

保险福利一览表

安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) (HMO)

2020年1月1日 - 2020年12月31日

谁可以加入？

要加入安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) (HMO)，您必须有资格获得联邦医疗保险（即红蓝卡）A 部分、已投保联邦医疗保险 B 部分，并住在我们的服务区域内。

布朗克斯(Bronx)、达奇斯县(Dutchess)、国王郡(Kings)、纳苏县(Nassau)、纽约(New York)、奥兰治县(Orange)、帕特南县(Putnam)、皇后区(Queens)、里士满县(Richmond)、罗克兰县(Rockland)、苏福克郡(Suffolk)、沙利文县(Sullivan)、阿尔斯特县(Ulster)和威斯特彻斯特县(Westchester)。

我可以使用哪些医生、医院和药房？

安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) 拥有一个由医生、医院、药房和其他医疗服务提供方组成的网络。如果您使用的医疗服务提供方不在我们的网络内，保险计划将不支付这些服务。

当加入安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) 时，您必须在 尊享联邦医疗保险（即红蓝卡）网络中选择一个主治医生 (PCP)。如果您没有选择 PCP，我们将为您选择一个。您可以随时在网络中选择不同的 PCP。这个网络还包括额外的医疗服务提供方，如专科医生、化验室和医院。

我们承保 D 部分中的药物。此外，我们还承保 B 部分中的药物，如化疗和由您的医疗服务提供方提供的一些药物。您可以在 emblemhealth.com/medicare 网站上查看完整的计划药物名册（D 部分处方药物列表）和任何限制。或者致电我们，我们将发送给您一份。

对于承保的 D 部分药物，您通常必须使用网络内药房来配您的处方药。我们的一些网络药房拥有首选的分摊费用。如果您使用这些药房，您可以减少支出。

您可以在我们的 emblemhealth.com/medicare 网站上查看我们计划的医疗服务提供方和药房目录。或者致电我们，我们将发送给您一份。

如何联系我们

如欲查询更多有关安享健康保险计划的信息及进行投保，请致电 888-447-7860（听力或语言残障人士 TTY 专线：711）。从 10 月 1 日到 3 月 31 日，您可以每周 7 天从 8 am 到 8 pm 给我们打电话。从 4 月 1 日到 9 月 30 日，您可以在周一到周五 8 am 到 8 pm 给我们打电话。

要获得我们承保的服务的完整列表，请打电话给我们并索取“承保证明 (EOC)”。您也可以在线查看 EOC。如果您想了解更多关于原始联邦医疗保险 (Medicare) 的福利、服务和成本，请看您现在的“联邦医疗保险与您”手册。您可以在 medicare.gov 网站上在线查看它，或者每周 7 天每天 24 小时随时拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，索取这本手册。如果您用听力或语言残障人士 TTY 专线，请致电 877-486-2048。如果您想将我们的计划与我们提供的其他联邦医疗保险优惠计划进行比较，请访问 emblemhealth.com/medicare。

安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)

月度计划保费 (您每月为保险支付的金额)

县	您的额外补助水平				
	0% (全额 保费)	25%	50%	75%	100%
布朗克斯(Bronx)、国王郡(Kings)、纽约(New York)、皇后区(Queens)县	0 美元	0 美元	0 美元	0 美元	0 美元
纳苏县(Nassau)、里士满县(Richmond)县	55.00 美元	45.90 美元	36.90 美元	27.80 美元	18.80 美元
苏福克郡(Suffolk)县	127.00 美元	117.90 美元	108.90 美元	99.80 美元	90.80 美元
威斯特彻斯特县(Westchester)、奥兰治县(Orange)、达奇斯县(Dutchess)、帕特南县(Putnam)、沙利文县(Sullivan)、阿尔斯特县(Ulster)县	68.00 美元	58.90 美元	49.90 美元	40.80 美元	31.80 美元

此外，您必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。

福利	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
<p>自付额 (是在计划开始支付前您要支付的金额。)</p>	<p>本计划没有针对承保医疗服务的自付额。</p>
<p>最大自付费用责任 (这是您在一个计划年度内为承保服务支付的最高金额。您在自付额和您分摊的费用(自付款、共同保险金)上花费这笔钱之后，您的健康计划将为承保的福利支付 100% 的费用。 这不包括保费和处方药物的费用。)</p>	<p>是的。和所有的联邦医疗保险(即红蓝卡)计划一样，我们的计划通过每年限制您的医疗和住院治疗的自付费用来保护您。</p> <p>每年 6,700 美元，用于您从网络内医保专业人员和设施获得的服务。</p> <p>如果您达到自付费用的上限，您将继续得到承保的医院和医疗服务，并且我们将在当年度的剩余时间支付全部费用。</p> <p>我们的计划对某些网络内福利每年都有一个承保限额。请致电我们，了解适用的服务。</p>
<p>住院医院承保 (可能需要审批)</p>	<p>我们的计划承保的住院天数无限制。</p> <p>从第 1 天到第 4 天，您每天支付 492 美元 从第 5 天到第 90 天，您每天支付 0 美元 91 天及以后，您每天支付 0 美元</p>

福利	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
门诊医院承保 (可能需要审批) <ul style="list-style-type: none"> • 门诊手术中心： • 医院观察： • 门诊医院： 	您支付 295 美元 您支付 475 美元 您支付 475 美元
医生门诊 <ul style="list-style-type: none"> • 主治医生： • 专科医生 (可能需要您的主治医生的许可)： 	您支付 0 美元 您支付 45 美元
预防性医疗服务 (让您保持健康的服务) <ul style="list-style-type: none"> • 我们的计划承保许多预防性医疗服务，包括： 	您支付 0 美元 <ul style="list-style-type: none"> - 骨量测量 - 乳腺癌筛查 (乳房 X 线检查) - 心血管身体检查 - 结直肠癌身体检查 (结肠镜检查)、大便潜血测试、可弯曲乙状结肠镜 - 抑郁症身体检查 - 糖尿病身体检查 - 前列腺癌身体检查 (PSA) - 疫苗，包括流感预防针、乙型肝炎预防针、肺炎球菌预防针 - “欢迎加入联邦医疗保险 (即红蓝卡)” 预防性门诊 (一次) - 年度“健康”门诊 在合同年度内，联邦医疗保险 (即红蓝卡) 批准的所有额外预防性医疗服务都将包括在承保范围内。
急症护理	您支付 90 美元 如果您在一天之内被接收住院，您就不必支付您自己负担的那部分急症护理费用。有关其他费用，请参阅宣传册的“住院治疗”部分。
急需医疗服务	您支付 50 美元

福利	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
<p>诊断服务/实验室/成像</p> <p>(在医生诊所或独立设施中提供时可享受更低费用。可能需要审批)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 诊断放射学服务 (如核磁共振成像、CT 扫描) : • 实验室服务 : • 诊断测试和程序 : • 门诊 X 光检查 : • 放射治疗服务 (如癌症放射治疗) : 	<p>您支付 20% 费用</p> <p>您支付 0 美元或 15 美元</p> <p>您支付 0 美元或 50 美元 ; Suffolk : 您支付 0 美元或 45 美元</p> <p>您支付 40 美元</p> <p>您支付 20% 费用</p>
<p>听力服务</p> <p>(可能需要您的医生的许可)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用于诊断和治疗听力和平衡问题的检查 : • 常规听力检查 (每年最多一次) : • 助听器调试/评估 (每年最多一次) : • 助听器 : 	<p>您支付 40 美元</p> <p>您支付 10 美元</p> <p>您支付 10 美元</p> <p>您支付 0 美元</p> <p>我们的计划每三年为助听器支付最高 1,800 美元。</p>
<p>牙科服务</p> <p>没有年度限额</p> <p>有限的牙科服务 (不包括与护理、治疗、补牙、拔牙或换牙有关的服务) :</p> <p>预防性牙医服务 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 清洗 (最多每六个月一次) : • 牙科 X 光检查 (最多每六个月一次) : • 氟化物治疗 (最多每六个月一次) : • 口腔检查 (最多每六个月一次) : 	<p>您支付 0 美元</p> <p>您支付 0 美元</p> <p>您支付 0 美元</p> <p>您支付 0 美元</p> <p>您支付 0 美元</p>

福利	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
综合牙科服务： <ul style="list-style-type: none"> • 修复服务： • 牙根管治疗： • 牙周病： • 拔牙： • 假牙修复、其他口腔/上颌面外科手术、其他服务： 	<p>根据手术，您支付 0 - 125 美元</p> <p>您支付 0 - 20 美元</p> <p>您支付 0 - 150 美元</p> <p>您支付 0 - 50 美元</p> <p>根据手术，您支付 0 - 150 美元</p>
眼科服务 用于诊断和治疗眼睛疾病和病症的检查（包括每年一次的青光眼身体检查）（可能需要审批）： <ul style="list-style-type: none"> • 常规眼科检查（每年最多一次）： 常规眼镜： <ul style="list-style-type: none"> • 眼镜（镜框和镜片）或隐形眼镜： • 白内障手术之后的眼镜（镜框和镜片）或隐形眼镜： 	<p>您支付 40 美元</p> <p>您支付 10 美元</p> <p>您支付 0 美元</p> <p>一副眼镜，最高为每年 240 美元的计划限额</p> <p>您支付 40 美元</p>
精神健康服务 （可能需要审批） <ul style="list-style-type: none"> • 住院就诊： <ul style="list-style-type: none"> • 门诊团体治疗门诊： • 门诊个人治疗门诊： 	<p>每次住院/每个保险福利期，您支付 1,763 美元</p> <p>在一生内，我们的计划承保精神病院内的最多 190 天住院精神健康护理。住院治疗限额不适用于在全科医院内提供的住院精神健康服务。</p> <p>我们的计划承保最多 90 天精神病院住院（最高为 190 天终身限额）。</p> <p>我们的计划还承保 60 个“终身保留日”。这些都是我们承保的“额外”天数。如果您的住院时间超过 90 天，您可以利用这些额外的天数。但是，一旦您用完了这额外的 60 天，您的住院医院承保将被限定为 90 天（每年最多 190 天终身限制）。</p> <p>您支付 40 美元</p> <p>您支付 40 美元</p>
专业护理院 (SNF) （可能需要审批）	<p>我们的计划承保最多 100 天 SNF 住院。</p> <p>从第 1 天到第 20 天，您每天支付 0 美元</p> <p>从第 21 天到第 100 天，您每天支付 178 美元</p>

福利	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
<p>物理治疗</p> <p>(可能需要您的医生的审批和/或许可)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 心脏康复服务 (每天最多 2 次持续 1 小时的疗程, 最多 36 个疗程, 最长 36 周) : • 职业治疗门诊 : • 物理治疗、言语及语言治疗门诊 : 	<p>您支付 30 美元</p> <p>您支付 40 美元</p> <p>您支付 40 美元</p>
<p>救护车</p> <p>(可能需要审批, 如被接收住院则不豁免)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地面 : • 空中 	<p>您支付 395 美元 ; Suffolk : 您支付 295 美元</p> <p>您支付 20% 费用</p>
<p>交通</p>	<p>未被承保</p>

安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) (HMO) 的处方药物福利

联邦医疗保险 B 部分药物

- 化疗药物：您在家里支付 10% 的费用，在零售药房、邮购配药服务、医生办公室和门诊机构支付 20% 的费用。
- B 部分其他药物：您在家里支付 10% 的费用，在零售药房、邮购配药服务、医生办公室和门诊机构支付 20% 的费用。

联邦医疗保险 D 部分药物

我们的计划将每种药物分成 5 个“级别”。您将需要使用药物名册（被承保药物的列表）来查找药物属于什么级别。

药物承保的四个阶段

自付额

自付额是在计划开始支付前您要支付的金额。此自付额适用于零售和送药上门。

第 1 级（首选非品牌药物）和第 2 级（非品牌药物）药物没有自付额。

第 3 级（首选品牌药物）、第 4 级（非首选药物）和第 5 级（特殊级别）药物有 **295 美元** 的自付额。

初始承保

达到自付额后，您将进入初始承保阶段。

在此阶段，您和本计划将共同承担一些被承保药物的费用，直到您的总药物费用（包括自付额）达到 **3,880 美元** 为止。您和我们的 D 部分计划所支付的药物总费用将帮助您达到承保缺口。

标准零售分摊费用

层级	安保尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) (HMO)				
	自付额 您支付	初始承保 0- 3,880 美元 - 30 天药量		超过 3,880 美 元的承保缺口	超过 6,350 美 元的巨灾
		首选	标准	您支付	您支付
第 1 级：首选非品牌药物	0 美元	0 美元	4 美元	25%	5%
第 2 级：非品牌药物	0 美元	18 美元	20 美元	25%	5%
第 3 级：首选品牌药物	295 美元	45 美元	47 美元	25%	5%
第 4 级：非首选药物	295 美元	95 美元	100 美元	25%	5%
第 5 级：特殊级别	295 美元	27%	27%	25%	5%

安享尊享联邦医疗保险基本计划(VIP Essential) (HMO) 的处方药物

标准邮购分摊费用

层级	安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP Essential) (HMO)	
	30 天药量	90 天药量
每月药量		
第 1 级：首选非品牌药物	0 美元	0 美元
第 2 级：非品牌药物	18 美元	45 美元
第 3 级：首选品牌药物	45 美元	135 美元
第 4 级：非首选药物	95 美元	285 美元
第 5 级：特殊级别	27%	无

如果您住在长期护理院，您支付的费用与在零售药房时相同。

承保缺口

承保缺口（又称“甜甜圈洞”）始于每年药物总费用（连同我们的计划和您已经支付的费用）达到 **3,880 美元** 之后。

而在 2020 年的承保缺口中，您将为品牌药物和/或非品牌药物支付 25% 的计划费用。一旦您每年的实际自付 (TrOOP) 费用达到 **6,350 美元**，您就进入了巨灾承保阶段。您所支付的费用，以及制造商为品牌药物所支付的折扣，将占您实际自付费用的 70%，并帮助您摆脱承保缺口。**并不是每个人都能达到承保缺口。**

巨灾承保

当您每年的自付药费达到 **6,350 美元** 后，您的分摊费用将是 **3.6 美元** 或 **5%**（针对非品牌药物或首选多源药物），以及 **8.95 美元** 或 **5%**（针对所有其他药物，以两者中金额较高者为准）。

有资格获得额外补助、低收入补贴 (LIS)

如果您有资格获得针对联邦医疗保险（即红蓝卡）处方药物计划费用的额外补助，您每月支付的保险金额和药房的费用将会更低。

额外补助金额、低收入补贴 (LIS) 水平将决定您作为我们计划的一员每月为保险支付的金额。

如欲了解更多关于联邦医疗保险 D 部分的补贴（即政府提供的帮助支付 D 部分药物的资金），请致电：

- 安享健康保险，电话是 **888-447-7860**（听力或语言残障人士 TTY 专线：**711**）。从 10 月 1 日到 3 月 31 日，您可以每周 7 天从 8 am 到 8 pm 给我们打电话。从 4 月 1 日到 9 月 30 日，您可以在周一到周五 8 am 到 8 pm 给我们打电话。
- 社会安全局，电话 **800-772-1213**（听力或语言残障人士 TTY 专线：**800-325-0778**），服务时间为周一到周五，7 am 至 7 pm。或访问 ssa.gov。社会安全局也可以为您提供一个应用程序。

附加保险福利

福利	安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
针灸	您为每年 15 次就诊支付 0 美元
脊椎治疗 (可能需要审批) 脊柱推拿，以矫正不全脱位（即脊柱的一根或多根骨头移位）：	您支付 10 美元
足部护理 (足科服务可能需要您的医生的许可) <ul style="list-style-type: none"> 足部检查和治疗，如果您有糖尿病相关的神经损伤和/或符合某些条件： 常规足部护理（每年最多 4 次）： 	您支付 40 美元 您支付 40 美元 足部护理包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。
家健护理 (可能需要审批)	您支付 0 美元
临终病室	对于由联邦医疗保险（即红蓝卡）认证的临终病室提供的临终病室护理，您要支付 0 美元。您可能要支付一部分药品和临时护理的费用。临终病室不在我们计划的承保范围之内。请致电我们获取更多详情。
医疗设备用品 耐用医疗设备（轮椅、氧气等） (可能需要审批)：	您支付 20% 费用
义肢装置（支承器具、假肢等） (可能需要审批)：	
<ul style="list-style-type: none"> 义肢装置： 	您支付 20% 费用
<ul style="list-style-type: none"> 相关医疗用品： 	您支付 20% 费用
糖尿病用品及服务：	
<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病监测用品： 	您支付 0 美元
<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病自我管理培训： 	您支付 0 美元
<ul style="list-style-type: none"> 治疗鞋或鞋内垫： 	您支付 0 美元

附加保险福利 (续)

福利	安享尊享联邦医疗保险基本计划 (VIP ESSENTIAL) (HMO)
肾透析	您支付 20% 费用
身心健康方案 <ul style="list-style-type: none"> • 健身： • 热线： • Teladoc®远程医疗： 	SilverSneakers® 24 小时护理热线 您支付 45 美元
药物滥用门诊 (可能需要审批) <ul style="list-style-type: none"> • 团体治疗门诊： • 个人治疗门诊： 	您支付 40 美元 您支付 40 美元
全球急诊和紧急承保	您支付 90 美元 如果一天内接收住院，您要付 0 美元

大纽约地区医疗保险计划 (HIP) 是与联邦医疗保险签有合约的 HMO/HMO-POS/HMO D-SNP 计划。HIP 与纽约医疗补助计划 HMO D-SNP 签有合约。投保 HIP 需视合约续约情况而定。HIP 是安保健康保险公司旗下的公司。如需更多信息，请联系计划。这些信息并不是对福利的完整描述。致电 877-344-7364（听力或语言残障人士 TTY 专线：711），获取更多信息。

SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的注册商标。©2020 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。© 2019 Teladoc Health, Inc. 保留所有权利。Teladoc 是 Teladoc Health, Inc. 的注册商标，未经书面许可不得使用。

请注意：如果您使用其他语言，可以免费获得语言协助服务。请致电877-411-3625（听力或语言残障人士 TTY 专线TTY:711）。

2020 年投保前检查表

在做出投保决定之前，您必须充分了解我们的福利和规则。如果您有任何疑问，可以一周七天，每天 8 am 到 8 pm，拨打 **877-344-7364**（听力或语言残障人士 TTY 专线：711），联系我们的客户服务代表。

了解福利

- 请查看承保证明 (EOC) 中的所有福利，特别是那些您经常为之去看医生的服务。请访问 emblemhealth.com/medicare 或致电 **877-344-7364**（听力或语言残障人士 TTY 专线：711），查看 EOC 副本。
- 请查看医疗服务提供方目录（或询问您的医生），确保您现在看的医生在网络中。如果其未列入目录，这意味着您可能要选择一个新医生。
- 请查看药房目录，确保您用于配任何处方药的药房都在网络中。如果药房未列入目录，您可能需要为您的处方药选择一个新药房。

了解重要规则

- 除了您的每月计划保费，您还必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。保费通常会每月从您的社会安全局支票中扣除。
- 福利、保费和/或自付款/共同保险金可能会在 2021 年 1 月 1 日变更。
- 除非在急诊或紧急情况下，我们不承保网外医疗服务提供方（指未在医疗服务提供方目录中列出的医生）提供的服务。

大纽约地区医疗保险计划 (HIP) 是与联邦医疗保险签有合约的 HMO/HMO-POS/HMO D-SNP 计划。HIP 与纽约医疗补助计划 HMO D-SNP 签有合约。投保 HIP 需视合约续约情况而定。HIP 是安保健康保险公司旗下的公司。

请注意：如果您使用其他语言，可以免费获得语言协助服务。请致电 877-411-3625（听力或语言残障人士 TTY 专线 TTY:711）。