

2022 年保险福利一览表

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)

2022 年 1 月 1 日 – 2022 年 12 月 31 日

谁可以加入？

要加入**安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)**，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**的以下县：布朗克斯 (Bronx)、**州府地区**：奥尔巴尼 (Albany)、布鲁姆县 (Broome)、哥伦比亚县 (Columbia)、特拉华县 (Delaware)、格林县 (Greene)、伦斯勒县 (Rensselaer)、萨拉托加县 (Saratoga)、斯克内塔迪县 (Schenectady)、沃伦县 (Warren) 和华盛顿 (Washington)，以及**哈德逊河谷 (Hudson Valley)**：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)。

这个计划不需要转诊。

我可以使用哪些医生、医院和药房？

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 计划拥有由医生、医院、药房和其他医疗服务提供方构成的网络。如果您使用不在我们网络中的医疗服务提供方，该计划将不会为其服务付费。

当您加入**安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)** 计划时，您必须在尊享健选网络 (VIP Bold) 中选择一位主治医生 (PCP)。如果您没有选择主治医生 (PCP)，我们将为您选择一位。您可以随时在网络中选择另一位主治医生 (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。您可以在我们网站 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。

您通常必须使用网内的药房配制所承保的 D 部分的处方药。我们一些网内的药房有首选的分摊费用。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 (听力或语言障碍人士 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 至 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)”。您还可以到 emblemhealth.com/medicare 网站查看承保证明。如果您想了解更多关于原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的保险福利、服务和成本的信息，请查看您现在的《联邦医疗保险 (即红蓝卡) 与您》(Medicare & You) 手册。到 medicare.gov 网站查看，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障碍人士 TTY 专线，请致电 1-877-486-2048。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 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 进行比较，您可以浏览 emblemhealth.com/medicare。

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
每月保费 (每月为您的保险支付的金额)

您的额外补助级别

县	0% (全部保费)	25%	50%	75%	100%
奥尔巴尼 (Albany)、布鲁姆县 (Broome)、哥伦比亚县 (Columbia)、特拉华县 (Delaware)、格林县 (Greene)、伦斯勒县 (Rensselaer)、萨拉托加县 (Saratoga)、斯克内塔迪县 (Schenectady)、沃伦县 (Warren) 和华盛顿 (Washington)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
布朗克斯 (Bronx)、达奇斯县 (Dutchess)、奥兰治县 (Orange)、帕特南县 (Putnam)、罗克兰县 (Rockland)、沙利文县 (Sullivan)、阿尔斯特县 (Ulster)、威斯特彻斯特县 (Westchester)	\$49.00	\$40.40	\$31.80	\$23.20	\$14.60

此外，您必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。

保险福利	安享尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
<p>自付额 (在计划开始支付之前您所支付的金额。)</p>	<p>对于所承保的医疗服务，该计划没有自付额。</p>
<p>最大的自付费用责任 (在一个计划年度内，您必须为承保服务范围支付的最多费用。当您付了这个自付额以及您的费用份额（自付款、共同保险金额）后，您的健保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。与所有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划一样，我们的计划通过每年限制您的医疗和住院护理的自付费用来保护您。</p> <p>每年 \$7,550 用于您从网内医保专业人员 and 设施那里获得服务。</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>对于某些网内的保险福利，我们的计划每年都有一定的承保限额。请致电了解适用的服务。</p>
<p>住院医院承保 (可能需要批准)</p>	<p>在每个入院保险福利期，我们的计划承保的住院期天数无限制。</p> <p>从第 1 天到第 5 天，您每天支付 \$350</p> <p>从第 6 天到第 90 天，您每天支付 \$0</p> <p>您在 91 天及以后每天支付 \$0</p>
<p>门诊医院承保 (可能需要批准)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 流动手术中心： • 留院观察： • 门诊医院： 	<p>您支付 \$225</p> <p>您支付 \$275</p> <p>您支付 \$350</p>
<p>医生门诊 (在诊所/虚拟)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 主治医生： • 专科医生： 	<p>您支付 \$5 您为年度体检支付 \$0</p> <p>您支付 \$40</p>

保险福利	安享尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
<p>预防性医疗服务 (让您保持健康的服务)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我们的计划承保许多预防服务, 包括: 	<p>您支付 \$0</p> <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 - 子宫颈癌及阴道癌筛查 - 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 - 糖尿病筛查 - 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 (Medicare, 即红蓝卡)” 预防性就诊 (一次性) - 一年一度的“身心健康”就诊 <p>并且, 在合同年度内, 将承保联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 批准的所有其他预防服务。</p>
<p>急症护理</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“住院医院承保”部分。</p>
<p>急需的医疗服务 (如住院则不豁免)</p>	<p>您支付 \$50</p>
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 诊断放射科服务 (如磁共振成像 (MRI)、CT 扫描) : • 化验室服务: • 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>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
<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 \$600 的助听器费用。</p>
<p>牙科服务 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）： • 标准牙科 x 光检查（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： (可能需要批准)</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>根据治疗，您支付 \$0 - \$125</p> <p>根据治疗，您支付 \$0 - \$20</p> <p>根据治疗，您支付 \$0 - \$150</p> <p>根据治疗，您支付 \$0 - \$50</p> <p>根据治疗，您支付 \$0 - \$150</p>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
<p>眼科服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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筛查）： • 常规眼科检查（每年最多一次）： <p>常规眼镜：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 \$40</p> <p>您支付 \$10</p> <p>一副眼镜，最高为每年 \$240 的计划限额</p> <p>您支付 \$40</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： <p>• 门诊团体理疗门诊：</p> <p>• 门诊个人理疗门诊：（在诊所/虚拟）</p>	<p>您每次入院/保险福利期支付 \$1,871。</p> <p>我们的计划承保最多 90 天的精神健康住院。</p> <p>我们的计划还承保 60 个“终身保留日”，前提是住院属于本计划的承保范围。</p> <p>我们的计划为精神病院的住院精神健康服务承保终身最多 190 天的服务。190 天限制不应用于全科医院精神科所提供的精神健康服务。</p> <p>您支付 \$40</p> <p>您支付 \$40</p>
<p>专业护理院 (SNF) (可能需要批准)</p>	<p>我们的计划承保最多 100 天的专业护理院住院。</p> <p>您在每个保险福利期第 1 天到第 20 天每天支付 \$0</p> <p>您在每个保险福利期第 21 天到第 100 天每天支付 \$188</p>
<p>物理治疗 (可能需要批准)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 物理治疗，表达和语言理疗门诊： 	<p>您支付 \$40</p>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
救护车 (可能需要批准; 如果住院则不予豁免) <ul style="list-style-type: none"> • 地面: • 空中: 	您支付 \$340 您支付 20% 的费用
交通	不承保

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 的处方药物 (HMO)

联邦医疗保险 B 部分药物

化疗药物和其他 B 部分药物：(可能需要批准)

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费用。这些药物可能需要阶段式治疗和/或预先批准。

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）来确定药物分属的级别。

您为您的处方药物支付多少取决于您的药物属于哪个级别以及您所处的保险福利的哪个阶段。在 D 部分处方药物承保范围有四个阶段。

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药上门。

对于 1 级（首选非品牌药）和 2 级（非品牌）药物以及 3 级（首选品牌），没有自付额。

对于 4 级（非首选药物）和 5 级（专科）药物，有 \$395 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 \$4,345。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。

零售分摊费用

等级	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)				
	自付额	初始承保 \$0-\$4,345——30 天供应量		承保缺 口超过 \$4,345	巨灾承保超过 \$7,050
		您支付	首选	标准	您支付
1 级：首选非品牌药	\$0	\$2	\$7	25%	5% 或 \$3.95
2 级：非品牌	\$0	\$15	\$20	25%	5% 或 \$3.95
3 级：首选品牌	\$0	\$42	\$47	25%	5% 或 \$9.85
4 级：非首选药物	\$395	\$95	\$100	25%	非品牌药物/首选多源 药物为 5% 或 \$3.95 所有其他药物为 5% 或 \$9.85
5 级：专科	\$395	25%	25%	25%	非品牌药物/首选多源 药物为 5% 或 \$3.95 所有其他药物为 5% 或 \$9.85

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 的处方药物 (HMO)

首选邮购分摊费用

等级	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)		
	自付额	初始承保 \$0-\$4,345	
月供应量	您支付	30 天供应量	90 天供应量
1 级: 首选非品牌药	\$0	\$0	\$0
2 级: 非品牌	\$0	\$0	\$0
3 级: 首选品牌	\$0	\$42	\$126
4 级: 非首选药物	\$395	\$95	\$285
5 级: 专科	\$395	25%	不适用

如果您住在长期护理院, 或使用非首选邮购配药服务, 您需要支付与标准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 **\$4,345** 后。

在 2022 年的承保缺口内, 您将支付计划的品牌药物和/或非品牌药物的 25% 的费用。药品制造商为品牌药品支付的 70% 折扣, 加上您支付的 25%, 计入您的纯自付费用 (TrOOP)。这将帮助您解决承保缺口。并非每个人都会达到承保缺口。

巨灾承保

在您的每年纯自付 (TrOOP) 药物费用达到 **\$7,050** 之后, 您的分摊费用将会是以下两者之较高者: **\$3.95** 或 **5%** (非品牌或首选的多源药物), **\$9.85** 或 **5%** (所有其他药物)。

在支付处方药物方面获得帮助

额外补助

额外补助是一项免费的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 方案, 被称为低收入补贴 (LIS)。它帮助收入和资源低或有限的人支付联邦医疗保险 D 部分药物计划的费用。

通过额外补助您得到些什么?

- 为您支付 75% 或更多的药物费用。其中包括您处方药物的每月保费 (**您每月支付的金额**)。
- 为您支付年度自付额 (**计划开始支付前您要支付的金额**)。
- 为您支付共同保险金费用 (**您支付的处方药物的百分比**)。
- 无缝承保。

如果您符合下列条件, 您将自动满足额外补助的资格:

- 您拥有医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 全额福利承保。
- 您从您的州医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 中获得帮助, 以支付您在联邦医疗保险储蓄方案的 B 部分保费。
- 您获得补充保障收入 (SSI) 福利。

许多其他低收入或有限收入的人也有资格获得额外补助, 但全然不知!

您不需要任何费用就可以申请。联系您当地的社会安全办公室或致电社会安全服务, 电话号码为 **800-772-1213** (听力或语言障碍人士 TTY 专线: **800-325-0778**)。您也可以在线申请 ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/。

附加保险福利 (续)

保险福利	安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP RX SAVER) (HMO)
肾透析	您支付 20% 的费用
身心健康方案 <ul style="list-style-type: none"> • 健身: • 热线: • Teladoc®: 	SilverSneakers® 24 小时护理热线 您支付 \$45
药物滥用门诊服务 (可能需要批准) <ul style="list-style-type: none"> • 团体理疗门诊: • 个人理疗门诊: (在诊所/虚拟) 	您支付 \$40 您支付 \$40
非处方药物	\$25/月 (仅限邮购)。这个金额不会逐月结转。
全球急症和紧急情况承保	您支付 \$90 如果入院一天, 您支付 \$0

大纽约健康保险 (HIP) 是一个 HMO/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) 签有合同。投保大纽约健康保险 (HIP) 需视合约续约情况而定。大纽约健康保险 (HIP) 是安保健康保险旗下的公司。请联系计划, 以获取更多信息。

SilverSneakers® 是 Tivity Health, Inc. ©2021 的注册商标。Tivity Health, Inc. 保留所有权利。

Teladoc 及相关标记是 Teladoc Health, Inc. 的商标, 并允许安保健康保险使用。

2022 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保险福利和规则。如果您有任何疑问，可致电 **877-344-7364**（听力或语言障碍人士 TTY 专线：711）与客户服务代表联系，每周七天，8 am 至 8 pm。

了解福利

- 查看在承保证明 (EOC) 中找到的完整福利列表，尤其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**（听力或语言障碍人士 TTY 专线：711）查看承保证明的副本。
- 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。
- 保险福利、保费和/或自付款/共同保险金可能会在 2023 年 1 月 1 日变更。
- 除急症或紧急情况外，我们不承保网外医疗服务提供方（未列在医疗服务提供方目录中的医生）提供的服务。