

保险福利一览表

安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS)

2020年1月1日—2020年12月31日

谁可以加入？

要加入**安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS)**，您必须有权获得联邦医疗保险 A 部分，投保联邦医疗保险 B 部分，并且住在我们的服务区域。

我们的服务区域包括纽约州的以下郡：布朗克斯 (Bronx)，国王郡 (Kings)，纳苏县 (Nassau)，纽约 (New York)，皇后区 (Queens)，里士满县 (Richmond)，苏福克郡 (Suffolk) 以及**州府地区**：Albany, Broome, Columbia, Delaware, Greene, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Warren 和华盛顿以及**哈德逊河谷**：达奇斯县 (Dutchess)，奥兰治县 (Orange)，罗克兰县 (Rockland)，帕特南县 (Putnam)，沙利文县 (Sullivan)，阿尔斯特县 (Ulster) 和威斯特彻斯特县 (Westchester)。对于特选服务，此计划不需要转诊，并提供网络内和网外的分摊费用。

我可以使用哪些医生，医院和药房？

安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS) 拥有由医生、医院、药房和其他医疗服务提供方构成的网络。对于某些服务，您可以使用不在我们网络中的参与联邦医疗保险的医疗服务提供方。除紧急情况外，网外/非签约医疗服务提供方没有义务治疗安保健康保险参保人员。请拨打我们的客户服务电话或查看您的承保证明，了解更多信息，包括适用于网外服务的分摊费用。

我们承保 D 部分药物。此外，我们还承保 B 部分药物，如化疗和由您的医疗服务提供方使用的一些药物。您可以在 emblemhealth.com/medicare 查看完整的计划药物名册 (D 部分处方药物清单) 以及我们网站上的任何限制。或者致电我们，我们会为您寄上一份副本。

您通常必须使用网络内的药房配制所承保的 D 部分的处方药。我们的一些网络内的药房有优惠的分摊费用。如果您使用这些药房，您可以支付更少的费用。

您可以在我们的网站 emblemhealth.com/medicare 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，我们会为您寄上一份副本。

如何联系我们

欲了解有关安保健康保险计划和投保的更多信息，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，您可以每周七天从 8 am 到 8 pm 致电我们。从 4 月 1 日到 9 月 30 日，您可以在周一至周五从 8 am 到 8 pm 致电我们。

要获得我们承保的完整服务列表，请致电我们并索取“承保证明 (EOC)”。您还可以通过 emblemhealth.com/medicare 在线查看 EOC。如果您想进一步了解原始联邦医疗保险 (Medicare) 的福利、服务和费用，请查看您当前的“您与联邦医疗保险”手册。在 medicare.gov 上在线查看，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本，每周 7 天，每天 24 小时为您服务。如果您使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，您可以浏览 emblemhealth.com/medicare。

安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)

每月计划保费 (每月为您的保险支付的金额)

郡	您的额外补助水平				
	0% (全部保费)	25%	50%	75%	100%
布朗克斯(Bronx), 国王郡(Kings), 纳苏县(Nassau), 纽约(New York), 皇后区(Queens), 里士满县(Richmond), 州府地区, 哈德遜河	\$71	\$61.90	\$52.70	\$43.60	\$34.40
苏福克郡(Suffolk)	\$143	\$133.90	\$124.70	\$115.60	\$106.40

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心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
<p>自付额 (在计划开始支付之前您所支付的金额。)</p>	<p>对于选择的承保的医疗服务, 此计划有 \$500 的自付额。*</p> <p>服务包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 全球急症护理 • 全球救护车 - 地面 • 全球紧急情况承保 • 半住院治疗 • 职业治疗 • 物理和语言治疗 • 诊断程序和测试 • 诊断和治疗放射科 • 门诊医院服务 • 门诊观察服务 • 门诊手术中心 • 门诊血液服务 • 地面和空中救护 • 透析服务 	
<p>最大的自付责任 (在一个计划年度内, 您必须为所承保的服务支付的最多费用。当您付了这个自付额以及您的费用份额(自付额、共同保险金额)后, 您的健康计划将支付所承保福利的 100% 费用。这不包括您的保费或处方药物费用。)</p>	<p>是的。与所联邦医疗保险健康计划一样, 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 用于从网络内健保专业人员和设施那里获得服务; \$10,000 用于网络内外加在一起的服务)。</p> <p>如果您达到自付费用的限额, 您将继续获得承保的医院和医疗服务, 我们将支付当年剩余时间内的全部费用。</p> <p>对于某些网络内的福利, 我们的计划每年都有一定的承保范围限制。请致电了解获取适用的服务。</p>	

*医疗自付额适用。

福利	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
住院医院承保 (可能需要批准)	我们的计划承保无限天数的住院期。 您在第 1 天到第 5 天每天支付 \$360 您在第 6 天到第 90 天每天支付 \$0 您在 91 天及以后每天支付 \$0	我们的计划承保无限天数的住院期。 您在第 1 天到第 5 天每天支付 \$565 您在第 6 天到第 90 天每天支付 \$0 您在 91 天及以后每天支付 \$0
门诊医院承保 (可能需要批准)		
<ul style="list-style-type: none"> • 门诊手术中心: • 留院观察: • 门诊医院: 	您支付 \$225* 您支付 \$340* 您支付 \$360*	您支付 \$495* 您支付 \$545* 您支付 \$565*
医生门诊		
<ul style="list-style-type: none"> • 主治医生: • 专家: 	您支付 \$10 您支付 \$45	您支付 \$30 您支付 \$65
预防性医疗服务 (保持健康的服务)	您支付 \$0	您支付 \$0
<ul style="list-style-type: none"> • 我们的计划承保许多预防服务, 包括: 	<ul style="list-style-type: none"> - 骨量测量 - 乳腺癌检查 (乳房X光检查) - 心血管筛查 - 结直肠癌筛查 (结肠镜检查, 大便潜血测试, 可弯曲乙状结肠镜) - 抑郁症筛查 	<ul style="list-style-type: none"> - 骨量测量 - 乳腺癌检查 (乳房X光检查) - 心血管筛查 - 结直肠癌筛查 (结肠镜检查, 大便潜血测试, 可弯曲乙状结肠镜) - 抑郁症筛查

*医疗自付额适用。

福利	安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
预防性医疗服务 (续)	<ul style="list-style-type: none"> - 糖尿病筛查和咨询 - 前列腺癌筛查 (PSA) - 疫苗, 包括流感预防针、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗 - “欢迎加入联邦医疗保险”预防性就诊 (一次性) - 一年一度的“健康”就诊 <p>并且, 在合同年度内, 将承保联邦医疗保险批准的所有其他预防服务。</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 糖尿病筛查和咨询 - 前列腺癌筛查 (PSA) - 疫苗, 包括流感预防针、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗 - “欢迎加入联邦医疗保险”预防性就诊 (一次性) - 一年一度的“健康”就诊 <p>并且, 在合同年度内, 将承保联邦医疗保险批准的所有其他预防服务。</p>
急症护理	<p>您支付 \$90</p> <p>如果您在一天之内入院, 您无需支付您需分担的急症护理费用部分。有关其他费用, 请参阅本手册的“住院治疗”部分。</p>	<p>您支付 \$90</p> <p>如果您在一天之内入院, 您无需支付您需分担的急症护理费用部分。有关其他费用, 请参阅本手册的“住院治疗”部分。</p>
急需的医疗服务	<p>您支付 \$50</p>	<p>您支付 \$50</p>
诊断服务/实验室/成像 (在医生诊所或独立设施那里获得该服务的费用较低。可能需要批准) <ul style="list-style-type: none"> • 诊断放射学服务 (如 MRI、CT 扫描) : • 实验室服务: • 诊断测试和程序: • 门诊 X光: • 放射治疗服务 (如癌症的放射治疗) : 	<p>您支付 20% 的费用*</p> <p>您支付 \$0 或 \$15</p> <p>您支付 \$0 或 \$45*</p> <p>您支付 \$40</p> <p>您支付 20% 的费用*</p>	<p>您支付 20% 的费用*</p> <p>您支付 \$0 或 \$15</p> <p>您支付 \$0 或 \$45*</p> <p>您支付 \$40</p> <p>您支付 20% 的费用*</p>

*医疗自付额适用。

福利	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
<p>听力服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 进行检查，以诊断和治疗听力和平衡方面的问题： • 常规听力检查（每年最多一次）： • 助听器安装/评估（每年最多一次）： • 助听器： 	<p>您支付 \$40</p> <p>您支付 \$10</p> <p>您支付 \$10</p> <p>我们的计划每三年最多可承保 \$1,800 的助听器费用。</p>	<p>未被承保</p>
<p>牙科服务</p> <p>没有年度限额</p> <p>有限制的牙科服务（这不包括与牙齿护理、牙齿治疗、补牙、拔牙或牙齿更换有关的服务）：</p> <p>预防性牙医服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 清洗（每六个月最多一次）： • 牙科 X 光（每六个月最多一次）： • 氟化物治疗（每六个月最多一次）： • 口腔检查（每六个月最多一次）： <p>综合牙科服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 恢复服务： • 牙根管治疗： • 牙周病： • 拔牙： • 假牙修复，其他口腔/上颌面的手术，其他服务： 	<p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>\$0 - \$125</p> <p>\$0 - \$20</p> <p>\$0 - \$150</p> <p>\$0 - \$50</p> <p>\$0 - \$150</p>	<p>未被承保</p> <p>未被承保</p>
<p>眼科服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 检查诊断和治疗眼部疾病和病症（包括每年一次的青光眼筛查）（可能需要批准）： 	<p>您支付 \$40</p>	

福利	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
<p>眼科服务 (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 常规眼科检查 (每年最多一次) : 常规护目镜: • 眼镜 (镜框和镜片) 或隐形眼镜: • 白内障手术后的眼镜 (镜框和镜片) 或隐形眼镜: 	<p>您支付 \$10</p> <p>您支付 \$0</p> <p>每年一副, \$240 的计划最高限额</p> <p>您支付 \$40</p>	<p>未被承保</p>
<p>精神健康服务 (可能需要批准)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 入院就诊: • 门诊小组理疗就诊: • 门诊个人理疗就诊: 	<p>您每次入院/保险福利期支付 \$1,763</p> <p>我们的计划终身为精神病院的住院精神健康护理承保最多 190 天的服务。住院治疗限制不适用于由全科医院提供的精神健康服务。</p> <p>我们的计划承保每年最多 90 天的精神病院住院 (最多 190 天的终身额度)。</p> <p>我们的计划还承保 60 个“终身保留日”。这些是我们承保的“额外”日子。如果您的住院时间超过 90 天,您可以使用这些额外的天数。但是,一旦您用完这些额外的 60 天,您的住院的医院承保将被限制在 90 天 (每年,最多 190 天的终身额度)。</p> <p>您支付 \$40</p> <p>您支付 \$40</p>	<p>未被承保</p>

*医疗自付额适用。

福利	安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
专业护理院 (SNF) (可能需要批准)	我们的计划承保最多 100 天的 SNF。 您在第 1 天到第 20 天 每天支付 \$0 您在第 21 天到第 100 天 每天支付 \$178	我们的计划承保最多 100 天的 SNF。 您在第 1 天到第 20 天 每天支付 \$0 您在第 21 天到第 100 天 每天支付 \$178
物理治疗 (可能需要批准) <ul style="list-style-type: none"> • 心脏康复服务 (每天最多 2 节每节一小时的课程， 课程最多 36 节，最长 36 周)： • 职业治疗就诊： • 物理治疗，表达和语言理疗就诊： 	您支付 \$30 您支付 \$40* 您支付 \$40*	您支付 \$30 您支付 \$40* 您支付 \$40*
救护车 (可能需要批准；如果入院则不予豁免) <ul style="list-style-type: none"> • 地面 • 空中： 	您支付 \$250* 您支付 20% 的费用*	您支付 \$250* 您支付 20% 的费用*
运输	未被承保	未被承保

*医疗自付额适用。

安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS) 处方药物福利

联邦医疗保险 B 部分药物

- 化疗药物： 您支付在家中的 10% 的费用，支付 20% 在零售药房、邮购配药服务、医生诊所和门诊机构的费用。
- 其他 B 部分药物： 您支付在家中的 10% 的费用，支付 20% 在零售药房、邮购配药服务、医生诊所和门诊机构的费用。

联邦医疗保险 D 部分药物

我们的计划将每种药物分至五个“级别（等级）”中的一个。您将需要使用药物名册（承保药物列表）来查找药物的级别。

药物承保的四个阶段

自付额

自付额是您在计划开始支付前您要支付的金额。这笔自付额适用于零售和送货上门。

1 级（首选非品牌）和 2 级（非品牌）药物没有自付额。

对于 3 级（首选品牌）、4 级（非首选药物）和 5 级（特殊药物）药物，有 **\$250** 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，您和计划分摊一些承保药物的费用，直到您的总药物费用（包括自付额）达到 **\$3,835**。您和我们的 D 部分计划支付的总药物费用将帮助您覆盖承保缺口。

标准零售分摊费用

等级	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS)				
	自付额 您支付	初始承保 \$0-\$3,835 - 30 天供应量		承保缺口 超过 \$3,835	巨灾承保 超过 \$6,350
		首选	标准	您支付	您支付
1 级：首选非品牌	\$0	\$0	\$4	25%	5%
2 级：非品牌	\$0	\$18	\$20	25%	5%
3 级：首选品牌	\$250	\$45	\$47	25%	5%
4 级：非首选药物	\$250	\$95	\$100	25%	5%
5 级：特殊药物	\$250	28%	28%	25%	5%

安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO-POS) 处方药物福利

标准邮购配药分摊费用

等级	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	30 天供应量	90 天供应量
1 级：首选非品牌	\$0	\$0
2 级：非品牌	\$18	\$45
3 级：首选品牌	\$45	\$135
4 级：非首选药物	\$95	\$285
5 级：特殊药物	28%	无

如果您住在长期护理机构，您需要支付与零售药房相同的费用。

承保缺口

承保缺口（也称为“甜甜圈洞”）开始于每年的药物总费用（以及我们的计划支付和您支付的费用）达到 **\$3,835** 后。

在 2020 年的承保缺口内，您将支付计划的非品牌药物和/或非品牌药物的 25% 的费用。一旦您的年度纯自付费用（Troop）达到 **\$6,350**，您就会进入巨灾承保阶段。您支付的费用以及品牌药的制造商折扣金额将占您纯自付费用的 70%，并帮助您摆脱承保缺口。**并非每个人都会达到承保缺口。**

巨灾承保

在您的每年自付费用达到 **\$6,350** 之后，您的费用分摊金额将会是以下两者之高者：**\$3.60** 或 5%（对于非品牌或首选的多源药物），**\$8.95** 或 5%（所有其他药物）。

有资格获得额外补助，即低收入补贴 (LIS)

如果您有资格获得联邦医疗保险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降低。

额外补助，即低收入补贴 (LIS) 水平将决定您作为我们计划成员每月所支付的保险金额。

要了解有关联邦医疗保险 D 部分补贴（政府为帮助支付 D 部分药物而给予的资金支持）的更多信息，请致电：

- 您可以致电安保健康保险 **1-888-447-7860**，（听力或语言残障人士 TTY 专线：**711**）；从 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周七天从 8 am 到 8 pm 为您服务。从 4 月 1 日到 9 月 30 日，您可以在周一至周五从 8 am 到 8 pm 致电我们。
- 社会安全局 **1-800-772-1213**，（听力或语言残障人士 TTY 专线：**1-800-325-0778**），周一至周五，7 am 到 7 pm 为您服务。或者浏览 ssa.gov。社会安全局也可以为您提供申请。

附加保险福利		
福利	安保尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
针灸	未被承保	未被承保
脊椎治疗 (可能需要批准) 操纵脊柱以矫正半脱位 (当脊柱的一个或多个骨头移出位置时) :	您支付 \$10	您支付 \$10
足部护理 <ul style="list-style-type: none"> 如果您有与糖尿病相关的神经损伤和/或满足某些条件, 请进行足部检查和治疗: 常规足部护理 (每年最多四次护理) : 	您支付 \$40 您支付 \$40 常规足部护理护理包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。	您支付 \$40 您支付 \$40 常规足部护理护理包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。
家健护理 (可能需要批准)	您支付 \$0	您支付 \$0
临终关怀	对于联邦医疗保险认证的临终关怀医院提供的临终病室护理, 您支付零费用。您可能需要支付部分药物和临时护理费用。临终关怀在我们的计划之外承保。请致电我们了解更多详情。	
医疗设备用品 耐用医疗设备 (轮椅、氧气等。可能需要批准) : 义肢装置 (支承器具、假肢等。可能需要批准) : <ul style="list-style-type: none"> 义肢装置: 相关的医疗用品: 	您支付 20% 的费用 您支付 20% 的费用 您支付 20% 的费用	您支付 20% 的费用 您支付 20% 的费用 您支付 20% 的费用

附加保险福利		
福利	安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP GO) (HMO-POS)	
	网络内	网外
医疗设备用品 (续) 糖尿病用品与服务 <ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病监测用品: • 糖尿病自我管理培训: • 理疗鞋或鞋垫: 	您支付 \$0 您支付 \$0 您支付 \$0	您支付 \$0 您支付 \$0 您支付 \$0
肾透析	您支付 20% 的费用*	您支付 20% 的费用*
身心健康方案 <ul style="list-style-type: none"> • 健身: • 热线远程医疗: • Teladoc®远程医疗: 	SilverSneakers® 24 小时护士热线 您支付 \$45	未被承保 未被承保 未被承保
门诊 药物滥用 (可能需要批准) <ul style="list-style-type: none"> • 小组理疗就诊: • 个人理疗就诊: 	您支付 \$40 您支付 \$40	未被承保 未被承保
全球急诊和紧急情况承保	您支付 \$90* 如果入院一天, 您支付 \$0	您支付 \$90* 如果入院一天, 您支付 \$0

*医疗自付额适用。

Health Insurance Plan of Greater New York (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 是安享健康保险公司旗下的公司。请联系计划, 获取更多信息。这些信息并不是对福利的完整描述。致电 877-344-7364 TTY: 711, 以获取更多信息。除紧急情况外, 网外/非签约医疗服务提供方没有义务治疗安享健康保险参保人员。请致电我们的客户服务电话或查看您的承保证明以获取更多信息, 包括适用于网外服务的分摊费用。

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:711)。

2020 年投保前核对清单

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，可致电 **877-344-7364**（听力或语言残障人士 TTY 专线：**711**）与客户服务代表联系，每周七天，8 am 到 8 pm 为您服务。

了解福利

- 查看承保证明（EOC）中找到的完整福利清单，特别是那些您需要经常看医生的服务。浏览 emblemhealth.com/medicare 或致电 **877-344-7364** 听力或语言残障人士 TTY 专线：**711** 以查看 EOC 的副本。
- 查看医疗服务提供方目录（或询问您的医生），确保您现在就诊的医生在网络内。如果他们不在网络中，则表示您可能需要选择新的医生。
- 查看药房目录以确保您使用的处方药的药房在网络内。如果药房不在网络中，您可能需要为您的处方药选择新的药房。

了解重要规则

- 除了每月计划保费外，您还必须继续支付联邦医疗保险 B 部分保费。此保费通常每月从您的社会安全局的支票中扣除。
- 福利、保费和/或自付款/共同保险金可能于 2021 年 1 月 1 日变更。
- 我们的计划允许您查看我们网络之外的医疗服务提供方（非签约医疗服务提供方）。但是，虽然我们将支付非签约医疗服务提供方提供的承保服务，但医疗服务提供方必须同意对您进行治疗。除急症或紧急情况外，非签约医疗服务提供方可拒绝提供治疗。此外，您将为非签约医疗服务提供方提供的服务支付更高的自付额。

Health Insurance Plan of Greater New York (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 是安邦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：711）。