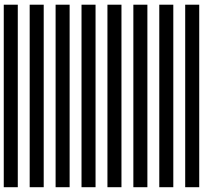


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

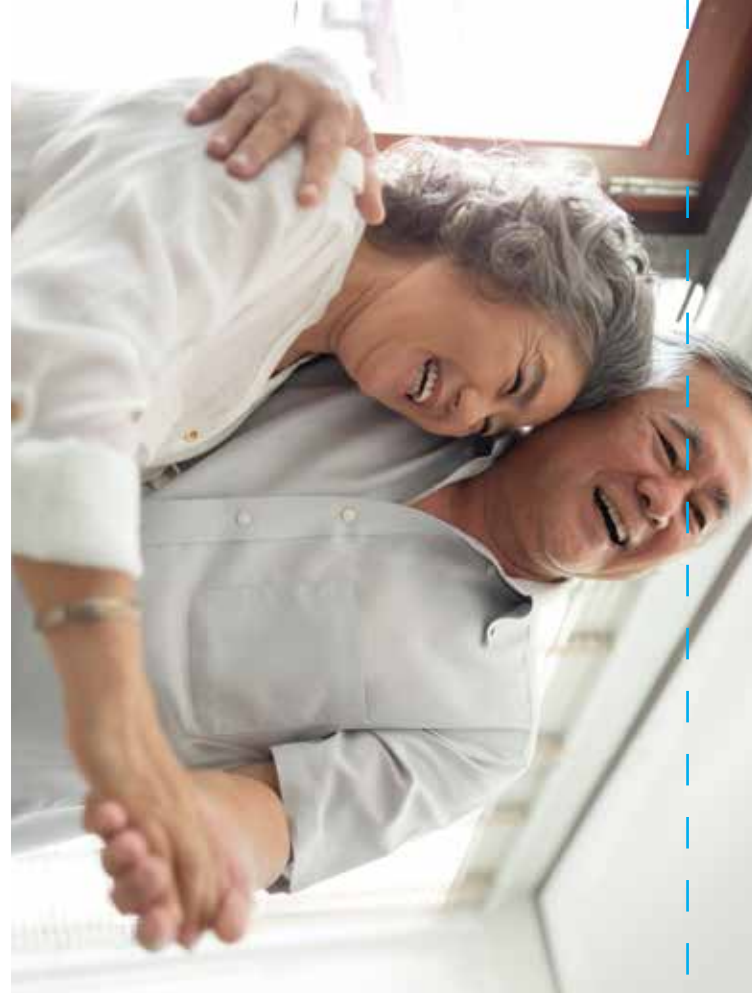


**BUSINESS REPLY MAIL**

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2861 NEW YORK NY

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

EMBLEMHEALTH MEDICARE SALES  
55 WATER STREET  
NEW YORK NY 10275-0718



EmblemHealth  
安 保 健 康 保 险

我们为您  
承保。

需要更多信息?  
已准备好迈出下一步?

请联系您的授权销售代表。

或致电安保健健康保险, 电话是  
**888-447-7860** (听力或语言障碍人士  
TTY 专线: 711), 10月1日至3月31  
日工作时间是每周7天, 每天8 am 至  
8 pm。4月1日至9月30日: 周一至  
周五, 每天8 am 至 8 pm。

注释

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rep Business Card  
Die-Cut

55 Water Street, New York, NY 10041-8190  
[emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)



安 保 健 康 保 险

大纽约健康保险 (HIP) 是一个 HMO/HMO-  
POS/HMO D-SNP 计划, 签有联邦医疗保险  
(Medicare, 即红蓝卡) 合同, 并与纽约州  
卫生署 (New York State Department of Health)  
签有保险福利协调协议。投保 HIP 需视合约  
续约情况而定。大纽约健康保险 (HIP) 是安保健  
健康保险公司旗下的公司。

SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的注册商  
标。©2020 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。

Y0026\_201354\_M 09/05/2020 接受  
86-9171-21 9/20



立即开始  
省钱!

2021 年安保健健康保险 VIP  
特殊需要计划 (HMO D-SNP)



我们的安保健健康保险 VIP 特殊需  
要计划面向那些同时拥有联邦医  
疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)  
和医疗补助计划 (Medicaid, 即白  
卡) 的客户。这些计划向您提供  
原始联邦医疗保险 (Medicare,  
即红蓝卡) 的所有保险福利, 加  
上 D 部分处方药物承保范围。

如果您有资格享受联邦医疗保  
险 A 部分, 并且投保了联邦医疗  
保险 B 部分, 同时每年收入低于  
\$16,000, 则您应该利用我们的计  
划, 立即开始省钱。



安 保 健 康 保 险



## 安享尊享联邦医疗保险 双重资格计划 (VIP Dual) (HMO D-SNP)

### 计划的亮点

- 无需转诊
- 您每月无需为这个计划支付任何费用
- \$0 享受主治医师就诊
- \$0 专科医生门诊

### 额外保险福利

- 预防性和综合牙科服务没有年度限额
- \$500/2 年眼镜限额
- \$1,500/3 年助听器限额
- \$0 针灸, 最多 10 次就诊(腰背疼痛除外)
- SilverSneakers® 健身计划
- \$125/月非处方药 (OTC) 卡, 仅限布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纽约 (New York) 和皇后区 (Queens) 等郡
- \$100/月非处方药 (OTC) 卡, 仅限达奇斯 (Dutchess)、纳苏 (Nassau)、奥兰治 (Orange)、帕特南 (Putnam)、里士满 (Richmond)、罗克兰 (Rockland)、沙利文 (Sullivan)、阿尔斯特 (Ulster) 和威斯特彻斯特 (Westchester) 等郡
- \$50/月非处方药 (OTC) 卡, 仅限苏福克 (Suffolk)

要加入安享尊享联邦医疗保险双重资格计划 (VIP Dual) (HMO D-SNP), 您必须拥有医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 全额福利, 并且居住在我们服务区域内的以下郡之一: 布朗克斯 (Bronx)、达奇斯 (Dutchess)、国王郡 (Kings)、纳苏 (Nassau)、纽约 (New York)、奥兰治 (Orange)、帕特南 (Putnam)、皇后区 (Queens)、里士满 (Richmond)、罗克兰 (Rockland)、苏福克 (Suffolk)、沙利文 (Sullivan)、阿尔斯特 (Ulster) 和威斯特彻斯特 (Westchester)。



## 安享尊享联邦医疗保险双 重资格终极计划 (VIP Dual Select) (HMO D-SNP)

### 计划的亮点

- 无需转诊
- 您每月无需为这个计划支付任何费用
- \$0 享受主治医师就诊
- \$0 专科医生门诊

### 额外保险福利

- 综合牙科服务没有年度限额
- \$100/年眼镜限额
- \$750/年助听器限额
- \$65/月非处方药 (OTC) 卡
- \$0 针灸, 最多 10 次就诊 (腰背疼痛除外)

要加入安享尊享联邦医疗保险双重资格终极计划 (VIP Dual Select) (HMO D-SNP), 您必须拥有医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 全额福利, 并且居住在我们服务区域内的以下郡之一: 布朗克斯 (Bronx)、达奇斯 (Dutchess)、国王郡 (Kings)、纳苏 (Nassau)、纽约 (New York)、奥兰治 (Orange)、帕特南 (Putnam)、皇后区 (Queens)、里士满 (Richmond)、罗克兰 (Rockland)、苏福克 (Suffolk)、沙利文 (Sullivan)、阿尔斯特 (Ulster) 和威斯特彻斯特 (Westchester)。

## 安享尊享联邦医疗保险解 决方案计划 (VIP Solutions) (HMO D-SNP)

### 计划的亮点

- 无需转诊
- 根据您的额外补助级别, 您每个月为该计划支付 \$0-\$42.30
- \$0 享受主治医师就诊
- \$0 或 \$25 专科医生就诊

### 额外保险福利

- 预防性牙医服务
- \$200/年眼镜限额
- \$350/年助听器限额
- \$0 针灸, 最多 10 次就诊 (腰背疼痛除外)

要加入安享尊享联邦医疗保险解决方案计划 (VIP Solutions) (HMO D-SNP), 您必须拥有医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 部分或全额福利, 并且居住在我们服务区域内的以下郡之一: 布朗克斯 (Bronx)、达奇斯 (Dutchess)、国王郡 (Kings)、纳苏 (Nassau)、纽约 (New York)、奥兰治 (Orange)、帕特南 (Putnam)、皇后区 (Queens)、里士满 (Richmond)、罗克兰 (Rockland)、苏福克 (Suffolk)、沙利文 (Sullivan) 和阿尔斯特 (Ulster) 和威斯特彻斯特 (Westchester)。



## 安享尊享联邦医疗保险 双重资格计划 (VIP Dual) Reserve (HMO D-SNP)

### 计划的亮点

- 无需转诊
- 您每月无需为这个计划支付任何费用
- \$0 享受主治医师就诊
- \$0 专科医生门诊

### 额外保险福利

- \$155/月非处方药 (OTC) 卡
- \$0 远程主治医师 (PCP) 就诊
- \$0 针灸, 最多 10 次就诊 (腰背疼痛除外)

要加入安享尊享联邦医疗保险双重资格计划 (VIP Dual) Reserve (HMO D-SNP), 您必须拥有医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 全额福利, 并且居住在我们服务区域内的以下郡之一: 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纽约 (New York)、皇后区 (Queens)。



## 是否已准备好省钱?

只需一个电话, 我们的计划就可以帮您省钱。

888-447-7860 (听力或语言障碍人士 TTY 专线: 711)



## 迈开下一步, 更好地管理您的医疗保健。

只需填写这张卡片, 并且:

- 将卡片交给安享健康保险代表, 或者
  - 把它折好, 密封好, 放进信箱里。(邮资已付, 不需要贴邮票。)
- 是的! 我想了解更多关于安享健康保险提供的健康保险产品的信息。请打电话给我, 提供关于针对以下人群的保险的信息:

姓名: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

家庭电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

打电话的最佳时间: \_\_\_\_\_ 或发送电子邮件: \_\_\_\_\_

填写此表格后, 本人同意用本人所提供的电话号码/电子邮箱 (包括移动设备) 接收有关安享健康保险产品与服务代表的来电或者电子邮件。这些电话/电子邮件可能是使用自动技术完成的, 并且我不需要同意接听这些电话也可以进行购买。

仅供公司使用:	接收日期: _____
代理人 ID: _____	
接收地址: _____	