



保险福利 摘要

2025 年标准个人与家庭计划



目录

- 1** 简介
- 3** 标准计划
- 4** 须知
- 6** 保险福利摘要
- 16** 计划费率

安保健康保险个人与家庭计划

85 年来,安保健康保险公司为纽约社区提供高质量、可负担得起的医保。

本手册将分享我们的标准个人与家庭计划的保险福利摘要。我们的计划旨在满足您的医疗保险需求和预算。

如何投保?

您可以非常轻松地加入安保健康保险的健保计划。

对于通过纽约州官方健保购买市场购买的计划,请访问 nystateofhealth.ny.gov。我们建议您了解您是否有资格获得通过纽约州官方健保购买市场提供的每月保费财务援助。如果您符合资格,您必须通过纽约州官方健保购买市场投保计划。

如果您不符合资格,您可以直接通过安保健康保险投保计划。

在申请之前,为您的每一位需要健康承保的家庭成员收集以下信息:

- **社会安全号码** (或合法居住移民的移民文件)。
- **雇主和收入信息** (例如,您的工资存根或 W-2 表格——工资和税单中包含的信息)。
- 为您的家庭成员提供承保的任何当前医疗保险计划的**保单编号**。
- **永久地址** (开户所需)。
- **电子邮箱地址** (强烈建议提供,用于持续与您沟通您的计划)。

或者,请访问 emblemhealth.com/individualsandfamilies 进行投保。

如果您对这些计划有任何疑问,可致电 **800-833-7523** (TTY: 711), 服务时间是每周 7 天,每天 8 a.m. 至 8 p.m.。

这份保险福利一览表只包含常规信息。所有计划均受您合同中具体条款、条件、除外责任和限制的约束。



安保健康保险标准计划

您可以在纽约州官方健保购买市场或直接通过安保健康保险购买这些计划：

安优选医疗白金计划 (Select Care Platinum)/ 安优选医疗白金直接付款计划 (Select Care Platinum D)	安选千禧白金计划 (EmblemHealth Millennium Platinum)/ 安选千禧白金直接付款计划 (EmblemHealth Millennium Platinum D)
安优选医疗黄金计划 (Select Care Gold)/ 安优选医疗黄金直接付款计划 (Select Care Gold D)	安选千禧黄金计划 (EmblemHealth Millennium Gold)/ 安选千禧黄金直接付款计划 (EmblemHealth Millennium Gold D)
安优选医疗白银计划 (Select Care Silver)/ 安优选医疗白银直接付款计划 (Select Care Silver D)	安选千禧白银计划 (EmblemHealth Millennium Silver)/ 安选千禧白银直接付款计划 (EmblemHealth Millennium Silver D)
安优选医疗青铜计划 (Select Care Bronze)/ 安优选医疗青铜直接付款计划 (Select Care Bronze D)	安选千禧青铜计划 (EmblemHealth Millennium Bronze)/ 安选千禧青铜直接付款计划 (EmblemHealth Millennium Bronze D)
安优选医疗巨灾计划 (Select Care Catastrophic)/ 安优选医疗巨灾直接付款计划 (Select Care Catastrophic D)	安选千禧巨灾计划 (EmblemHealth Millennium Catastrophic)/ 安选千禧巨灾直接付款计划 (EmblemHealth Millennium Catastrophic D)

所有这些计划都是 HMO 计划。投保 HMO 计划后，您可选择一位初级保健医生 (PCP)，为您提供日常护理。这些计划为儿童提供儿科牙科保险福利直至其年满 19 岁。

帮助支付您的保费

美国政府向符合条件的人提供税额抵免，以帮助其支付每月的健保计划费用。如果您有资格获得税额抵免，您必须通过纽约州官方健保购买市场投保计划方可享受抵免。要了解有关财务援助的更多信息，请访问 emblemhealth.com/plans/individuals-and-families/financial-help。

安保健康保险个人与家庭计划使用千禧网 (Millennium Network) 或优选医疗网 (Select Care)，具体取决于计划投保人居住地。

服务区域

要投保安选千禧计划 (Millennium)，您必须住在纽约市 (布鲁克林 (Brooklyn)、布朗克斯 (Bronx)、曼哈顿 (Manhattan)、皇后区 (Queens) 或史丹顿岛 (Staten Island))、长岛 (Long Island) (纳苏县 (Nassau) 或苏福克县 (Suffolk))、罗克兰县 (Rockland) 或威斯特彻斯特县 (Westchester)。

要投保安优选医疗计划 (Select Care)，您必须住在奥尔巴尼 (Albany)、布鲁姆县 (Broome)、哥伦比亚县 (Columbia)、特拉华县 (Delaware)、达奇斯县 (Dutchess)、富尔顿县 (Fulton)、格林县 (Greene)、蒙哥马利县 (Montgomery)、奥兰治县 (Orange)、奥赛戈县 (Otsego)、帕特南县 (Putnam)、伦斯勒县 (Rensselaer)、萨拉托加县 (Saratoga)、斯克内塔迪县 (Schenectady)、舍哈里县 (Schoharie)、沙利文县 (Sullivan)、阿尔斯特县 (Ulster)、沃伦县 (Warren) 和华盛顿县 (Washington)。

关于这些计划的重要须知

以下是关于这些计划的一些重要须知：

- 您需要选择一个参加您的网络计划的初级保健医生 (PCP)。
- 您只可获得网内承保范围,但对于急症的住院治疗,无论是网内还是网外均可获得承保。
- 您获得初级保健医生 (PCP) 的转诊或批准后,就可以在需要时看专科医生。专科医生是提供初级保健以外服务的医生,如过敏科医生、皮肤科医生、心脏科医生等。
- 不是所有的服务都需得到批准。例如,对于以下服务,您无需取得初级保健医生 (PCP) 的批准:
 - 脊科治疗服务。
 - 门诊精神健康服务和药物使用障碍治疗服务。
 - 初级妇科和产科护理。
 - 验光师为承保子女提供的屈光视力检查。(仅承保至孩子年满 19 岁时所在月份的月底。)
 - 眼科医生进行的糖尿病眼科检查。
 - 牙科及眼科服务。
- 预防性医疗服务通常享受全额承保,无需支付自付额,只要您使用网内计划的专业医护人员即可。这些服务包括常规体检、筛查、免疫接种、乳房 x 光检查、妇科检查、婴儿健康护理和女性处方避孕药。被诊断患有糖尿病的会员可全额获得治疗承保。
- 处方药物承保范围包括在这些计划中。所有处方药物保险福利必须通过与您的计划签订合同的药房获得。当您支付处方药费用时,药剂师将按照计划的自付额或共付额收取费用。

词汇表

保费是您每月为您的保险支付的金额。

自付额是计划开始为您的保险福利承担费用前您每年需要支付的金额。

共付额是您为承保的医疗服务支付的一笔固定金额,比如看医生或在药房买药时。

共同保险是您在支付您的自付额后,通常支付的医疗服务费用的百分比。

网络是一组与健保计划签订合同的专业医护人员或设施。他们为会员提供被承保的产品和服务。

自付费用是您为医疗服务支付的费用。其中包括自付额、共同保险和共付额。

转诊是您的医生允许或同意您去看专科医生。

税收抵免是美国政府提供的一种财政援助,帮助人们支付每月的健保计划费用(保费)。



安保健康保险标准计划

安保千禧白金计划 (Millennium Platinum)/ 安保优选医疗白金计划 (Select Care Platinum)

这是一个 HMO 计划, 没有年度自付额, 且您只需支付较低的自付费用。安保健康保险的个人与家庭计划承保相同的健康福利, 但每月的保费和自付费用不同。

保险福利摘要	
主要分摊费用条款	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	每次就诊 \$15 共付额
专科医生门诊	每次就诊 \$35 共付额
在线门诊*	全额承保
住院	每次住院 \$500 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	每次就诊 \$100 共付额
年度自付额 (个人/家庭)	\$0/\$0
年度自付费用最高限额 (个人/家庭)	\$2,000/\$4,000
处方药物	非品牌药物 \$10 共付额、首选品牌药物 \$30 共付额、非首选品牌药物 \$60 共付额
住院服务项目	共付额/限额
住院医生及外科服务	\$100 共付额
半私人病房和膳宿	包括在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	包括在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	包括在住院共付额中
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	包括在住院共付额中
放射治疗及化疗	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
住院前测试	全额承保
门诊治疗	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专科医生门诊	需支付专科医生门诊共付额
预防性医疗服务**包括体检、耳部检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 线拍片和免疫接种	全额承保
儿童健康护理**	全额承保
诊断化验室服务	在初级保健医生 (PCP) 办公室进行: \$15 共付额 在专科医生办公室进行: \$35 共付额
在医生诊所的产前护理	全额承保
(无需住院的) 门诊手术	\$100 共付额
第二诊疗及手术意见	需支付专科医生门诊共付额
骨科治疗服务	需支付专科医生门诊共付额
精神健康和药物使用障碍	共付额/限额
精神健康治疗	
精神疾病住院治疗	需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
精神疾病门诊治疗	需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
药物使用障碍	
住院戒毒	需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
住院康复治疗	需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
门诊康复治疗	需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制

保险福利摘要	
特殊类型护理	共付额/限额
在医院急诊室	每次就诊 \$100 共付额 (如获准许则豁免)
在紧急护理机构	\$55 共付额
救护车送医院服务	\$100 共付额
家健护理	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
门诊临终病室护理	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专业护理院服务	需支付住院共付额
透析治疗	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
糖尿病器材、用品与教育	需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	\$25 共付额
生育计划服务	全额承保
耐用医疗设备	10% 共同保险
助听器	10% 共同保险
儿科牙科保险福利	共付额/限额
紧急牙科护理	\$15 共付额
预防性牙齿保健 (牙科检查及清洗)	\$15 共付额/每 6 个月 1 次
常规牙科护理	\$15 共付额
主要牙科护理	\$15 共付额
牙齿矫正	\$15 共付额
儿科眼科治疗保险福利	共付额/限额
检查	\$15 共付额/每 12 个月 1 次
镜片和镜框	10% 共同保险/每 12 个月 1 次
隐形眼镜	10% 共同保险/每 12 个月 1 次

安保健健康保险合格健保计划由大纽约健康保险 (HIP) 承保。除急症护理外, 只有当由千禧网 (Millennium) 或优选医疗网 (Select Care) (根据您的计划而定) 初级保健医生提供或转诊, 且/或经安保健健康保险利用管理方案预先批准时, 才承保上述保险福利及服务。参与的医生和医疗服务提供方与安保健健康保险签订了合同, 为我们的会员提供护理; 他们不是安保健健康保险的雇员、代理人、服务人员或代表。本摘要仅供参考, 不包含计划的完整详情。计划的完整内容仅可通过合同或保险证明书查阅, 且本摘要也不构成协议。请参阅大纽约健康保险 (HIP) 保单表格 155-23-IONHIXHMO (4/24)、155-23-IOFFHIXCONT (4/24) 等。

* 在线门诊保险福利通过 Teladoc® 在线门诊提供。不适用于所有承保服务范围, 并含有限制条件, 也并非所有服务都每周七天、全天候提供。

** 当根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或纽约州法律的要求, 由美国预防医学工作组 (USPSTF) 提供 A 或 B 级评级时, 全额承保网内预防性医疗服务和儿童健康护理。

某些服务可能需要预授权。

安保千禧黄金计划 (Millennium Gold)/ 安保优选医疗黄金计划 (Select Care Gold)

在安保健康保险的所有计划中, 该 HMO 计划的分摊费用位列第二低。安保健康保险的个人与家庭计划承保相同的健康福利, 但每月的保费和自付费用不同。

保险福利摘要	
主要分摊费用条款	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	达到自付额后每次就诊 \$25 共付额
专科医生门诊	达到自付额后每次就诊 \$40 共付额
在线门诊*	全额承保
住院	达到自付额后每次就诊 \$1,000 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	达到自付额后每次就诊 \$150 共付额
年度自付额 (个人/家庭)	\$600/\$1,200
年度自付费用最高限额 (个人/家庭)	\$7,900/\$15,800
处方药物	非品牌药物 \$10 共付额、首选品牌药物 \$35 共付额、非首选品牌药物 \$70 共付额
住院服务项目	共付额/限额
住院医生及外科服务	达到自付额后, \$100 共付额
半私人病房和膳宿	达到自付额后包含在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	达到自付额后包含在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中 (仅限短期)
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中
放射治疗及化疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
住院前测试	达到自付额后, \$0 共付额
门诊治疗	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专科医生门诊	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
预防性医疗服务**包括体检、耳部检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 线拍片和免疫接种	全额承保
儿童健康护理**	全额承保
诊断化验室服务	在初级保健医生 (PCP) 办公室进行: \$25 共付额 在专科医生办公室进行: 达到自付额后, \$40 共付额
在医生诊所的产前护理	全额承保
(无需住院的) 门诊手术	达到自付额后, \$100 共付额
第二诊疗及手术意见	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
脊科治疗服务	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
精神健康和药物使用障碍	共付额/限额
精神健康治疗	
精神疾病住院治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
精神疾病门诊治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
药物使用障碍	
住院戒毒	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
住院康复治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制

保险福利摘要	
门诊康复治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
特殊类型护理	共付额/限额
在医院急诊室	达到自付额后每次就诊 \$150 共付额 (如获准许则豁免)
在紧急护理机构	达到自付额后, \$60 共付额
救护车送医院服务	达到自付额后, \$150 共付额
家健护理	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
门诊临终病室护理	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专业护理院服务	达到自付额后支付住院共付额
透析治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
糖尿病器材、用品与教育	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	达到自付额后, \$30 共付额
生育计划服务	全额承保
耐用医疗设备	达到自付额后, 20% 共同保险
助听器	达到自付额后, 20% 共同保险
儿科牙科保险福利	共付额/限额
紧急牙科护理	达到自付额后, \$25 共付额
预防性牙齿保健 (牙科检查及清洗)	达到自付额后, \$25 共付额/每 6 个月 1 次
常规牙科护理	达到自付额后, \$25 共付额
主要牙科护理	达到自付额后, \$25 共付额
牙齿矫正	达到自付额后, \$25 共付额
儿科眼科治疗保险福利	共付额/限额
检查	达到自付额后, \$25 共付额/每 12 个月 1 次
镜片和镜框	达到自付额后, 20% 共同保险/每 12 个月 1 次
隐形眼镜	达到自付额后, 20% 共同保险/每 12 个月 1 次

安保健健康保险合格健保计划由大纽约健康保险 (HIP) 承保。除急症护理外, 只有当由千禧网 (Millennium) 或优选医疗网 (Select Care) (根据您的计划而定) 初级保健医生提供或转诊, 且/或经安保健健康保险利用管理方案预先批准时, 才承保上述保险福利及服务。参与的医生和医疗服务提供方与安保健健康保险签订了合同, 为我们的会员提供护理; 他们不是安保健健康保险的雇员、代理人、服务人员或代表。本摘要仅供参考, 不包含计划的完整详情。计划的完整内容仅可通过合同或保险证明书查阅, 且本摘要也不构成协议。请参阅大纽约健康保险 (HIP) 保单表格 155-23-IONHIXHMO (4/24)、155-23-IOFFHIXCONT (4/24) 等。

* 在线门诊保险福利通过 Teladoc® 在线门诊提供。不适用于所有承保服务范围, 并含有限制条件, 也并非所有服务都每周七天、全天候提供。

** 当根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或纽约州法律的要求, 由美国预防医学工作组 (USPSTF) 提供 A 或 B 评级时, 全额承保网内预防性医疗服务和儿童健康护理。

某些服务可能需要预授权。

安保千禧白银计划 (Millennium Silver)/ 安保优选医疗白银计划 (Select Care Silver)

白银 HMO 计划为个人提供更高的每月保费和更高的自付费用。就像纽约州官方健保购买市场上的其他金属保险计划一样，投保人可能有资格获得税额抵免。这是最受欢迎的标准金属计划。

保险福利摘要	
主要分摊费用条款	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	1次就诊(初级保健医生 (PCP)、专科医生、应用行为分析、心理健康/药物使用障碍的任意组合), 在达到自付额前每次就诊支付 \$30 共付额; 此后, 在达到自付额后每次就诊支付 \$30 共付额
专科医生门诊	1次就诊(初级保健医生 (PCP)、专科医生、应用行为分析、心理健康/药物使用障碍的任意组合), 在达到自付额前每次就诊支付 \$65 共付额; 此后, 在达到自付额后每次就诊支付 \$65 共付额
在线门诊*	全额承保
住院	达到自付额后每次住院 \$1,500 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	达到自付额后每次就诊 \$500 共付额
年度自付额 (个人/家庭)	\$2,100/\$4,200
年度自付费用最高限额 (个人/家庭)	\$9,200/\$18,400
处方药物	非品牌药物 \$15 共付额、首选品牌药物 \$40 共付额、非首选品牌药物 \$75 共付额
住院服务项目	共付额/限额
住院医生及外科服务	达到自付额后, \$150 共付额
半私人病房和膳宿	达到自付额后包含在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	达到自付额后包含在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中 (仅限短期)
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中
放射治疗及化疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
住院前测试	达到自付额后, \$0 共付额
门诊治疗	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专科医生门诊	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
预防性医疗服务**包括体检、耳部检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 线拍片和免疫接种	全额承保
儿童健康护理**	全额承保
诊断化验室服务	在初级保健医生 (PCP) 办公室进行: \$30 共付额 在专科医生办公室进行: 达到支付额后, \$50 共付额
在医生诊所的产前护理 (无需住院的) 门诊手术	全额承保
第二诊疗及手术意见	达到自付额后, \$150 共付额
脊科治疗服务	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
脊科治疗服务	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
精神和药物使用障碍	共付额/限额
精神健康治疗	共付额/限额
精神疾病住院治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
精神疾病门诊治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
药物使用障碍	共付额/限额
住院戒毒	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
住院康复治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制

保险福利摘要	
门诊康复治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
特殊类型护理	共付额/限额
在医院急诊室	达到自付额后每次就诊 \$500 共付额 (如获准许则豁免)
在紧急护理机构	达到自付额后, \$70 共付额
救护车送医院服务	达到自付额后, \$150 共付额
家健护理	达到自付额后, \$30 共付额
门诊临终病室护理	达到自付额后, \$30 共付额
专业护理院服务	达到自付额后支付住院共付额
透析治疗	达到自付额后, \$30 共付额
糖尿病器材、用品与教育	达到自付额后, \$30 共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	达到自付额后, \$30 共付额
生育计划服务	全额承保
耐用医疗设备	达到自付额后, 30% 共同保险
助听器	达到自付额后, 30% 共同保险
儿科牙科保险福利	共付额/限额
紧急牙科护理	达到自付额后, \$30 共付额
预防性牙齿保健 (牙科检查及清洗)	达到自付额后 \$30 共付额/每 6 个月 1 次
常规牙科护理	达到自付额后, \$30 共付额
主要牙科护理	达到自付额后, \$30 共付额
牙齿矫正	达到自付额后, \$30 共付额
儿科眼科治疗保险福利	共付额/限额
检查	达到自付额后, \$30 共付额/每 12 个月 1 次
镜片和镜框	达到自付额后, 30% 共同保险/每 12 个月 1 次
隐形眼镜	达到自付额后, 30% 共同保险/每 12 个月 1 次

安保健健康保险合格健保计划由大纽约健康保险 (HIP) 承保。除急症护理外, 只有当由千禧网 (Millennium) 或优选医疗网 (Select Care) (根据您的计划而定) 初级保健医生提供或转诊, 且/或经安保健健康保险利用管理方案预先批准时, 才承保上述保险福利及服务。参与的医生和医疗服务提供方与安保健健康保险签订了合同, 为我们的会员提供护理; 他们不是安保健健康保险的雇员、代理人、服务人员或代表。本摘要仅供参考, 不包含计划的完整详情。计划的完整内容仅可通过合同或保险证明书查阅, 且本摘要也不构成协议。请参阅大纽约健康保险 (HIP) 保单表格 155-23-IONHIXHMO (4/24)、155-23-IOFFHIXCONT (4/24) 等。

* 在线门诊保险福利通过 Teladoc® 在线门诊提供。不适用于所有承保服务范围, 并含有限制条件, 也并非所有服务都每周七天、全天候提供。

** 当根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或纽约州法律的要求, 由美国预防医学工作组 (USPSTF) 提供 A 或 B 级评级时, 全额承保网内预防性医疗服务和儿童健康护理。

某些服务可能需要预授权。

安保千禧青铜计划 (Millennium Bronze)/ 安保优选医疗青铜计划 (Select Care Bronze)

青铜 HMO 计划包括在您达到自付额之前, 每年三次到您的初级保健医生处就诊。安保健康保险的个人与家庭计划都承保同样的福利, 但每月的保费和自付费用不同。

保险福利摘要	
主要分摊费用条款	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	3 次就诊 (初级保健医生 (PCP)、专科医生、应用行为分析、心理健康/药物使用障碍的任意组合), 在达到自付额前每次就诊支付 \$50 共付额; 此后, 在达到自付额后支付 \$50 共付额
专科医生门诊	3 次就诊 (初级保健医生 (PCP)、专科医生、应用行为分析、心理健康/药物使用障碍的任意组合), 在达到自付额前每次就诊支付 \$75 共付额; 此后, 在达到自付额后支付 \$75 共付额
在线门诊*	全额承保
住院	达到自付额后, \$1,500 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	达到自付额后, \$500 共付额
年度自付额 (个人/家庭)	\$3,800/\$7,600
年度自付费用最高限额 (个人/家庭)	\$9,200/\$18,400
处方药物	非品牌药物 \$10 共付额、首选品牌药物 \$35 共付额、非首选品牌药物 \$70 共付额 (在达到自付额后)
住院服务项目	共付额/限额
住院医生及外科服务	达到自付额后, \$150 共付额
半私人病房和膳宿	达到自付额后包含在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	达到自付额后包含在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中 (仅限短期)
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	达到自付额后包含在住院共付额中
放射治疗及化疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
住院前测试	达到自付额后, \$0 共付额
门诊治疗	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 诊所就诊共付额
专科医生门诊	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
预防性医疗服务**包括体检、耳部检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 线拍片和免疫接种	全额承保
儿童健康护理**	全额承保
诊断化验室服务	达到自付额后, \$50 共付额
在医生诊所的产前护理	全额承保
(无需住院的) 门诊手术	达到自付额后, \$150 共付额
第二诊疗及手术意见	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
脊科治疗服务	达到自付额后需支付专科医生门诊共付额
精神健康和药物使用障碍	共付额/限额
精神健康治疗	
精神疾病住院治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
精神疾病门诊治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
药物使用障碍	
住院戒毒	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制
住院康复治疗	达到自付额后需支付住院共付额; 每个日历年无天数限制

保险福利摘要	
门诊康复治疗	达到自付额后需支付初级保健医生 (PCP) 门诊就诊共付额; 每个日历年无天数限制
特殊类型护理	共付额/限额
在医院急诊室	达到自付额后每次就诊 \$500 共付额 (如获准许则豁免)
在紧急护理机构	\$75 (达到自付额后)
救护车送医院服务	达到自付额后, \$300 共付额
家健护理	达到自付额后, \$50 共付额
门诊临终病室护理	达到自付额后, \$50 共付额
专业护理院服务	达到自付额后支付住院共付额
透析治疗	达到自付额后, \$50 共付额
糖尿病器材、用品与教育	达到自付额后, \$50 共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	达到自付额后, \$50 共付额
生育计划服务	全额承保
耐用医疗设备	达到自付额后, 50% 共同保险
助听器	达到自付额后, 50% 共同保险
儿科牙科保险福利	共付额/限额
紧急牙科护理	达到自付额后, \$50 共付额
预防性牙齿保健 (牙科检查及清洗)	达到自付额后, \$50 共付额/每 6 个月 1 次
常规牙科护理	达到自付额后, \$50 共付额
主要牙科护理	达到自付额后, \$50 共付额
牙齿矫正	达到自付额后, \$50 共付额
儿科眼科治疗保险福利	共付额/限额
检查	达到自付额后, \$50 共付额/每 12 个月 1 次
镜片和镜框	达到自付额后, 50% 共同保险/每 12 个月 1 次
隐形眼镜	达到自付额后, 50% 共同保险/每 12 个月 1 次

安保健康保险合格健保计划由大纽约健康保险 (HIP) 承保。除急症护理外, 只有当由千禧网 (Millennium) 或优选医疗网 (Select Care) (根据您的计划而定) 初级保健医生提供或转诊, 且/或经安保健康保险利用管理方案预先批准时, 才承保上述保险福利及服务。参与的医生和医疗服务提供方与安保健康保险签订了合同, 为我们的会员提供护理; 他们不是安保健康保险的雇员、代理人、服务人员或代表。本摘要仅供参考, 不包含计划的完整详情。计划的完整内容仅可通过合同或保险证明书查阅, 且本摘要也不构成协议。请参阅大纽约健康保险 (HIP) 保单表格 155-23-IONHIXHMO (4/24)、155-23-IOFFHIXCONT (4/24) 等。

* 在线门诊保险福利通过 Teladoc® 在线门诊提供。不适用于所有承保服务范围, 并含有限制条件, 也并非所有服务都每周七天、全天候提供。

** 当根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或纽约州法律的要求, 由美国预防医学工作组 (USPSTF) 提供 A 或 B 级评级时, 全额承保网内预防性医疗服务和儿童健康护理。

某些服务可能需要预授权。

安保千禧巨灾计划 (EmblemHealth Millennium Catastrophic)/ 安保优选医疗巨灾计划 (Select Care Catastrophic)

这是一个 HMO 计划, 适用于 30 岁以下的个人以及根据经济需要有资格的其他人。该计划包括在您达到自付额前每年去看 3 次初级保健医生。安保健康保险的个人与家庭计划承保相同的健康福利, 但每月的保费和自付费用不同。

保险福利摘要	
主要分摊费用条款	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	3 次 \$0 共付额的初级保健医生 (PCP) 就诊 (初级保健医生 (PCP)、心理健康/药物使用障碍的任意组合), 在达到自付额后支付 0% 的共同保险
专科医生门诊	达到自付额后, 0% 共同保险
在线门诊*	达到自付额后全额承保
住院	达到自付额后, 0% 共同保险
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	达到自付额后, 0% 共同保险
年度自付额 (个人/家庭)	\$9,200/\$18,400
年度自付费用最高限额 (个人/家庭)	\$9,200/\$18,400
处方药物	达到自付额后, 0% 共同保险
住院服务项目	共付额/限额
住院医生及外科服务	达到自付额后, 0% 共同保险
半私人病房和膳宿	达到自付额后, 0% 共同保险
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	达到自付额后, 0% 共同保险
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	达到自付额后, 0% 共同保险
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	达到自付额后, 0% 共同保险
放射治疗及化疗	达到自付额后, 0% 共同保险
住院前测试	达到自付额后, 0% 共同保险
门诊治疗	共付额/限额
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	达到自付额后, 0% 共同保险
专科医生门诊	达到自付额后, 0% 共同保险
预防性医疗服务**包括体检、耳部检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 线拍片和免疫接种	全额承保
儿童健康护理**	全额承保
诊断化验室服务	达到自付额后, 0% 共同保险
在医生诊所的产前护理	全额承保
(无需住院的) 门诊手术	达到自付额后, 0% 共同保险
第二诊疗及手术意见	达到自付额后, 0% 共同保险
脊科治疗服务	达到自付额后, 0% 共同保险
精神健康和药物使用障碍	共付额/限额
精神健康治疗	
精神疾病住院治疗	达到自付额后, 0% 共同保险
精神疾病门诊治疗	达到自付额后, 0% 共同保险
药物使用障碍	
住院戒毒	达到自付额后, 0% 共同保险
住院康复治疗	达到自付额后, 0% 共同保险
门诊康复治疗	达到自付额后, 0% 共同保险

保险福利摘要	
特殊类型护理	共付额/限额
在医院急诊室	达到自付额后, 0% 共同保险
在紧急护理机构	达到自付额后, 0% 共同保险
救护车送医院服务	达到自付额后, 0% 共同保险
家健护理	达到自付额后, 0% 共同保险
门诊临终病室护理	达到自付额后, 0% 共同保险
专业护理院服务	达到自付额后, 0% 共同保险
透析治疗	达到自付额后, 0% 共同保险
糖尿病器材、用品与教育	达到自付额后, 0% 共同保险
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	达到自付额后, 0% 共同保险
生育计划服务	全额承保
耐用医疗设备	达到自付额后, 0% 共同保险
助听器	达到自付额后, 0% 共同保险
儿科牙科保险福利	共付额/限额
紧急牙科护理	达到自付额后, 0% 共同保险
预防性牙齿保健(牙科检查及清洗)	达到自付额后, 0% 共同保险/每 6 个月 1 次
常规牙科护理	达到自付额后, 0% 共同保险
主要牙科护理	达到自付额后, 0% 共同保险
牙齿矫正	达到自付额后, 0% 共同保险
儿科眼科治疗保险福利	共付额/限额
检查	达到自付额后, 0% 共同保险/每 12 个月 1 次
镜片和镜框	达到自付额后, 0% 共同保险/每 12 个月 1 次
隐形眼镜	达到自付额后, 0% 共同保险/每 12 个月 1 次

安保健康保险合格健保计划由大纽约健康保险 (HIP) 承保。除急症护理外, 只有当由千禧网 (Millennium) 或优选医疗网 (Select Care) (根据您的计划而定) 初级保健医生提供或转诊, 且/或经安保健康保险利用管理方案预先批准时, 才承保上述保险福利及服务。参与的医生和医疗服务提供方与安保健康保险签订了合同, 为我们的会员提供护理; 他们不是安保健康保险的雇员、代理人、服务人员或代表。本摘要仅供参考, 不包含计划的完整详情。计划的完整内容仅可通过合同或保险证明书查阅, 且本摘要也不构成协议。请参阅大纽约健康保险 (HIP) 保单表格 155-23-IONHIXHMO (4/24)、155-23-IOFFHIXCONT (4/24) 等。

* 在线门诊保险福利通过 Teladoc® 在线门诊提供。不适用于所有承保服务范围, 并含有限制条件, 也并非所有服务都每周七天、全天候提供。

** 当根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或纽约州法律的要求, 由美国预防医学工作组 (USPSTF) 提供 A 或 B 级评级时, 全额承保网内预防性医疗服务和儿童健康护理。

某些服务可能需要预授权。

安保健康保险直接支付费率

安佰千禧计划费率

以下是按地区划分的安保健康保险计划每月保费。

费率有效期为 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日。

		安佰白金计划 (Platinum)	安佰黄金计划 (Gold)	安佰白银计划 (Silver)	安佰青铜计划 (Bronze)	安佰健康保险巨灾计划
纽约州南部	个人	\$2,344.44	\$1,936.65	\$1,606.81	\$1,225.28	\$798.43
	个人和配偶	\$4,688.88	\$3,873.30	\$3,213.62	\$2,450.56	\$1,596.86
	父/母和子女	\$3,985.55	\$3,292.31	\$2,731.58	\$2,082.98	\$1,357.33
	家庭	\$6,681.65	\$5,519.45	\$4,579.41	\$3,492.05	\$2,275.53
	仅子女	\$965.91	\$797.90	\$662.01	\$504.82	不适用
长岛 (Long Island)	个人	\$2,533.57	\$2,092.89	\$1,736.44	\$1,324.13	\$862.84
	个人和配偶	\$5,067.14	\$4,185.78	\$3,472.88	\$2,648.26	\$1,725.68
	父/母和子女	\$4,307.07	\$3,557.91	\$2,951.95	\$2,251.02	\$1,466.83
	家庭	\$7,220.67	\$5,964.74	\$4,948.85	\$3,773.77	\$2,459.09
	仅子女	\$1,043.83	\$862.27	\$715.41	\$545.54	不适用

以下是 29 岁附加保险的每月保费, 该附加险将成年子女的承保范围延长至 29 岁 (直至起年满 30 岁生日当天为止)。

		安佰白金计划 (Platinum) 29 岁	安佰黄金计划 (Gold) 29 岁	安佰白银计划 (Silver) 29 岁	安佰青铜计划 (Bronze) 29 岁
纽约州南部	个人	\$2,414.77	\$1,994.75	\$1,655.01	\$1,262.04
	个人和配偶	\$4,829.54	\$3,989.50	\$3,310.02	\$2,524.08
	父/母和子女	\$4,105.11	\$3,391.08	\$2,813.52	\$2,145.47
	家庭	\$6,882.09	\$5,685.04	\$4,716.78	\$3,596.81
长岛 (Long Island)	个人	\$2,609.58	\$2,155.68	\$1,788.53	\$1,363.85
	个人和配偶	\$5,219.16	\$4,311.36	\$3,577.06	\$2,727.70
	父/母和子女	\$4,436.29	\$3,664.66	\$3,040.50	\$2,318.55
	家庭	\$7,437.30	\$6,143.69	\$5,097.31	\$3,886.97

纽约州南部: 布朗克斯 (Bronx)、国王县 (Kings)、纽约 (New York)、皇后区 (Queens)、里士满县 (Richmond)、罗克兰县 (Rockland)、威斯特彻斯特县 (Westchester)

长岛 (Long Island): 纳苏县 (Nassau)、苏福克县 (Suffolk)

优选医疗计划 (Select Care) 费率

以下是按地区划分的安健康保险计划每月保费。

费率有效期为 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日。

		安白金计划 (Platinum)	安黄金计划 (Gold)	安白银计划 (Silver)	安青铜计划 (Bronze)	安健康保险巨灾 计划
奥尔巴尼 (Albany)	个人	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	个人和配偶	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	父/母和子女	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	家庭	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	仅子女	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	不适用
哈德逊中部 (Mid-Hudson)	个人	\$2,894.24	\$2,390.81	\$1,983.62	\$1,512.59	\$985.63
	个人和配偶	\$5,788.48	\$4,781.62	\$3,967.24	\$3,025.18	\$1,971.26
	父/母和子女	\$4,920.21	\$4,064.38	\$3,372.15	\$2,571.40	\$1,675.57
	家庭	\$8,248.58	\$6,813.81	\$5,653.32	\$4,310.88	\$2,809.05
	仅子女	\$1,192.43	\$985.01	\$817.25	\$623.19	不适用
锡拉丘兹 (Syracuse)	个人	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	个人和配偶	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	父/母和子女	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	家庭	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	仅子女	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	不适用
尤蒂卡 (Utica)/ 沃特敦 (Watertown)	个人	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	个人和配偶	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	父/母和子女	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	家庭	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	仅子女	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	不适用

以下是 29 岁附加保险的每月保费, 适用于不满 29 岁 (到满 30 岁生日为止) 的成人子女。

		安白金计划 (Platinum) 29 岁	安黄金计划 (Gold) 29 岁	安白银计划 (Silver) 29 岁	安青铜计划 (Bronze) 29 岁
奥尔巴尼 (Albany)	个人	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26	\$1,557.31
	个人和配偶	\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
	父/母和子女	\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
	家庭	\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33
	哈德逊中部 (Mid-Hudson)	个人	\$2,981.07	\$2,462.53	\$2,043.13
个人和配偶	\$5,962.14	\$4,925.06	\$4,086.26	\$3,115.94	
父/母和子女	\$5,067.82	\$4,186.30	\$3,473.32	\$2,648.55	
家庭	\$8,496.05	\$7,018.21	\$5,822.92	\$4,440.21	
锡拉丘兹 (Syracuse)	个人	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26	\$1,557.31
	个人和配偶	\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
	父/母和子女	\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
	家庭	\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33
	尤蒂卡 (Utica)/ 沃特敦 (Watertown)	个人	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26
个人和配偶		\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
父/母和子女		\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
家庭		\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33

奥尔巴尼 (Albany): 奥尔巴尼 (Albany)、哥伦比亚县 (Columbia)、富尔顿 (Fulton)、格林县 (Greene)、蒙哥马利县 (Montgomery)、伦斯勒县 (Rensselaer)、萨拉托加县 (Saratoga)、斯科哈里县 (Schoharie)、斯克内塔迪县 (Schenectady)、沃伦县 (Warren)、华盛顿 (Washington)

哈德逊县中部 (Mid-Hudson): 特拉华县 (Delaware)、沙利文县 (Sullivan)、阿尔斯特县 (Ulster)、达奇斯县 (Dutchess)、奥兰治县 (Orange)、帕特南县 (Putnam)

锡拉丘兹县 (Syracuse): 布鲁姆县 (Broome)

尤蒂卡 (Utica)/沃特敦 (Watertown): 奥齐戈县 (Otsego)



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **877-411-3625** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **877-411-3625** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **877-411-3625** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **877-411-3625** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan **877-411-3625** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **877-411-3625** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **877-411-3625** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס פֿאַר פּראָוויידינג אינפֿאַרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **877-411-3625** (TTY: **711**) אָדער רעדן מיט דיין טרעגער.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC, and Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **877-411-3625** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **877-411-3625** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **877-411-3625** (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **877-411-3625** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (711) **877-411-3625** پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librong serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **877-411-3625** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **877-411-3625** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **877-411-3625** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

EmblemHealth complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes.

EmblemHealth does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Customer Service at **877-411-3625** (TTY: **711**).

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to the EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2844, New York, NY 10116-2844; faxing them at **212-510-5320**; or calling Customer Service at **877-411-3625**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available on EmblemHealth's website at emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.



如需更多信息, 请访问
emblemhealth.com/individualsandfamilies,
或拨打电话 800-833-7523 (TTY: 711)。