供退款
- 通过当地的国民保健办事处从澳大利亚政府直接获得付款
- 在财政年度结束时使用医疗保险公司提供的结单，在报税时领回退款。

如果您的雇主代您缴付保险费，您有资格申领退款。

欲知详情

消费者可以浏览联邦卫生与老年人事务部网站www.health.gov.au，了解有关联邦政府私人医疗保险退款的详情。

国民保健税附加费(MLS)

国民保健税附加费是 1997 年 7 月 1 日起实施的，旨在鼓励人们购买医院保险，尽可能使用私费系统，以降低对公费系统的要求。

国民保健税附加费是对收入超过一定水平的人士征收应课税收入 1% 的额外附加费，这些人士有资格获得国民保健，但没有向注册医疗保险公司购买适当水平的医院保险。国民保健税附加费是在正常 1.5% 国民保健税之外另收的。

谁必须支付国民保健税附加费？

如果您的收入超过收入限额，而且没有含较低开端免赔额或自负额的私人医院保险的保单，就必须支付附加费。

在 2008-09 年度,限额如下:

- 年度应课税收入超过\$70,000 的单身；或者
- 合共应课税收入超过\$14,000 的家庭或夫妇。在第一个受扶养子女后，每增加一个受扶养子女，家庭收入限额增加\$1,500。

这些限额以后会被继续调整，根据平均工资的变化而浮动。您可以登录PHIAC的网站 www.phiac.gov.au 来查询现行限额。

较低开端免赔额或自负额的定义为：

- 单身人士保单每年等于或低于\$500，或者
- 家庭/夫妇每年\$1,000。

如果您是应课税收入超过该限额的规定人士*，并且有任何受扶养人，但受扶养人不是规定人士，而且没有受到向注册医疗保险公司购买的较低开端免赔额住院保单的保障，那么您还必须支付国民保健税附加费。

* 您通常知道自己是否为规定人士。如果您需要有关规定人士的更多信息，请拨打澳大利亚税务局 (ATO) 帮助热线 13 28 61。

您的受扶养人与国民保健税附加费的关系

只要您为其支付赡养费(包括子女抚养费)，您的受扶养人可以是以下人士：

- 您的配偶
- 您未满 16 岁的任何子女；或者
- 您未满 25 岁的任何在学子女。

在以下情况下，您不必支付附加费：

- 您的应课税收入低于收入限额。

- 您的应课税收入超过收入限额，但您为自己以及所有受扶养人向注册医疗保险公司购买了具有较低开端免赔额的医院保险。
- 因为您是规定人士而且没有任何受扶养人，您通常免交国民保健税。在这种情况下，您的应课税收入就不予考虑。
- 您是高收入人士，但已经在 2000 年 5 月 24 日以前购买了医院保险产品，该产品的开端免赔额或自负额对于单身人士来说高于\$500，对于家庭/夫妇来说高于\$1,000。在这种情况下，只要您继续保有同一医院保险表的会员资格，您就可以继续免交附加费。

附加费说明

您必须持有私人医疗保险公司的医院保险，而且该保险为全部或部分住院费用和收费提供保障，您才能免交附加费。有关医疗保险公司是否注册的信息可以向私人医疗保险管理委员会 (PHIAC) 咨询，请致电委员会的办公室电话 02 6215 7900 或浏览其网站 www.phiac.gov.au。

出于附加费目的，普通治疗(前称为辅助或额外治疗)保险并不算作自费病人的医院保险。

较低开端免赔额或自负额

开端免赔额或自负额对于单身人士的保单来说，每年必须等于或低于\$500，对于家庭/夫妇来说，每年必须等于或低于\$1000，才能算作较低开端免赔额或自负额。

欲知详情

欲知国民保健税附加费详情，请通过以下方式与澳大利亚税务局(ATO)联系：

- 拨打 ATO 帮助热线 13 28 61
- 浏览 ATO 网站主页 <http://www.ato.gov.au>

私人医疗保险简介

私人医疗保险是通过按《2007 年私人医疗保险法》规定注册的私人医疗保险公司提供的。注册私人医疗保险公司的财务绩效由私人医疗保险管理委员会(PHIAC)监督。该委员会是澳大利亚政府的一家独立机构，负责确保有关清偿债务能力和资本适当度的要求得到满足。

医疗保险公司可以作为以下两者之一注册：

- 开放性会员机构 (任何人都可以申请加入)，或者
- 限制性会员机构 (任何人都可以申请加入) (只有通过特定工作团体、专业协会或工会才可申请参加)。

医疗保险公司遵照一条名为“共同评级”的原则。按照这一原则，保险公司收取的保险费不随人的年龄（加入终生医疗保险的年龄除外）、性别、健康状况或家庭大小而改变。例如，年龄 20 岁、身体健康的单身人士与年龄 60 岁、身体不好的单身人士对相同保险支付的保费相同。然而，不同保险公司对类似保险的保费可能有所不同。

私人医疗保险与创伤和残疾保险不同。后者为“风险评级”保险，而非“共同评级”保险，通常是在出现特定疾病或损失时支付一次性付款，并不能替代私人医疗保险。

受保群体

按照《2007年私人医疗保险法》规定的受保群体如下：

(1) 对于非学生保单或第(3)款所述保单以外的保单，受保群体是指：

- I. 仅一人
- II. 2个成人 (别无他人)
- III. 2人或更多人，其中没有成人
- IV. 2人或更多人，其中只有一人是成人
- V. 3人或更多人，其中只有2人是成人
- VI. 3人或更多人，其中至少有3人是成人

(2) 对于非学生的受抚养子女的保单，受保群体是指：

- I. 2人或更多人，其中只有一人是成人
- II. 3人或更多人，其中只有2人是成人

(3) 对于在2008年12月31日之前为非学生的受抚养子女提供保险的保单，其中保单的条件是非学生人士除医院替代性治疗外没有普通治疗保险，而且必须向同一保险公司自行购买普通治疗（医院替代性治疗除外）的保单，受保群体是指：

- I. 2人或更多人，其中只有一人是成人
- II. 3人或更多人，其中只有2人是成人。

在《2007年私人医疗保险法》中，‘受抚养子女’被定义为以下人士：

(1) 符合以下条件的人士：

- I. 年龄未满18岁，或者
- II. 按照为该人士保险的私人医疗保险公司的规则属于受抚养子女；并且

(2) 年龄超过25岁；并且

(3) 没有配偶。

‘非学生的受抚养子女’是指以下人士：

(1) 年龄在18岁和24岁(含)并在1991前出生；并且

(2) 如《2007年私人医疗保险法》第(1)(ii)款对‘受抚养子女’的定义所述，按照为该人士保险的私人医疗保险公司的规则属于受抚养子女，无论该人士是完全依靠还是在实质上依靠同一医疗保单所保的某一成人；并且

(3) 没有配偶；并且

(4) 目前未在中小学或大专院校接受全日制教育。

注：因此，‘非学生的受抚养子女’也是《2007年私人医疗保险法》所定义的‘受抚养子女’。

医疗保险公司可不必为所有类别的受保全套提供各类保险。

原有疾病的标准等候期

在您决定购买或升级私人医疗保险时，身体可能已经不好。您可能患有所谓的原有疾病。按照《私人医疗保险法》规定，如果投保人或开展检查的医生在合理情况下明确认为在加入医院保险表或升级到更高保险等级的六个月前存在原有疾病，医疗保险公司可以对医院治疗给付施加 12 个月的等候期。

对于精神病、康复和临终护理来说，等候期为 2 个月。

在住院前，请务必与医疗保险公司核查。请记住，医疗保险公司至少需要一周左右的时间，才能通知您原有疾病的 12 个月等候期是否适用。

即使您已经患病，医疗保险公司必须允许您购买任何一种保险。如果保险公司拒绝您加入，按照 规定，这可能属于违法行为。

原有疾病的确切定义是什么？

原有疾病是指某种病况、疾病、体征或症状，按照医疗保险公司所指定医生的意见，该病况、疾病、体征或症状在该会员投保该保单前 6 个月中的任何时候已经存在。

医疗保险公司指定的医生在做出这一决定，形成某一疾病是否为原有疾病的意见时，必须考虑您自己的医生提供的资料。

如果您需要医院治疗，但在目前的医院保险表上只有不到 12 个月的会员资格，如果您的疾病被定为原有疾病，就可能有 12 个月的等候期（对于精神病、康复和临终护理，等候期为 2 个月）。

等候期

在您加入医疗保险公司或提高保险等级时，可能需要等一段时间，保险才会生效。这可以确保投保人不会在加入保险公司不久就提出大额索赔要求，然后再取消会员资格，由此可以保护您本人以及向您的保险公司投保的其他人。这种‘打了就跑’的行为会造成每个人的保费增加。

您应该注意，对于给付限制期而言，如果您转到另一个没有给付限制的保单，您就可以取消给付限制期。

如果您在加入保险公司后，因为发生事故而需要医院或医生治疗，通常就没有等候期。

对于医疗保险公司在会员申请医院治疗给付之前能够让会员等候的时间，政府规定了最高期限。这些最高期限如下：

- 原有疾病为 12 个月
- 孕产为 12 个月
- 精神病、康复和临终护理为 2 个月—无论是否有原有疾病
- 其他所有情况为 2 个月。

政府对普通治疗（前称为辅助或额外治疗）保险下应付给付的等候期没有做出规定。这些等候期由医疗保险公司各自设定，您务必要了解保险公司规定的普通治疗给付等候期。

适用于新生儿等候期

如果您有单身会员资格并且怀孕，您可能需要转为家庭会员资格或单亲家庭会员资格。如果您希望孩子从出生之时起就有保险，您可能需要在孩子出生的两个月前转为新的保单。请您的保险公司解释有关新生儿的保单。

从一家保险公司转到另一家保险公司

您可以从一家医疗保险公司转到另一家医疗保险公司，获得相同或更低的给付等级，而不需要完成额外的等候期。

您转往的保险公司可能会对您获得新保单上的任何新给付或更高给付的资格施加等候期。

对于您已经完成的等候期，您转往的保险公司必须将其计入。

您的新保险公司在确定您的年度给付限额时，可能会将前一保险公司支付的给付考虑在内。

只要您是从原医疗保险公司的医院保险转到新医疗保险公司的医院保险，那么从一家保险公司转到另一家保险公司不会影响您的终生医疗保险的应有权利。

这些转移规则还适用于转到同一保险公司的不同产品的情形。

退伍军人事务部前金卡持有者没有等候期

如果您在申请私人医疗保险之前曾持有退伍军人事务部的金卡或者有权凭金卡接受治疗，那么对于保单所保障的任何医院治疗或普通治疗都没有等候期。

您在停止持有金卡或不再有权凭金卡接受治疗后，必须在不超过 2 个月的期限内申请保险。

暂停会员资格

如果您要离开澳大利亚出国，大多数保险公司都允许您放弃、延迟或暂停会员资格一段时间，保险公司对这一时间有规定。在其他条件下（如失业期间），也可能会允许暂停资格。请向保险公司询问有什么条件。

对于暂停会员资格期间所使用的服务或提供的治疗，不会向您支付给付。同样，暂停会员资格的时间不可以计入等候期或合格期。

在医疗保险公司同意下暂停会员资格不会影响您的终生医疗保险权益。

在您重新开始支付保费时，您应得的给付权益将按暂停会员资格前的相同水平继续。

标准信息声明

在您第一次购买私人医疗保险时，保险公司必须给您提供一份最新的信息声明(SIS)，声明包含保单保险内容以及保单所提供给付的计算方法的详细资料。您的私人医疗保险公司必须至少每 12 个月，向您提供一次有关您的保单的最新标准信息声明。

将保险公司规则的改变通知会员

医疗保险公司不时改变规则和保险费价格。在拟议中的改变可能或确实不利于您的利益时，保险公司必须在改变生效前的合理时间内，将拟议中的改变通知您。此外，在声明更新之后，保险公司必须尽快向您提供一份经过更新的标准信息声明。

支付保费

预先支付

一般而言，除非按工资扣款计划或直接划帐方式支付，否则您必须至少提前一个月支付保费。

您可以预先支付的最高期限通常为 12 个月。

一些保险公司提供“费率保护”政策。按照这一政策，如果您预先支付，而费率在您已经支付的期间增加，您就不必支付额外的费用。例如，如果您提前支付 12 个月的保费，而在四个月后费率增加，但因为费率保护，您就不必支付增加的费率，直到 12 个月保险期结束为止。

如果没有“费率保护”政策，保险公司就会要您支付新费率的差额或缩短您所支付保费的保险期。在收到费率增加的通知时，请检查费率增加是否会影响您预先支付保费的保险期。

保险费折扣

一般来说，您在提前半年或一年支付保费时可以获得折扣。如果您的保费是从工资或银行账户或信用卡中自动扣除，那么您也可能获得折扣。

未付保费

如果您的保费迟交两个月以上，您的私人保险就会失效，也就是说，您没有保险。

对于拖欠超过两个月的保费，一些保险公司可能不接受付款。在这种情况下，在您重新支付保费时，保险公司可能会另外施加等候期。

取消会员资格

如果您决定取消会员资格，您的保险公司应该偿还您预先支付的任何保费。保险公司可能会扣除少量管理费。

您将获得的给付

您对医院或医生治疗所获得的给付额，取决于您所购买的保险种类，并且取决于您是否选择分摊医院治疗的费用来降低保费。

您将获得的给付额还取决于您所选择的医院和医生、医院是否与您的保险公司有协议、医生是否参加保险公司的差额保障安排。

如果您的医疗保险公司与医院有协议而且您的医生参加差额保障安排，您需要自费支付费用的可能性就更小。如果您选择去的医院与您的保险公司没有协议，您可能就需要自费支付高额费用。

早在获得治疗之前，您就应该与您的医疗保险公司联系，查询保险公司是否与医院有协议，并且询问医生是否参加保险公司的差额保障安排。您还应该请医生和医院估算其费用，并且了解医疗保险公司不包的费用有多少。的医疗保险公司应该也能帮助您计算出可能需要自负的费用。

您可以向医疗保险公司询问与该保险公司有协议的医院或参加该保险公司差额保障安排的医生情况。

如果您有普通治疗（前称为辅助或额外治疗）保险，您需要知道医疗保险公司对普通治疗支付的给付可能会“封顶”，并且可能对一些治疗根本不提供保障。

私人医疗保险病人的给付选择

不合格的申请

在以下情况下通常不支付给付：

- 您将由第三方支付赔偿
- 未经保险公司认可的某人提供某些普通治疗(前称为辅助或额外治疗)服务或者您没有普通治疗给付的保险
- 您在索赔申请表上填写的资料错误或不准确
- 您迟交保费超过两个月
- 您在保险公司的会员资格暂停期间对所提供的服务申请了给付
- 服务提供者与您有直接的亲属关系—也就是说，是您的配偶、父母、子女或兄弟姐妹，或者
- 您的索赔申请是在服务之日的两年后或多年后提出的。

假体

在医疗程序期间，有时需要通过手术植入假体，如白内障手术的晶体、心脏手术的支架或髌/膝关节置换手术的人造髌/膝关节。对于获得国民保健给付明细表（MBS）保障的每个医疗程序，如果需要手术植入假体，临床医生确定医疗保险公司必须至少支付一个适合临床需要的假体，而不会给您造成额外的费用（这称为‘无差额’假体）。

在所提供的假体中，可能有一些假体的费用超过‘无差额’假体。如果您决定使用此类假体之一，您就需要支付‘无差额’金额与假体供应商收费总额之间的差额。

对于每个程序，您都应该询问医疗保险公司对某一假体支付的金额是多少，并且询问您是否需要支付任何‘差额’。

不要忘记，如果您的私人医疗保单有除外条款—让您无法申请某些服务（如关节置换）—那么您就不可以对这些服务中提供的任何假体提出索赔申请。

自费病人的医院章程

为了帮助您了解自己可以对医疗保险公司、医生和医院有何要求，我们可以提供自费病人的医院章程。章程有助于回答您可能需要向参与您的健康护理工作的人士询问的一些重要问题。

医疗保险公司、卫生与老年人事务部以及私人医疗保险管理委员会(PHIAC)可以提供章程副本。

私人医疗保险调查专员

如果您对自己的医疗保险安排有问题，请先与医疗保险公司直接讨论。

如果无法与保险公司达成令人满意的协议，请拨打以下免费电话与私人医疗保险调查专员联系：**1800 640 695**。

私人医疗保险种类

私人医疗保险有两种：

- 医院保险，以及
- 普通治疗(前称为辅助或额外治疗)保险

医院保险帮助支付医疗费用，如住院费用以及医生对医院治疗服务的收费。这适用于您接受公立医院或私立医院治疗的情形。视您的医院保险而定，如果是在与保险公司协议的其他环境中接受治疗，而治疗是由医院协调，那么这种保险还可能会支付有关治疗的给付。

您可以购买的私人医疗保险有很多种。有些医疗保险为您提供全部保障，让您不需要支付住院费用和院内医疗收费。其他一些保险让您支付较低保费，但需要您支付部份费用。您可以选择支付较低保费，由此同意不保某些疾病，或者对某一疾病只获得有限的给付，或者对自己医院治疗的费用支付固定的数额。

您可以选择支付较低保费，购买具有一个或多个特点的一些医院保险：

- **排除特定的疾病**

如果您的保单具有某一疾病的除外条款，您作为自费病人在公立医院或私立医院对该疾病接受治疗时就不会获得保险。例如，如果您购买的私人医疗保险将孕产、髋关节全置换和膝关

节置换排除在外，而您因为这些病况之一作为自费病人前往医院，那么您的医疗保险公司就不会对您的医院和医疗费用支付任何给付。

如果您不确定保单排除哪些疾病，请向医疗保险公司查询。

- **开端免赔额（亦称为自负额）**

自负额是您同意在应付医疗保险给付之前支付的一部份住院费。例如，如果您的保单的自负额为**\$200**，那么在您作为自费病人去医院时，您就需要支付医院费用的首**\$200**。在一年中每次去医院您都可能要付自负额，自负额也可以封顶，限定为一年中必须支付的某一总额。如果您不确定保单的自负额如何作用，请向医疗保险公司查询。

- **共同付款**

共同付款意味着您同意在每次提供服务时支付协定的数额。例如，某一保单可能有共同付款条款，要求您对每天的住院费支付首**\$50**。如果您的保单有这样的共同付款要求，在您住院**5**天时，您就需要支付**\$250 (\$50 x 5)**。您在一年中可支付共同付款总额通常限制在某一固定的最高数额。

- **限制给付**

如果您的保单对某些疾病有限制给付，您作为自费病人在公立医院对这些疾病接受治疗时将获得保险，但如果您是在私立医院对这些疾病接受治疗，您将面临相当大的自付费用。

如果您不确定自己的保单是否有限制给付，请向医疗保险公司查询。

- **给付限制期**

给付限制期是指您在一定的期间只有权对某一疾病或治疗获得限制给付。在这段时间过去之后，您通常有权对该疾病或治疗获得全部给付。有些给付限制期可能在标准等候期结束后开始。

如果您不确定自己的保单是否有给付限制期，请向医疗保险公司查询。

- **公立医院保险表**

有些医疗保险公司提供的保单对所有疾病都有限制给付。这种保单有时称为公立医院保险表。这种保单规定，您作为自费病人在公立医院接受治疗时将获得保险，但如果您是在私立医院接受治疗，您将面临相当大的自付费用。

- **医院替代性治疗**

医院替代性治疗是一种替代医院治疗的普通治疗，通常由非医院的机构开展。可能包括旨在控制疾病、伤情或病况的护理、医疗、外科手术、治疗、诊断或其他服务。如果您可以选择这类治疗，请与您的医生讨论。医疗保险公司可能会为医院环境以外的慢性病管理计划和其他各类服务提供保险。

根据保险公司的保单，**普通治疗保险**(亦称为辅助或额外治疗保险)帮助支付理疗、视力治疗和牙科治疗的费用以及疾病管理和预付计划的相关费用。

成套产品

您可以单独购买医院治疗保险或普通治疗保险，大多数医疗保险公司都提供既包括医院治疗服务又包括普通治疗服务保险的成套产品。

请注意：您应该经常复查自己的医疗保险需要，以防自己对是否想获得某些疾病的保险改变注意，或者境况改变而需要升级保险。

需要问私人医疗保险公司的问题

您应该尽可能了解自己已经加入或正在考虑加入的私人医疗保险公司的情况。以下问题涵盖您可能感兴趣的一些话题。

哪些医院与这家保险公司有协议？

哪些医生参加这家保险公司的差额保障安排？

我的保险什么时候开始？

我什么时候可以申请给付？

我需要等候多长时间才能获得保险？

这将给我提供国民保健所不能提供的什么好处？

我可不可以选择自己的医生？

这种保险支付何种水平的医院给付？

这种保险支付何种水平的医疗给付？

你们是否对在家里开展的透析和化疗等治疗提供扩大医院保险？

我怎样才有资格获得给付？

我在什么情况下没有资格获得给付？

我需要支付什么自付费用？

保险公司是否对费率增涨提供保护？

如果费率增涨超出我的承受能力怎么办？

如果我提前支付了保险费，在费率增涨时我是否需要支付增涨的部份？

我需要满足任何等候期要求吗？

我的普通保险是否受到任何特殊限制？

我可不可以只给孩子购买牙科保险等，而不为我本人和配偶购买？

我的医院保险是否对所有程序和各类治疗都提供给付？

这一保单对哪些医院治疗不提供保障？

我的医院保险是否包含救护车保险？

哪些手术被认为是非急需手术？

我应该考虑其他什么选择？

这家保险公司上一次提高费率是什么时候？

这种保险对假体支付什么给付？

如果我对看医生后选择的假体必须支付差额，我如何能够了解‘差额’是多少？

私人医疗保险公司常用术语

住宿

住宿包括医院膳食和床费，并且包括含护理服务在内的医院提供的所有服务，但不包括医生或其他医务人员提供的治疗。

辅助

请参阅**普通治疗服务**

给付限制期

在一定时间内对某些疾病支付限制给付。这与等候期不同。在等候期间，在您购买保险之后的一段时间内不支付任何给付。

扩大医疗保障

医疗保险公司现在可以在医院保单下为非医院环境（如在您自己家中）提供的治疗以及管理慢性病的计划提供保障。

共同付款

共同付款是指每次提供服务时您同意支付协定的数额。例如，私人医疗保险的保单可能有共同付款条款，要求您支付每日住院费的首\$50。

受抚养子女

‘受抚养子女’是指以下人士：

(1) 该人士：

- III. 年龄未满 18 岁，或者
 - IV. 为该人士提供保险的私人医疗保险公司规则所规定的受抚养子女；并且
- (2) 年龄未在 25 岁以上；并且
 - (3) 没有配偶。

‘非学生的受抚养子女’是指以下人士：

- (1) 年龄在 18 岁和 24 岁之间(含)并且在 1991 年前出生；并且
- (2) 如《2007 年私人医疗保险法》第(1) (ii)款‘受抚养子女’定义所述，为该人士提供保险的私人医疗保险公司规则所规定的受抚养子女 — 无论该人士完全依靠还是基本上依靠获得同一医疗保险保单承保的成人；并且
- (3) 没有配偶；并且
- (4) 不在大学或中小学接受全日制教育。

注：因此，‘非学生的受抚养子女’也是《2007 年私人医疗保险法》所定义的‘受抚养子女’。

诊断检验

诊断检验可包括 X 光和验血等检验。

药物、覆料和其他消费品

药物、覆料和其他消费品是支持医院治疗的额外服务，包括药物、绷带、T 字形拐杖、假体（手术植入的物品，如髋关节置换假体、人造晶体和心脏瓣膜）。

非急需手术

非急需手术是指对医生认为不需要立即关注的疾病的治疗。

自负额

自负额是指您同意对医院治疗费用支付的数额，以此来换取更低的保险费。根据您购买的私人医疗保险的保单，您可能每次去医院都要支付自负额，也可能只在第一次时支付自负额。自负额亦称为开端免赔额。

额外治疗

请参阅普通治疗服务

联邦政府退款

对于您向私人医疗保险保险费支付的每元钱，澳大利亚联邦政府将给您提供 30 分钱退款。对于年龄在 65 岁和 69 岁之间的医疗保险会员，这一数额增至 35 分钱；对于年龄在 70 岁以上的会员，这一数额增至 40 分钱。

开端免赔额

请参阅自负额。

差额

‘差额’一词通常是指医生收费数额与国民保健和医疗保险公司支付的数额之差，即您对自己医院中接受的医疗服务必须支付的数额。

也可以指医院收费和医疗保险公司支付的数额之差。

普通治疗服务(前称为辅助或额外治疗服务)

普通治疗服务是指医务人员提供的理疗、言语病理治疗和足医治疗等服务。

重症监护

重症监护是指对具有实际或潜在生命危险的疾病、伤情或综合症的治疗。

产房费

分娩病房费包括在产房生孩子的费用。

终生医疗保障

终生医疗保险是在 2000 年 7 月 1 日推出的。按照终生医疗保险规定，医疗保险公司需要根据会员首次购买医院保险的年龄收取不同的保险费。如果某人在 31 岁生日后的 7 月 1 日没有医院保险，但决定日后购买医院保险，对于 30 岁以后的每一年，在保险费以外需要另交 2% 的附加保险费。如果该人士连续保有医院保险 10 年，即可停收附加保险费。

较低开端免赔额

开端免赔额（亦称为自负额）对于单身人士的保单来说，每年必须等于或低于 \$500，对于家庭/夫妇来说，每年必须等于或低于 \$1000。

MBS 费用 (国民保健给付明细表费用)

政府规定了一个医疗费用明细表—称为国民保健给付明细表。无论您是否为医疗保险公司的会员，您都可以对医疗费用申请退款。对于院内医疗费用来说，这一退款目前为 MBS 费用的 75%；对于院外医疗费用来说，这一退款目前为 MBS 费用的 85%

医疗费用

医疗费用是指对住院期间执行的医疗程序的收费。这包括外科医生收费、产科医生收费、放射科检验、病理检验和麻醉师收费等项目。国民保健对这些服务支付 75% 的 MBS 费用。

国民保健税附加费(MLS)

收入较高的个人和家庭，如果没有私人医院保险，就要另外支付其应课税收入的 1% 作为国民保健税附加费。这是在正常 1.5% 国民保健税之外另收的。

临终护理

临终护理是在病人患上不治之症时提供的。此类护理尽可能减轻病人的痛苦，提高他们生活品质。

原有疾病

原有疾病是指按照医疗保险公司指定医生的意见，在会员获得保单保险的 6 个月前的任何时间已经存在的疾病、体征或症状。

公立医院的自费病人

如果您选择在公立医院接受治疗，但保留选择自己医生的权利，您就属于公立医院的自费病人。为此将向您收取住院费和医生费用。国民保健将对医生收费支付 75% 的 MBS 费用。如果您有私人医疗保险，医疗保险公司将对医生收费至少支付余下 25% 的 MBS 费用，如果您的医生参加医疗保险公司的差额保障安排，甚至可能会付得更多。您的私人医疗保险公司还会支付您的全部或部份住院费。

私立医院的自费病人

您必须作为自费病人才能在私立医院接受治疗。作为私立医院的自费病人，您有权选择自己的医生，并且对所有医院和医生的服务负责。国民保健将对这些医生的收费支付 **75%** 的 **MBS** 费用。如果您有私人医疗保险，医疗保险公司将对医生收费至少支付余下 **25%** 的 **MBS** 费用，如果您的医生参加医疗保险公司的差额保障安排，医疗保险公司甚至可能会付得更多。您的私人医疗保险公司还会支付您的全部或部分住院费。

(手术植入的)假体

假体包括髋关节置换假体、人造晶体和心脏瓣膜等。

精神病护理

如果您患有残障并且正在参加某一计划，而该计划旨在改善您的功能，重新培训您获得失去的技能，或者帮助您重新建立自己的社会地位，那么您就在接受精神病护理。

公费病人

如果您选择在国民保健下在公立医院接受医院指定医生的治疗，那么您就属于公费病人。

康复护理

如果您患有残障并且正在参加某一计划，而该计划旨在改善您的身体机能，重新培训您获得失去的技能，或者帮助您重新建立自己的社会地位，那么您就在接受康复护理。

限制给付

作为公立医院的自费病人的治疗费用将获得保障，但在私立医院的治疗费用需要自行承担。

当日病人

如果您在同一日入院、接受治疗、出院，您就是当日病人。

标准信息声明(SIS)

标准信息声明由医疗保险公司在您首次购买保单时提供，并且每隔 **12** 个月至少提供一次。声明包含保单保险内容以及保单所提供给付的计算方法的详细资料。

手术室费用

手术室费用是指在手术室中执行的程序，包括那些在日间外科手术中心所执行程序的费用。