

2026 年保险福利一览表

安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)

2026 年 1 月 1 日 – 2026 年 12 月 31 日

谁可以加入？

要加入**安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)**，您必须满足以下条件：有资格享受联邦医疗保险 A 部分，已投保联邦医疗保险 B 部分，且住在我们的服务区域内。

我们的服务区域包括以下各县：奥尔巴尼县 (Albany)、布鲁姆县 (Broome)、哥伦比亚县 (Columbia)、特拉华县 (Delaware)、达奇斯县 (Dutchess)、格林县 (Greene)、奥兰治县 (Orange)、伦斯勒县 (Rensselaer)、萨拉托加县 (Saratoga)、斯克内塔迪县 (Schenectady)、沃伦县 (Warren) 和华盛顿县 (Washington)。

本计划无需转诊。

我可以使用哪些医生、医院和药房的服务？

安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS) 拥有一个由医生、医院、药房和其他医疗服务提供方组成的网络。通常，如果您使用的医疗服务提供方或服务不在我们网络之内，除非是紧急情况、紧急护理或区域外透析，否则本计划不承担相关费用。

当您加入**安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)** 时，您必须在尊享健选网络 (VIP Bold) 中选择一位初级保健医生 (PCP)。如果您没有选择初级保健医生 (PCP)，我们将为您选择一位。您可以随时在网络中选择另一位初级保健医生 (PCP)。该网络还包括其他医疗服务提供方，如专科医生、化验室和医院。

无论您选择网络内还是网络外牙科服务，本计划均承保预防性和综合牙科保险福利。但选择网络外牙医提供服务时，可能需要支付更高的费用。

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给予的一些药物。您可以在 emblemhealth.com/medicare 上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。

在大多数情况下，您必须通过网络内的药房获取所承保的 D 部分处方药。我们的部分邮购配药服务提供首选分摊费用方案。如果您选择在这些药房购药，可能会支付更少的费用。

您可以在 emblemhealth.com/medicare 上查看我们计划的医疗服务提供方和药房名录。或者致电我们，我们会为您寄上一份副本。

如何联系我们

如需了解有关**安保健康保险计划和投保的更多信息**，请拨打 888-447-7860 (TTY: 711)。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，您可以每周 7 天从 8 a.m. 至 8 p.m. 致电我们；从 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以周一至周五从 8 a.m. 至 8 p.m. 致电我们，或访问 emblemhealth.com/medicare 联系我们。

要获得我们承保的完整服务列表，请致电我们并索要《承保证明》(EOC)。您还可以到 emblemhealth.com/medicare 上查看 EOC。如果您想进一步了解原始联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 的福利、服务和费用，请查看您当前的《联邦医疗保险 (即红蓝卡) 与您》(Medicare & You) 手册。前往 medicare.gov 网站查看，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本，该热线每周 7 天、每天 24 小时为您服务。如果您使用文本电话 (TTY)，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，您可以访问 emblemhealth.com/medicare。

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)
每月保费 (您每月为保险支付的金额。)	您需支付 \$0 您必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。
免赔额 (在计划开始为您承担费用前 您需要自行支付的金额。)	对于所承保的医疗服务，本计划没有免赔额。
自付费用上限 (在一个计划年度内，您必须为承保服务范围支付的最高金额。当您付了您的费用份额（共付额、共同保险）后，您的健保计划将支付所承保保险福利的 100% 费用。这不包括您处方药物费用。)	对于您从网内专业医护人员和医疗机构处获得的联邦医疗保险 A 部分和 B 部分服务，每年 \$7,500。 当您的自付费用达到上限后，在该计划年度剩余时间内，我们将支付所承保的 A 部分和 B 部分服务的全部费用。
住院医院承保 (可能需要批准。)	本计划对住院治疗的天数不设限制。 从第 1 天至第 5 天，您每天需支付 \$450。 超过 5 天后，您每天需支付 \$0。
门诊医院承保 (可能需要批准。) <ul style="list-style-type: none"> • 留院观察： • 门诊医院： • (无需住院的) 门诊手术中心： 	您需支付 \$350 您需支付 \$350 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。 您需支付 \$200 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。
医生门诊 (诊所/线上) <ul style="list-style-type: none"> • 初级保健医生： • 专科医生： 	您需支付 \$0 您需为年度体检支付 \$0。 您需支付 \$35

保险福利	安享尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)
<p>预防性医疗服务 (帮助您保持健康的服务)</p> <p>我们的计划承保多项预防性服务, 包括:</p>	<p>您需支付 \$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 (前列腺特异性抗原); - 疫苗接种, 包括流感预防针、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗和新冠肺炎疫苗; - “欢迎加入联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)” 预防性就诊 (一次性); - 年度 “身心健康” 就诊。 <p>在合同年度内, 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 批准的任何新增预防性服务将纳入本计划承保范围内。</p>
<p>急症护理</p>	<p>您需支付 \$115</p> <p>若您在接受急症护理服务后一天内被收治入院, 则无需支付该次急症护理的个人自付部分费用。</p>
<p>急需的医疗服务</p>	<p>您需支付 \$40</p>
<p>诊断服务/化验室/成像 (如果在医生诊所或独立医疗机构内进行, 可享受更低费用。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>您需支付 \$300</p> <p>您需为诊断性乳房 X 光检查支付 \$0。</p> <p>您需支付 \$0 或 \$15</p> <p>您需支付 \$0 或 \$45</p> <p>您需支付 \$25 或 20% 的费用。</p> <p>您需支付 20% 的费用。</p>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)
<p>听力服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 诊断和治疗听力及平衡问题的检查： • 常规听力检查 (每年一次)： • 助听器安装/评估 (每年一次)： • 助听器 (仅限两只, 双耳合计)： 	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>本计划每三年为助听器支付最高 \$3,000。</p>
<p>牙科服务</p> <p>联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保的牙科服务：</p> <p>预防性牙医服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 洁牙 (每六个月一次)： • 标准牙科 x 光检查 (每六个月一次)： • 氟化物治疗 (每六个月一次)： • 口腔检查 (每六个月一次)： <p>综合牙科服务 (可能需要批准。)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 修复服务： • 牙根管治疗： • 牙周病： • 拔牙： • 假牙修复、其他口腔/上颌面外科手术及其他服务： 	<p>您需支付 \$0</p> <p>网内或网外：</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>\$2,000 年度最大保险福利</p> <p>网内或网外：</p> <p>您需支付 50%</p> <p>您需支付 50%</p> <p>您需支付 50%</p> <p>您需支付 50%</p> <p>您需支付 50%</p> <p>如果您选择网外牙医就诊, 可能需要承担更高费用。</p>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)
<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： • 常规眼科检查（每年一次）： <p>常规眼镜</p> <ul style="list-style-type: none"> • 眼镜（镜框和镜片）或隐形眼镜： <ul style="list-style-type: none"> • 白内障手术后的眼镜（镜框和镜片）或隐形眼镜： 	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>每年最高 \$300 的计划限额。在补贴额度范围内，不限次数。</p> <p>常规眼镜必须由 EyeMed 合作医疗服务提供方验配。如需了解合作医疗服务提供方，请访问 emblemhealth.com/medicare 并点击“查找医生” (Find a Doctor)。或者，请拨打免费电话 844-790-3878 (TTY: 711)。</p> <p>您需支付 \$0</p>
<p>精神健康服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 入院就诊：（可能需要批准。） <ul style="list-style-type: none"> • 门诊团体理疗门诊： • 门诊个人理疗门诊：（诊所/线上）： 	<p>您需为每次住院支付 \$2,080。</p> <p>本计划承保最多 90 天的精神健康住院。</p> <p>只要住院在本计划承保范围内，本计划还承保 60 个终身保留日。</p> <p>本计划为您提供终身高达 190 天精神病院的住院精神健康服务承保。这 190 天限制不适用于全科医院精神科病房内提供的精神健康服务。</p> <p>您需支付 \$40</p> <p>您需支付 \$40</p>
<p>专业护理院 (SNF) (可能需要批准。)</p>	<p>本计划承保最多 100 天的专业护理院住院。</p> <p>在每个保险福利期第 1 天至第 20 天，您需每天支付 \$0。</p> <p>在每个保险福利期第 1 第 21 天至第 100 天，您需每天支付 \$218。</p>
<p>物理和言语治疗</p>	<p>您需支付 \$25</p>

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS)
<p>救护车 (可能需要批准；如果在接受救护车服务后入院治疗，该救护车费用不予免除)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地面： • 空中： 	<p>您需支付 \$270</p> <p>您需支付 20% 的费用。</p>
<p>交通</p>	<p>不承保。</p>

联邦医疗保险 B 部分药物	
<p>化疗药物及其他 B 部分药物： 这些药物可能需要用于阶段式治疗和/或预先批准。</p>	<p>对于居家使用的 B 部分药物，根据 B 部分的可退还调整方案，您需支付 0% 至 10% 的费用。</p> <p>对于在零售药房、提供邮购配药服务的药房、医生办公室和门诊机构分发的 B 部分药物，根据 B 部分的可退还调整方案，您需支付 0% 至 20% 的费用。</p> <p>对于一个月供应量的胰岛素，您需支付 20% 的费用或 \$35（以较低者为准）。</p>

安享尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO-POS) 的处方药物

联邦医疗保险 D 部分药物

本计划将每种药物划分至 6 个等级（级别）中的某一级。您将需要参照药物名册（承保药物列表）来确定药物所属的等级。

您购买处方药所需支付的费用，取决于您的药物属于哪个等级以及您所处的保险福利的哪个阶段。D 部分处方药物承保范围有三个阶段。

药物承保的三个阶段

免赔额

免赔额是您的计划开始为您承担费用前您需要自行支付的金额。此免赔额适用于零售和送货上门。

对于 1 级（首选非品牌药）、2 级（非品牌药）和 6 级（精选护理药物）、胰岛素和大部分疫苗，无免赔额。

对于 3 级（首选品牌药）、4 级（非首选药物）和 5 级（专科药物），有 **\$215** 的免赔额。

初始承保

达到免赔额后，您将进入初始承保阶段。

在此阶段，您和计划将共同承担部分承保药物的费用，直到您当年度累计自付费用达到 **\$2,100**。自付费用包括您在购买承保的 D 部分处方药物时自行支付的费用、家人或朋友为您的药物支付的任何款项，以及由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提供的额外补助、雇主或工会健保计划、印第安人卫生服务部、艾滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州药物援助计划（SPAP）为您的药物支付的款项。

初始承保阶段 — \$0-\$2,100				
等级	免赔额	零售药房	首选邮购服务	
		30 天供应量	30 天供应量	90 天供应量
1 级：首选非品牌药	\$0	\$0	\$0	\$0
2 级：非品牌药	\$0	\$10	\$0	\$0
3 级：首选品牌药	\$215	25%	22%	22%
4 级：非首选药物		28%	25%	25%
5 级：专科药物		29%	29%	无法长期供应
6 级：精选护理药物	\$0	\$0	\$0	\$0

您无需支付免赔额，购买一个月供应量的胰岛素时，您需支付 25% 的费用（如果您使用首选邮购，则支付 22%）或 \$35（以较低者为准）。对于大多数成人 D 部分疫苗（包括带状疱疹疫苗）以及部分旅行疫苗，您需支付 \$0。

如果您住在长期护理院，或使用非首选邮购配药服务，所需支付的费用与在零售药房购药相同。

巨灾承保

在您当年度累计自付费用（包括代表您需支付的特定款项，例如通过额外补助计划支付）达到 **\$2,100** 后，您将无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。

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, 称为低收入补贴 (LIS)。该方案旨在帮助收入较低或经济来源有限的人群支付联邦医疗保险 D 部分药物计划的费用。

额外补助包含哪些福利?

- 为您支付大部分药物费用。其中包括您处方药物的每月保费 (您每月支付的金额)。
- 为您支付年度免赔额 (计划开始为您承担费用前您需要自行支付的金额)。
- 为您支付共同保险费用 (您购买处方药时需按比例支付的金额)。

如果您符合下列条件, 您将自动满足获得额外补助的资格:

- 您享有医疗补助 (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。
- 您领取补充保障收入 (SSI) 福利。

其他许多收入较低或经济来源有限的人群也有资格获得额外补助, 但他们自己并不知晓!

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** (TTY: **800-325-0778**)。您也可以在 ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/ 网站上申请。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药付款计划

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药付款计划是一个支付方案, 适用于您当前的药物承保范围, 它可以帮助您管理您的药物费用, 方法是将它们分散在全年 (1 月至 12 月) 金额各异的每月付款中。此支付方案可以帮助您管理费用, 但它不会为您节省资金或降低药物成本。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 提供的额外补助, 以及您的配药协助方案 (SPAP) 和艾滋病药物援助计划 (ADAP) 为符合资格的人士提供的帮助, 可能比参与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方付款计划更有利。无论收入水平如何, 所有会员都有资格参加此支付方案, 所有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 药物计划和具有药物承保范围的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划都必须提供此支付方案。联系我们或访问 medicare.gov, 了解此支付方案是否适合您。

附加保险福利

保险福利	安享尊享联邦医疗保险增值计划(VIP Value) (HMO-POS)
针灸 (可能需要批准。)	对于慢性腰痛，您每年最多可就诊 20 次（90 天内最多就诊 12 次），您需支付 \$35。
脊椎治疗 脊柱手法治疗（用于矫正不全脱位，即脊柱的一节或多节骨头发生位移）：	您需支付 \$15
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/或符合某些条件，请进行足部检查和治疗： 	您需支付 \$25
家健护理 (可能需要批准。)	您需支付 \$0
临终关怀	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终关怀医院提供的临终病室护理，您需支付 \$0。您可能需要支付部分的药物和临时护理费用。临终关怀不在我们计划的承保范围内。请联系我们了解更多详情。
医疗设备/用品 耐用医疗设备（轮椅、氧气等） (可能需要批准。)：	您需支付 20% 的费用。 您需为连续血糖监测仪支付 \$0。
义肢装置（支承器具、假肢等） (可能需要批准。)	您需支付 20% 的费用。 您需支付 20% 的费用。
糖尿病用品和服务 <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： 	您需支付 \$0。我们的计划仅承保 FreeStyle®、Precision® 和 Contour® 品牌的血糖仪和测试条。 您需支付 \$0 您需支付 \$0
肾透析	您需支付 20% 的费用。

附加保险福利 (续)

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划(VIP Value) (HMO-POS)
<p>身心健康方案</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健身： • 护理热线： • Teladoc® 在线门诊： 	<p>SilverSneakers® — 您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>包括护理热线，每周 7 天、每天 24 小时为您服务。会员可以随时与注册护士进行一对一的私密谈话，护士接受电话分类培训，并将为日常健康问题和疑问提供临床支持。非紧急健康和医疗问题请致电 877-444-7988 (TTY: 711)。</p> <p>您需支付 \$0</p>
<p>药物滥用门诊服务</p> <ul style="list-style-type: none"> • 团体理疗门诊： • 个人理疗门诊 (诊所/线上)： 	<p>您需支付 \$40</p> <p>您需支付 \$40</p>
<p>非处方物品 (该金额不会从一个日历季度结转至下一个日历季度。)</p>	<p>每季度 \$80。</p>
<p>全球急症和紧急护理承保</p> <p>对于在美国境外发生的急诊护理、紧急护理及地面急救救护车服务，年度合并限额为 \$50,000。不为您承保美国境外的空中救护车服务。</p> <p>有关救护车服务的其他分摊费用的信息，请参见第 II - 6 页。</p>	<p>您需支付 \$0</p>

大纽约健康保险 (HIP) 是一个与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 签约的 HMO/HMO-POS 计划。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。除紧急情况外，网外/非签约医疗服务提供方没有义务为计划会员提供治疗。请拨打我们的客户服务部电话或查看您的《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。©2025 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。Teladoc 及相关标记是 Teladoc Health, Inc. 的商标，并许可安保健康保险使用。

2026 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 **888-447-7860** (TTY:711) 联系客户服务部代表,服务时间为:从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日,每周七天,每天 8 a.m. 至 8 p.m.;从 4 月 1 日至 9 月 30 日,周一至周六,8 a.m. 至 8 p.m.

了解保险福利

- 《承保证明》(EOC) 全面详尽地列出了所有承保范围和服务。在您投保之前,请务必查看计划承保范围、费用和保险福利。访问 emblemhealth.com/medicare 或致电 **877-344-7364** (TTY:711) 查看 EOC 副本。
- 查看《医疗服务提供方名录》(或询问您的医生),确保您现在就诊的医生在网络内。如果该医生不在网络中,则表示您可能需要选择新的医生。
- 查看《药房名录》以确保您购买任何处方药的药房在网络内。如果药房不在《药房名录》上,您可能需要为获取您的处方药选择一家新的药房。
- 查看《药物名册》,确保您的药物得到承保。

了解重要规则

- 对当前承保范围的影响。**如果您目前已投保联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡),则您当前计划的医疗承保将在您的新联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 生效后终止。如果您参加了美军卫生保健计划,则您的新联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 生效后,您的美军卫生保健计划承保范围可能会受到影响。
请联系美军卫生保健计划,了解更多信息。如果您参加了联邦医疗保险补充保险计划,您的联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 保险生效后,您可能想要放弃您的联邦医疗保险补充保险保单,因为您还需要为您无法享受的承保服务付费。
- 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保障局出具支票中扣除。
- 自 2027 年 1 月 1 日起,保险福利、保费和/或共付额/共同保险可能会发生变化。
- 我们的计划允许您选择我们网络外的医疗服务提供方(非签约医疗服务提供方)就诊。但是,尽管我们会为某些承保服务支付费用,但前提是该网外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为您提供医疗服务。此外,若您接受非签约医疗服务提供方提供的服务,您需要支付更高的共付额。