



## 安享尊享联邦医疗保险心怡计划(VIP Go) (HMO POS)由 Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/安享健康保险提供

### 2020 年度变更通知

现在，您成为了安享尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）的会员。明年的计划费用和福利将有所变更。这本小册子介绍了这些变化。

- 从 10 月 15 日到 12 月 7 日期间，您可以更改明年的联邦医疗保险承保。

---

#### 现在要做些什么

##### 1. 问：哪些变更适用于您。

- 请查阅我们的福利和费用变更，看看是否会影响您。
  - 请务必马上查看您的承保，确定是否满足您明年的需求。
  - 变更会影响您使用的服务吗？
  - 请参阅第 1.5 节和第 2 节，了解计划福利和费用变化的相关信息。
- 在小册子中检查处方药物承保的变更，看看是否会影响您。
  - 您的药物在承保范围内吗？
  - 您的药物是否处于不同的层级，有不同的分摊费用？
  - 您的任何药物是否有新的限制条件，例如配药前需要我们批准？
  - 您能一直使用同一家药房吗？使用这家药房的费用有变化吗？
  - 查看 2020 年药物清单，并在第 1.6 节中查找有关药物承保变化的信息。
  - 您的药物费用可能从去年起就已经上升了。请咨询医生有哪些适合您且费用更低的选择；这有助于您节省全年的年度自付费用。欲了解更多有关药物价格的信息，请访问 <https://go.medicare.gov/drugprices>。这些面板突出显示了一直在提高价格的制造商，同时显示了其他年份的药品价格信息。请记住，您的计划福利将准确地决定您的药物费用可能会变化多少。

看看明年您的医生和其他医疗服务提供方是否会加入我们的网络。

- 您的医生（包括经常为您看诊的专家）在我们的网络中吗？
- 您使用的医院或其他医疗服务提供方呢？
- 欲了解医疗服务提供方目录相关信息，请参阅第 1.3 节。

想想您的护理费用总额。

- 您将为常用服务和处方药物支付多少自付费用？
- 您将为保费和自付额支付多少钱？
- 与其他联邦医疗保险承保选择相比，您的总计划费用如何？

想想您对我们的计划是否满意。

## 2. 比较：了解其他计划选择。

查看您所在地区的承保和计划费用。

- 使用 <https://www.medicare.gov> 网站上的联邦医疗保险计划查找器中的个性化搜索功能。单击“查找健康和药物计划”。
- 查看《联邦医疗保险与您》手册背面的列表。
- 查看第 3.2 节，进一步了解您有哪些选择。

一旦您将选择范围缩小至一个首选计划，请在计划的网站上确认您的费用和承保。

## 3. 选择：决定您是否想改变计划。

- 如果您想**保持**安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS），您不需要进行任何操作。您将继续参加安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）。
- 如果想要变更为**不同的计划**从而更好地满足您的需求，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之间切换计划。

## 4. 投保：要更改计划，请在 2019 年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间加入计划。

- 如果您没有在 2019 年 12 月 7 日之前加入其他计划，您将继续享有安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）。
- 如果您在 2019 年 12 月 7 日之前加入了其他计划，新承保将从 2020 年 1 月 1 日开始。

### 其他资料

- 本文件以西班牙语免费提供。。
- 欲了解更多信息，请拨打 1-877-344-7364 联系我们的客户服务部门。（听力或语言残障用户应拨打 711。）工作时间为周一至周五上午 8:00 至下午 8:00。

- 这些信息以不同的格式提供，包括大字版本或盲文版本。如果您需要其他格式或语言的计划信息，请致电上述号码联系客户服务部门。
- 本计划中的承保属于合格健康承保（QHC），并且满足《患者保护与平价医疗法案》（ACA）的个人分担责任要求。有关更多信息，请访问美国国税局（IRS）网站 <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>。

### 关于安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）

- Health Insurance Plan of Greater New York（HIP）是有联邦医疗保险合同的 HMO/HMO-POS/HMO D-SNP 计划。HIP 与纽约医疗补助计划签订了 HMO D-SNP 合同。投保 HIP 取决于合同续签。HIP 是一家安保健康保险公司。除急诊情况外，网络外/非签约医疗服务提供方没有义务治疗 HIP/安保健康保险会员。欲获取更多信息（包括网络外服务的分摊费用），请致电我们的客服电话或参见您的《承保证明》。
- 本册子中的“我们”或“我们的”指 HIP/安保健康保险。本册子中的“计划”或“我们的计划”是指安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）。

H3330\_128259\_M 接受

## 2020 年重要费用汇总表

下表比较了 2019 年和 2020 年安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO POS) 几个重要领域中的费用。**请注意，该表仅为变更汇总。**《承保证明》副本可在 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 中找到。您也可以致电客户服务部门，要求为您邮寄《承保证明》。

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<b>月度计划保费*</b> *您的保费可能高于或低于此金额。 (细节请参阅第 1.1 章节。)	<b>\$140.00</b>	<b>\$143.00</b>
<b>自付额</b>	<b>\$500</b> (结合网络内和网络外)	<b>\$500</b> (结合网络内和网络外)
<b>最高自付费用金额</b> 这是您将为 A 部分和 B 部分承保服务支付的 <u>最高限额</u> 的自付费用。 (细节请参阅第 1.2 章节。)	<b>\$6,700</b> (网络内服务)	<b>\$6,700</b> (网络内服务)
	<b>\$10,000</b> (网络外服务与网络内服务相结合)	<b>\$10,000</b> (网络外服务与网络内服务相结合)

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>医生办公室问诊</b></p>	<p><b><u>常规治疗问诊:</u></b>  <u>网络内:</u>                      每次网络内就诊支付 <b>\$10</b> 自付款。</p> <p><u>网络外:</u>                      每次网络外就诊支付 <b>\$30</b> 自付款。</p> <p><b><u>专家问诊:</u></b>  <u>网络内:</u>                      每次网络内就诊支付 <b>\$45</b> 自付款。</p> <p><u>网络外:</u>                      每次网络外就诊支付 <b>\$65</b> 自付款。</p>	<p><b><u>常规治疗问诊:</u></b>  <u>网络内:</u>                      每次网络内就诊支付 <b>\$10</b> 自付款。</p> <p><u>网络外:</u>                      每次网络外就诊支付 <b>\$30</b> 自付款。</p> <p><b><u>专家问诊:</u></b>  <u>网络内:</u>                      每次网络内就诊支付 <b>\$45</b> 自付款。</p> <p><u>网络外:</u>                      每次网络外就诊支付 <b>\$65</b> 自付款。</p>
<p><b>住院期</b>                      包括住院急症、住院康复、长期护理医院和其他类型的住院服务项目。住院治疗从您遵医嘱正式入院之日起开始。出院前一天是最后住院日。</p>	<p><b><u>网络内:</u></b>                      第 1 至 5 天: 每天支付 <b>\$360</b> 自付款。每多住一天, 需支付 <b>\$0</b> 自付款; 每个住院期。</p> <p><b><u>网络外:</u></b>                      第 1 至 5 天: 每天支付 <b>\$565</b> 自付款。每多住一天, 需支付 <b>\$0</b> 自付款; 每个住院期。</p> <p>无限天数。</p> <p>需要事先授权。</p>	<p><b><u>网络内:</u></b>                      第 1 至 5 天: 每天支付 <b>\$360</b> 自付款。每多住一天, 需支付 <b>\$0</b> 自付款; 每个住院期。</p> <p><b><u>网络外:</u></b>                      第 1 至 5 天: 每天支付 <b>\$565</b> 自付款。每多住一天, 需支付 <b>\$0</b> 自付款; 每个住院期。</p> <p>无限天数。</p> <p>需要事先授权。</p>

**D 部分处方药物承保**  
(细节请参阅第 1.6 章节。)

自付额: **\$250**

初始承保阶段中适用的自付款/共同保险金:

**药物分级 1:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$4**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$0**。

**药物分级 2:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$20**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$16**。

**药物分级 3:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$47**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$42**。

**药物分级 4:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$100**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$95**。

**药物分级 5:**

*标准分摊费用:*

您支付总额的 **28%**。

*首选分摊费用:*

您支付总额的 **28%**。

自付额: **\$250**

初始承保阶段中适用的自付款/共同保险金:

**药物分级 1:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$4**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$0**。

**药物分级 2:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$20**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$18**。

**药物分级 3:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$47**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$45**。

**药物分级 4:**

*标准分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$100**。

*首选分摊费用:*

您为每个处方药支付 **\$95**。

**药物分级 5:**

*标准分摊费用:*

您支付总额的 **28%**。

*首选分摊费用:*

您支付总额的 **28%**。

费用	2019 (今年)	2020 (明年)

## 2020 年度变更通知目录

<b>2020 年重要费用汇总表 .....</b>	<b>1</b>
<b>第 1 节 明年的福利和费用变化.....</b>	<b>5</b>
第 1.1 节 —— 月度保费的变更.....	5
第 1.2 节 —— 您的最高自付费用金额变更.....	5
第 1.3 节 —— 医疗服务提供方网络的变更.....	6
第 1.4 节 —— 药房网络的变更.....	7
第 1.5 节 —— 医疗服务的福利和费用变化.....	7
第 1.6 节 —— D 部分处方药承保变更.....	13
<b>第 2 节 管理变更.....</b>	<b>16</b>
<b>第 3 节 确定计划.....</b>	<b>17</b>
第 3.1 节 —— 如果您想保持安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO POS) 。 .....	17
第 3.2 节 —— 如果您想变更计划.....	17
<b>第 4 节 变更计划的截止日期 .....</b>	<b>18</b>
<b>第 5 节 提供联邦医疗保险免费咨询的项目 .....</b>	<b>18</b>
<b>第 6 节 帮助支付处方药物费用的项目.....</b>	<b>19</b>
<b>第 7 节 有问题? .....</b>	<b>19</b>
第 7.1 节 —— 获得 安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO POS) 的帮助。 .....	19
第 7.2 节 —— 获得联邦医疗保险的帮助.....	20

## 第 1 节 明年的福利和费用变化

### 第 1.1 节 —— 月度保费的变更

费用	2019（今年）	2020（明年）
月度保费	\$140.00	\$143.00
(您也必须继续支付联邦医疗保险 B 部分保费。)		

- 如果您没有其他至少联邦与医疗保险药物承保（也称为“可信承保”）一样好的药物承保，且该状况持续了 63 天或更久，那么您将需要支付终身 D 部分的延期投保罚款，您的月度计划保费也会因此 *更高*。
- 如果您的收入较高，您可能需要每月为您的联邦医疗保险处方药物承保直接向政府支付额外的金额。
- 如果您得到了处方药物费用方面的“额外补助”，您的月度保费就会 *减少*。

### 第 1.2 节 —— 您的最高自付费用金额变更

为了保护您，联邦医疗保险要求所有健保计划都要限制一年中“自付费用”的金额。此限制被称为“最高自付费用金额”。一旦达到这个数额，通常在今年剩余时间内，您不需要为 A 部分和 B 部分的承保服务支付任何费用。



费用	2019（今年）	2020（明年）
<b>最高自付费用金额</b>	<b>\$6,700</b>	<b>\$6,700</b>
您的承保医疗服务（如自付款）费用将计入您的最高自付费用金额中。您的计划保费和处方药物费用将不计入您的最高自付费用金额。	（网络内服务）	（网络内服务）
	<b>\$10,000</b>	<b>\$10,000</b>
	（网络外服务与网络内服务相结合）	（网络外服务与网络内服务相结合）
		一旦您为网络内 A 部分和 B 部分承保服务的自付费用支付 <b>\$6,700</b> 的自付费用，为网络外 A 部分和 B 部分承包服务的费用支付 <b>\$10,000</b> ，在该日历年内的剩余时间内，您不需要为 A 部分和 B 部分的承保服务支付任何费用。

### 第 1.3 节 —— 医疗服务提供方网络的变更

我们明年的医疗服务提供方网络会发生变化。可在 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 网站上找到更新版的医疗服务提供方目录。您也可以致电客户服务部门，获取更新后的的医疗服务提供方信息，或要求我们为您邮寄医疗服务提供方目录。请查看 **2020 年医疗服务提供方目录**，查看您的医疗服务提供方（主治医疗服务提供方、专家、医院等）是否在我们的网络中。

务必了解我们可能会对您一年内的计划中的医院、医生和专家（医疗服务提供方）进行更改。您的医疗服务提供方可能会因多种原因离开您的计划，但如果您的医生或专家确实离开了您的计划，则您将获得如下权利和保护：

- 尽管我们的医疗服务提供方网络可能会在一年内发生变化，但我们必须为您提供不间断接触合格医生和专家的机会。
- 我们将尽最大努力提前 30 天通知您医疗服务提供方将离开计划，以便您有机会选择新的医疗服务提供方。
- 我们将协助您选择新的合格医疗服务提供方，以便继续管理您的健康护理需求。
- 如果您正在接受治疗，您有权要求您正在接受的必要治疗不能中断，我们也会配合您。

- 如果您认为我们没有向您提供合格的医疗服务提供方来替代您之前的医疗服务提供方，或者您的护理没有得到恰当的管理，您有权对我们的决定提出上诉。
- 如果您发现您的医生或专家要离开您的计划，请联系我们，我们会帮助您找到新的医疗服务提供方来管理您的护理。

## 第 1.4 节 —— 药房网络的变更

您为处方药物支付的金额可能取决于您使用的药房。联邦医疗保险药物计划有药房网络。在大多数情况下，只有在我们网络中的某家药房配处方药时，我们才会为其承保。我们的网络包括具有首选分摊费用的药房，对于某些药物来说，与其他网络药房提供的标准分摊费用相比，我们的网络将为您提供更低廉的分摊费用。

我们明年的药房网络会发生变化。可在 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 网站上找到更新版《药房目录》。您也可以致电客户服务部门获取更新的医疗服务提供方信息，或要求我们为您邮寄《药房目录》。请查看 2020 年《药房目录》，了解我们的网络中有哪些药房。

## 第 1.5 节 —— 医疗服务的福利和费用变化

明年，我们将改变某些医疗服务的承保。下述信息说明了这些更改。欲知这些服务的承保和费用详情，请参阅《2020 年承保证明》第 4 章《医疗福利表》（承保和付费）。

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
心脏康复服务	<b>网络内:</b> 您为心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。	<b>网络内:</b> 您为心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。
	您为重症心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。	您为重症心脏康复服务支付 <b>\$100</b> 自付款。
	<b>网络外:</b> 您为心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。	<b>网络外:</b> 您为心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。
	您为重症心脏康复服务支付 <b>\$30</b> 自付款。	您为重症心脏康复服务支付 <b>\$100</b> 自付款。
	需要事先授权。	不需要事先授权。

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>诊断程序和测试</b></p>	<p><b>网络内:</b>                      在您达到 <b>\$500</b> 自付额后, 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>0%</b>。</p> <p>在您达到 \$500 自付额后, 对于所有其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 20%。</p> <p><b>网络外:</b>                      在您达到 <b>\$500</b> 自付额后, 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>0%</b>。</p> <p>在您达到 \$500 自付额后, 对于所有其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 20%。</p> <p>某些服务需要事先授权。</p>	<p><b>网络内:</b>                      在您达到 \$500 自付额后, 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$0%</b> 自付款。</p> <p>在您达到 \$500 自付额后, 对于所有其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$45</b> 自付款。</p> <p><b>网络外:</b>                      在您达到 \$500 自付额后, 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$0%</b> 自付款。</p> <p>在您达到 \$500 自付额后, 对于所有其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$45</b> 自付款。</p> <p>某些服务需要事先授权。</p>
<p><b>住院精神健康护理 (精神病机构)</b></p>	<p><b>网络内:</b>                      在第 1-4 天, 您每天支付 <b>\$400</b> 自付款; 在第 5-90 天, 您每天支付 <b>\$0</b> 自付款; 每个住院期。</p> <p><b>网络外:</b>                      不承保。</p> <p>需要事先授权。</p>	<p><b>网络内:</b>                      对于<b>每个</b> 联邦医疗保险承保住院期, 支付 <b>\$1,763</b> 自付款。</p> <p><b>网络外:</b>                      不承保。</p> <p>需要事先授权。</p>

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<p>化验服务</p>	<p><b>网络内:</b> 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>0%</b>。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>20%</b>。</p> <p><b>网络外:</b> 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>0%</b>。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>20%</b></p> <p>某些服务需要事先授权。</p>	<p><b>网络内:</b> 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付 <b>\$0</b> 自付款。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付 <b>\$15</b> 自付款。</p> <p><b>网络外:</b> 对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付 <b>\$0</b> 自付款。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付 <b>\$15</b> 自付款。</p> <p>某些服务需要事先授权。</p>

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>联邦医疗保险 B 部分处方药物</b></p>	<p><b>网络内:</b> 对于 B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>20%</b>。</p> <p><b>网络外:</b> 对于 B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>20%</b>。</p> <p>B 部分药物<b>可能</b>需要步骤治疗。</p> <p>某些药物需要事先授权。</p>	<p><b>网络内:</b> 对于<b>家中的</b> B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>10%</b>。</p> <p>对于在零售药房、邮购配药服务、医师办公室和门诊机构配发的所有其他 B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>20%</b>。</p> <p><b>网络外:</b> 对于<b>家中的</b> B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>10%</b>。</p> <p>对于在零售药房、邮购配药服务、医师办公室和门诊机构配发的所有其他 B 部分药物, 您需要支付总费用的 <b>20%</b>。</p> <p>B 部分药物<b>不需要</b>步骤治疗。</p> <p>某些药物需要事先授权。</p>

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
阿片类药物治疗项目服务	阿片类药物治疗不在承保范围内。	<p>阿片类药物治疗在承保范围内。</p> <p><b>网络内:</b> 您支付 <b>\$40</b> 自付款。</p> <p><b>网络外:</b> 不承保。</p> <p><b>需要事先授权。</b></p>
远程访问技术	虚拟医生问诊不在承保范围之内。	<p>虚拟医生问诊在承保范围之内。</p> <p><b>网络内:</b> 您为每次虚拟问诊支付 <b>\$45</b> 自付款。通过您的手机、计算机或移动设备从 Teladoc® 医生处获得非紧急病症的护理, 如流感、支气管炎、过敏、关节炎和其他疾病。周一至周日全天候为您提供该服务。</p> <p><b>网络外:</b> 不承保。</p>

费用	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>专业护理院 (SNF) 护理</b></p>	<p><u>网络内:</u>                      在第 1-20 天, 您每天支付 <b>\$0</b> 自付款; 在第 21-100 天, 您每天支付 <b>\$172</b> 自付款; 每个保险福利期。</p> <p><u>网络外:</u>                      在第 1-20 天, 您每天支付 <b>\$0</b> 自付款; 在第 21-100 天, 您每天支付 <b>\$172</b> 自付款; 每个保险福利期。</p> <p>需要事先授权。</p>	<p><u>网络内:</u>                      在第 1-20 天, 您每天支付 <b>\$0</b> 自付款; 在第 21-100 天, 您每天支付 <b>\$178</b> 自付款; 每个保险福利期。</p> <p><u>网络外:</u>                      在第 1-20 天, 您每天支付 <b>\$0</b> 自付款; 在第 21-100 天, 您每天支付 <b>\$178</b> 自付款; 每个保险福利期。</p> <p>需要事先授权。</p>
<p><b>X 光检查</b></p>	<p><u>网络内:</u>                      对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付 <b>\$40</b> 自付款。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>20%</b></p> <p><u>网络外:</u>                      对于医师办公室或独立机构提供的服务, 您需要支付 <b>\$40</b> 自付款。</p> <p>对于其他地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>20%</b></p> <p>某些服务需要事先授权</p>	<p><u>网络内:</u>                      对于所有地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$40</b> 自付款。</p> <p><u>网络外:</u>                      对于所有地点提供的服务, 您需要支付总费用的 <b>\$40</b> 自付款。</p> <p>某些服务需要事先授权</p>

## 第 1.6 节 —— D 部分处方药承保变更

### 我们的药物清单变更

我们的承保药物清单被称为“药物名册”或“药物清单”。我们以电子方式提供药品清单的副本。

我们对药物清单进行了更改，包括承保的药物以及对适用于某些药物承保的限制。**请检查药物清单，确保明年您的药物在承保范围内并查看是否会有任何限制。**

如果您受到药物承保变化的影响，您可以：

- **与医生（或其他开处方者）共同讨论**，并要求计划对药物进行例外处理，使该药物在承保范围内。
  - 欲了解申请例外处理必做之事，请参见《承保证明》第 9 章（《问题或投诉须知》）（承保决定、上诉、投诉）或致电会员服务。
- **与医生（或其他开处方者）共同讨论，找到其他承保药物。**您可以致电会员服务部，要求我们提供治疗相同病症的承保药物列表。

在某些情况下，为了避免出现治疗缺口，我们需要在计划年开始后的头 90 天或取得会员资格后的头 90 天临时承保非药物名册药物。

如果您当前获得了 2019 年度的药物名册例外处理，如想获得 2020 年的例外处理，您需要提交新的申请。您可以在 2020 年之前提交 2020 年药物名册例外处理申请，如果获得批准，您的药物名册例外处理将在 2020 年生效。

每年年初，药物清单中的大部分变化都是新的。然而，我们可能会在年内做出其他变更，这些变更符合联邦医疗保险规定。

如果我们在年中对药物清单进行变更，您仍然可以与医生（或其他开处方者）共同讨论，并要求计划对药物进行例外处理，使该药物在承保范围内。我们还将继续按计划更新在线药物清单，并提供反映药物变化的其他所需信息。（欲了解更多我们可能对药物清单所做的更改，请参阅《承保证明》第 5 章第 6 节。）

### 处方药物费用变更

**注：**如果您在帮助支付药物费用的项目中（“额外补助”），**D 部分处方药物的费用信息可能不适用于您。**我们已向您发送一份单独的插页文件，名为“针对获得处方药物额外补助付款人士的承保证明附加计划”（亦称为“低收入补贴附加计划”或“LIS 附加计划”），该文件将为您解释您的药物费用。如果您在 2019 年 9 月 30 日之前收到了“额外



补助”，但还未收到本插页文件，请致电客户服务部门并要求提供“LIS 附加计划”。客户服务部门电话号码请参见本手册第 7.1 节。

有四个“药物支付阶段”。D 部分药物费用取决于您处于哪个药物支付阶段。（欲知关于各阶段的更多信息，请参阅《承保证明》第 6 章第 2 节。）

下方信息显示了明年最初两个阶段（年度自付额和初始承保阶段）的变化。（大多数成员不会达到其他两个阶段——非承保阶段或巨灾承保阶段。有关您在这些阶段的费用信息，请参阅《承保证明》第 6 章第 6、7 节，网址 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)。您也可以致电会员服务部，要求为您邮寄《承保证明》。）

### 自付额阶段的变更

阶段	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>阶段 1: 年度自付额阶段</b></p> <p>在这一阶段中，您将支付您的（三级）首选品牌药、（四级）非首选药物和（五级）专科药物的<b>全部费用</b>，直到您达到年度自付额。</p>	<p>自付额是 <b>\$250</b>。</p> <p>在这一阶段，您为一级药物（首选非品牌药物）支付 <b>\$4</b> 标准分摊费用和 <b>\$0</b> 首选分摊费用；</p> <p>为二级药物（非品牌药物）支付 <b>\$20</b> 标准分摊费用和 <b>\$16</b> 首选分摊费用；</p> <p>以及支付三级（首选品牌药）、四级（非首选药物）和五级（专科药物）药物的全部费用，直到您达到年度自付额。</p>	<p>自付额是 <b>\$250</b>。</p> <p>在这一阶段，您为一级药物（首选非品牌药物）支付 <b>\$4</b> 标准分摊费用和 <b>\$0</b> 首选分摊费用；</p> <p>为二级药物（非品牌药物）支付 <b>\$20</b> 标准分摊费用和 <b>\$18</b> 首选分摊费用；</p> <p>以及支付三级（首选品牌药）、四级（非首选药物）和五级（专科药物）药物的全部费用，直到您达到年度自付额。</p>

### 对初始承保阶段分摊费用做出的变更

欲了解自付款和共同保险金如何起作用，请参阅《承保证明》第 6 章第 1.2 节《您可能需要为承保药物支付的自付费用类型》。

阶段	2019 (今年)	2020 (明年)
<p><b>阶段 2: 初始承保阶段</b></p> <p>一旦您支付年度自付额, 您就进入了初始承保阶段。在这一阶段中, 计划支付其在药物费用中所占的份额, 您支付您的费用份额。</p> <p>当您在网络药房开具处方时, 此处的费用适用于一个月 (30 天) 的供应量。</p> <p>有关长期供应或邮购处方药费用的信息, 请参阅《承保证明》第 6 章第 5 节。</p> <p>我们更改了药物清单上某些药物的等级。欲知您的药物变更了等级, 请在药物清单中查看。</p>	<p>网络药房中 1 个月供应剂量的费用:</p> <p><b>1 级 (首选非品牌药物):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$4</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$0</b>。</p> <p><b>2 级 (非品牌药物):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$20</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$16</b>。</p> <p><b>3 级 (首选品牌):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$47</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$42</b>。</p> <p><b>4 级 (非首选):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$100</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$95</b>。</p> <p><b>5 级 (专科):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您支付总额的 <b>28%</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您支付总额的 <b>28%</b>。</p> <hr/> 一旦您的总药物费用达到 <b>\$3,655</b> , 您将进入下一阶段 (即非承保阶段)。	<p>网络药房中 1 个月供应剂量的费用:</p> <p><b>1 级 (首选非品牌药物):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$4</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$0</b>。</p> <p><b>2 级 (非品牌药物):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$20</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$18</b>。</p> <p><b>3 级 (首选品牌):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$47</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$45</b>。</p> <p><b>4 级 (非首选):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$100</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您为每个处方药支付 <b>\$95</b>。</p> <p><b>5 级 (专科):</b>  <i>标准分摊费用:</i>                      您支付总额的 <b>28%</b>。  <i>首选分摊费用:</i>                      您支付总额的 <b>28%</b>。</p> <hr/> 一旦您的总药物费用达到 <b>\$3,835</b> , 您将进入下一阶段 (即非承保阶段)。

## 非承保和巨灾承保阶段的变更

其他两个药物承保阶段——非承保和巨灾承保阶段——是针对高药物费用人群的。**大多数成员不会达到非承保阶段或巨灾承保阶段。**有关这些阶段中的费用信息，请参阅《承保证明》第 6 章第 6、7 节

## 第 2 节 管理变更

过程	2019（今年）	2020（明年）
如果您从 <b>Montefiore CMO</b> 获得服务	<p>您的索赔地址： CMO, The Care Management Company, 200 Corporate Drive, Yonkers, NY 10701</p> <p>您的事先授权号码： <b>1-877-447-6668</b></p>	<p>您的索赔地址： PO Box 2845, New York, NY 10116-2845. 付款人身份识别号码 55247</p> <p>您的事先授权号码： <b>1-866-447-9717</b></p>
区域网络	<p>您可以选择安保健康保险尊享智选医疗网中的医疗服务提供方。</p>	<p>您可以选择安保健康保险尊享智选医疗网中的所有医疗服务提供方，现在也可以获得美国康涅狄格州的 ConnectiCare 选择医疗网（ConnectiCare Choice Network）提供的大部分服务。有关您可以从 ConnectiCare 选择医疗网（ConnectiCare Choice Network）医疗服务提供方处获得的服务的更多信息，请访问 <a href="http://emblemhealth.com/medicare">emblemhealth.com/medicare</a>。</p>

过程	2019（今年）	2020（明年）
复方药物	如果复方药物中的一种成分是经批准的药物名册/联邦医疗保险 D 部分药物，则该复方药物在承保范围内。	只有当复方药物中的所有成分都是经批准的药物名册/联邦医疗保险 D 部分药物时，该复方药物才在承保范围内。
	某些药物需要事先授权。	某些药物需要事先授权。

### 第 3 节 确定计划

#### 第 3.1 节 —— 如果您想保持安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）。

欲保持计划不变，您不需要进行任何操作。如果您在 12 月 7 日之前没有注册其他计划或变更为原始联邦医疗保险（Medicare），您将自动继续投保我们的 2020 年计划。

#### 第 3.2 节 —— 如果您想变更计划

我们希望您明年继续做会员，但如果您希望在 2020 年进行变更，请遵循以下步骤：

##### 第一步：了解并比较您的选择

- 您可以及时加入不同的联邦医疗保险计划，
- 或者——您可以改成原始联邦医疗保险（Medicare）。如果您改为原始联邦医疗保险（Medicare），您需要决定是否加入联邦医疗保险药物计划。如果您未投保联邦医疗保险药物计划，请参见第 1.1 节以了解可能的 D 部分延期投保罚款。

要了解更多关于原始联邦医疗保险（Medicare）和不同类型的联邦医疗保险计划的信息，请阅读《联邦医疗保险与您 2020》，致电您所在州的联邦医保协助计划（见第 5 节），或致电联邦医疗保险（见第 7.2 节）。

您也可以使用联邦医疗保险网站上的联邦医疗保险计划查找工具来查找您所在地区的计划信息。前往 <https://www.medicare.gov> 并单击“查找健康和药物计划”。在这里，您可以找到有关联邦医疗保险计划费用、承保和质量评级的信息。

温馨提醒，安保健康保险提供其他联邦医疗健保计划。其他计划的承保、月度保费和分摊费用金额可能不同。

## 第二步：变更您的承保

- 若要更改为其他联邦医疗保险健保计划，请投保新计划。您将自动退出安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO POS)。
- 欲变更为带处方药计划的原始联邦医疗保险 (Medicare)，请投保新的药物计划。您将自动退出安享尊享联邦医疗保险心怡计划 (VIP Go) (HMO POS)。
- 欲变更为不带处方药物计划的原始联邦医疗保险 (Medicare)，您必须：
  - 发送书面退保请求。欲了解有关操作方式的更多信息，请联系会员服务部（电话号码在本手册的第 7.1 节中）。
  - - 或者 - 您可以周一至周日全天 24 小时随时致电 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 联系联邦医疗保险退保。听力或语言残障用户应致电 **1-877-486-2048**。

## 第 4 节 变更计划的截止日期

如果想要在明年变更为不同的计划或原始联邦医疗保险 (Medicare)，您可以在 **10 月 15 日到 12 月 7 日** 之间变更计划。变更将于 2020 年 1 月 1 日生效。

### 年中有没有其他时间可以变更？

在某些情况下，也可以在年中其他时间更改。例如，有医疗补助计划的人士、得到“额外补助”支付药物费用的人士，拥有或即将放弃雇主承保的人士以及搬离服务区的人士，可以在年中的其他时间做出更改。欲知更多信息，请参阅《承保证明》第 10 章第 2.3 节。

如果您在 2020 年 1 月 1 日投保了联邦医疗保险优惠计划 (MA)，但不喜欢您的计划选择，您可以在 2020 年 1 月 1 日至 3 月 31 日更改为另一种联邦医疗保险健保计划（有无联邦医疗保险处方药承保均可）或更改为原始联邦医疗保险 (Medicare)（有无联邦医疗保险处方药物承保均可）。欲知更多信息，请参阅《承保证明》第 10 章第 2.2 节。。

## 第 5 节 提供联邦医疗保险免费咨询的项目

州医保协助计划 (SHIP) 是一项政府计划，各州都有经过培训的顾问。在纽约州，SHIP 被称为医保信息咨询和协助计划 (HIICAP)。

HIICAP 是独立的（与任何保险公司或健保计划无关）。该州项目从联邦政府获得资金，为有联邦医疗保险的人士提供**免费的**当地医保咨询。HIICAP 顾问可以帮助您解决联邦医疗保险疑问或问题。他们可以帮助您理解您的联邦医疗保险计划选择并回答有关变更计划的问题。您可以拨打 **1-800-701-0501** 联系 HIICAP。您可以访问他们的网站 <http://www.aging.ny.gov> 了解更多有关 HIICAP 的信息。

## 第 6 节 帮助支付处方药物费用的项目

您可能有资格获得支付处方药物费用的帮助。不同类型帮助的信息如下：

- **联邦医疗保险的“额外补助”**。收入有限的人士可能有资格获得“额外补助”来支付其处方药费用。如果您符合资格，联邦医疗保险可以支付高达 75% 或更高的药物费用，包括每月度处方药物保费、年度自付额和共同保险金。此外，合格人士不会面临非承保或延迟投保罚款。很多人符合资格却不自知。若要了解您是否符合资格，请致电：
  - **1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）**。听力或语言残障用户可在周一至周日每天 24 小时随时致电 **1-877-486-2048**。
  - 社会保障办公室的办公时间为周一至周五上午 7 点至下午 7 点，电话 **1-800-772-1213**。听力或语言残障用户应致电 **1-800-325-0778（申请）**；或
  - 您的州医疗补助计划办公室（申请）。
- **您所在州的药物协助计划提供的帮助**。纽约州有一项名为老年药物保险承保（EPIC）的计划，帮助人们根据经济需要、年龄或病症支付处方药物费用。欲了解该计划的更多信息，请查看您的州医保协助计划（本手册第 5 节中列出了该组织的名称和电话号码）。
- **为艾滋病毒(HIV)/艾滋病患者提供处方分摊费用协助**。艾滋病药物协助计划（ADAP）有助于确保符合 ADAP 条件的艾滋病毒(HIV)/艾滋病患者能够获得可以挽救生命的艾滋病毒药物。此类个体必须符合某些标准，包括州居住和 HIV 状况证明、国家规定的低收入以及未保险/保险额不足状态。在纽约州 HIV 未保险护理项目中，联邦医疗保险 D 部分处方药物也符合处方分摊费用协助的资格。欲获取资格标准、承保药物或投保该计划的方式的相关信息，请致电 **1-800-542-2437**。

## 第 7 节 有问题？

### 第 7.1 节 —— 获得 安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）的帮助。

有问题？我们随时为您提供帮助。请拨打 **1-877-344-7364** 联系客户服务部门。（听力或语言残障人士请拨打 **711**。）电话接听时间是周一到周日，每天早 8 点至晚 8 点。这些号码是免费电话。

请阅读您的 **2020 年《承保证明》**（包含明年的福利和费用详细信息）

本《年度变更通知》为您汇总了 2020 年的福利和费用变化。有关详细信息，请参阅 2020 年安保尊享联邦医疗保险心怡计划（VIP Go）（HMO POS）《承保证明》。《承保证

明》是对您计划福利的合法、详细说明。该文件解释了您的权利以及为获得承保服务和处方药物您需要遵守的规则。《承保证明》副本可在 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 中找到。您还可以查看单独邮寄的《承保证明》，看看其他保险福利或费用变化是否影响您。您也可以致电客服，要求为您邮寄《承保证明》。

## 访问我们的网站

您也可以前往 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 浏览我们的网站。温馨提醒，我们的网站提供了关于医疗服务提供方网络（医疗服务提供方目录）和承保药物清单（药物名册/药物清单）的最新信息。

---

## 第 7.2 节 —— 获得联邦医疗保险的帮助

---

直接从联邦医疗保险获得信息：

### 拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）

您可以周一至周日全天 24 小时随时致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听力或语言残障用户应致电 1-877-486-2048。

### 访问联邦医疗保险网站

您可以访问联邦医疗保险网站（<https://www.medicare.gov>）。网站上含有关于费用、承保和质量评级的信息，有助于您比较联邦医疗保险健保计划。您可以使用联邦医疗保险网站上的联邦医疗保险计划查找工具来查找您所在地区的计划信息。（欲浏览计划信息，请前往 <https://www.medicare.gov> 并单击“查找健康和药物计划”。）

### 阅读《联邦医疗保险与您 2020》

您可以阅读《联邦医疗保险与您 2020》手册。每年秋天，我们会将这本小册子邮寄给有联邦医疗保险的人士。该册子总结了联邦医疗保险的福利、权利和保护，并解答了关于联邦医疗保险最常见的问题。如果您没有这本小册子的副本，您可以通过联邦医疗保险网站（<https://www.medicare.gov>）或致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）获得，网站周一至周日全天 24 小时为您服务。听力或语言残障用户应致电 1-877-486-2048。