EmblemHealth
安保健康保险

安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 由大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险提供

2024 年年度变更通知

您目前已投保成为安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 的会员。此计划的费用和保险福利明年将会变更。*有关包括保费在内的重要费用的摘要，请参见第 4 页。*

本文件介绍了您的计划的变更。要了解关于费用、保险福利或规则的更多信息，请查看*承保证明，*该证明位于我们的网站 **emblemhealth.com/medicare** 上。您也可以致电客户服务部，要求我们向您邮寄*承保证明。*

- **您可于 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改明年的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围。**

现在要做什么

1. 问：您的承保会有哪些变更

☐ 查看我们保险福利和费用的变更内容，了解这些变更是否会对您产生影响。
- 审查医疗护理费用的变更（医生、医院）。
- 审查我们药物承保范围的变化，包括授权要求和费用。
- 考虑您在保费、自付额和分摊费用方面的花费。

☐ 查看 2024 年“药物清单”中的变更，以确保您当前服用的药物仍然在承保范围内。

☐ 查看您的初级保健医生、专科医生、医院和其他医疗服务提供方（包括药房）明年是否会在我们的网络中。

☐ 请思考您对我们的计划是否感到满意。

2. 比较：了解其他计划选择

☐ 查看您所在地区的计划承保范围和费用。
使用 www.medicare.gov/plan-compare 网站上的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划查找工具，或查看 *2024 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)* 手册背面的列表。

☐ 您选定一项偏好的计划后，请于该计划网站上确认您的费用及承保范围。

3. 选择：决定您是否要更换计划

- 如果您未在 2023 年 12 月 7 日前加入其他计划，您将继续投保安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)。
- 若要更换为**其他计划**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更换计划。您的新保险将于 **2024 年 1 月 1 日**开始。这将结束您在安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 的投保。
- 如果您最近搬入、目前居住在或刚离开一个机构（如专业护理院或长期护理医院），您可以随时更换计划或更换为原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（无论是否有单独的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划）。

其他资源

- 本文内容亦免费提供西班牙文版本。
- 如需其他信息，请致电 **1-877-344-7364** 联系我们的客户服务部。（听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 **711**）。服务时间为每周 7 天，8 a.m. 至 8 p.m.。此通话是免费的。
- 我们还可以以适合您的方式提供信息（即替代格式的信息）。如果您需要其他格式或语言的计划信息，请拨打上述电话联系客户服务部。
- **此计划下的承保符合“符合资格医疗保险承保”(QHC)** 之资格，而且也满足《患者保护与平价医疗法案》(ACA) 个人分担责任的条件。如需更多信息，请访问美国国税局 (IRS) 网站 (www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

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

- 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 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。
- 本手册中所称之“我们”或“我们的”意指大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险。本文中所称之“计划”或“我们的计划”意指安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)。

H3330_202472CY24_M

2024 *年年度变更通知*
目录

2024 年重要费用一览表 4

第 1 节 明年保险福利和费用变更 6

第 1.1 节 – 每月保费变更 6

第 1.2 节 – 自付费用最高限额变更 7

第 1.3 节 – 医疗服务提供方和药房网络的变更 7

第 1.4 节 – 医疗服务的保险福利和费用变更 7

第 1.5 节 – D 部分处方药物承保变更 11

第 2 节 行政管理变更 15

第 3 节 决定要选择哪项计划 15

第 3.1 节 – 如果您要继续投保安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 15

第 3.2 节 – 如果您要更换计划 16

第 4 节 更换计划的期限 16

第 5 节 提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）免费咨询服务的方案 17

第 6 节 可帮助支付处方药物费用的方案 17

第 7 节 有疑问？ 18

第 7.1 节 – 从安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver)(HMO) 获得帮助 ... 18

第 7.2 节 – 从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）获得帮助 18

2024 年重要费用一览表

下表在几个重要方面比较了安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 的 2023 年费用和 2024 年费用。**请注意，这只是费用摘要。**

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
每月保费* * 您的保费可能高于这个金额。 （详见第 1.1 节。）	**$0.00**	**$0.00**
自付费用最高限额 这是您将为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的自付费用最高金额。（详见第 1.2 节。）	**$7,550**	**$7,550**
医生诊所就诊	初级保健就诊： 每次就诊 **$5** 共付额 专科医生就诊： 每次就诊 **$40** 共付额	初级保健就诊： 每次就诊 **$0** 共付额 专科医生就诊： 每次就诊 **$25** 共付额
住院期	1-5 天：每天 **$350** 共付额。超过该期限每增加一天，每天支付 **$0** 共付额；适用于每次住院。 不限天数。 需事先授权。	1-5 天：每天 **$325** 共付额。超过该期限每增加一天，每天支付 **$0** 共付额；适用于每次住院。 不限天数。 需事先授权。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
D 部分处方药物承保 （详见第 1.5 节。）	自付额：**$395**，承保的胰岛素产品和大多数成人用 D 部分疫苗除外。 初始承保阶段的共付额/共同保险： 药物 1 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$7**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$2**。 药物 2 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$20**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$15**。 药物 3 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$47**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$42**。 您为此层级的每种承保的胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。 药物 4 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$100**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$95**。 药物 5 级： *标准分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。 *首选分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。	自付额：**$395**，承保的胰岛素产品和大多数成人用 D 部分疫苗除外。 初始承保阶段的共付额/共同保险： 药物 1 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$7**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$2**。 药物 2 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$20**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$15**。 药物 3 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$47**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$42**。 您为此层级的每种承保的胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。 药物 4 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$100**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$95**。 药物 5 级： *标准分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。 *首选分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。

（下一页继续）

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
D 部分处方药物承保（续）	药物 6 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 巨灾承保： • 在此付款阶段，计划会承担您的大部分承保药物费用。 • 对于每种处方药，您支付以下两者中较大的金额：药物费用的 5%（这被称为**共同保险**），或共付额（非品牌药物或被视为非品牌药物的药物为 $4.15，所有其他药物为 $10.35）。	药物 6 级： *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 巨灾承保： • 在此付款阶段，计划会承担您的承保范围内 D 部分药物的全部费用。您无需支付任何费用。

第 1 节 明年保险福利和费用变更

第 1.1 节 – 每月保费变更

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
每月保费 （您还必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。）	**$0.00**	**$0.00**

- 如果您因为长达 63 天或以上未购买至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）同等的其他药物承保（亦称为可计入承保），而须支付终身 D 部分的延迟投保罚款，您的每月保费会*较高*。
- 如果您的收入较高，则对于您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保部分，您每个月可能需要直接向政府支付一笔额外费用。

第 1.2 节 – 自付费用最高限额变更

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）要求所有的健保计划限制您在相关年度支付的“自付费用”金额，此限制称为“自付费用最高限额”。一旦达到此金额，则在该年度的剩余期间，您通常就不需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
自付费用最高限额 您为承保的医疗服务支付的费用（如共付额）将计入您的自付费用最高限额。（您的计划保费和处方药物费用不会计入您的自付费用最高限额。）	**$7,550**	**$7,550** 一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付了 **$7,550** 的自付费用，则在该年度的剩余时间内，您将无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

第 1.3 节 – 医疗服务提供方和药房网络的变更

更新版目录请见我们的网站：**emblemhealth.com/medicare**。您也可以致电客户服务部洽询更新版医疗服务提供方和/或药房信息，或请我们寄送一份目录给您，我们将在三个工作日内将目录邮寄给您。

我们明年的医疗服务提供方网络会有所变更。**请参阅 2024 年*医疗服务提供方目录*，了解您的医疗服务提供方（初级保健医护人员、专科医生、医院等）是否在我们的网络范围内。**

我们明年的药房网络会有所变更。**请参阅 2024 年*药房目录*，了解哪些药房在我们的网络范围内**。

请特别注意，在投保年度期间，我们可能会变更您计划中的医院、医生和专科医生（医疗服务提供方）以及药房。如果我们的医疗服务提供方的年中变化影响到您，请联系客户服务部，以便我们提供帮助。

第 1.4 节 – 医疗服务的保险福利和费用变更

明年，我们将改变某些医疗服务的费用和保险福利。以下信息描述了这些变化。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
救护车服务	您为单程地面救护车接送支付 **$340** 共付额。 在非紧急情况下，需要事先授权。	您为单程地面救护车接送支付 **$250** 共付额。 在非紧急情况下，需要事先授权。
（无需住院的）门诊手术中心	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的一次（无需住院的）门诊手术中心就诊，您支付 **$225** 共付额。 需事先授权。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的一次（无需住院的）门诊手术中心就诊，您支付 **$150** 共付额。 需事先授权。
心脏康复服务	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化心脏康复服务支付 **$30** 共付额。	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化心脏康复服务支付 **$30** 共付额。 **您可以选择通过面对面就诊或通过提供远程医疗服务的网络医疗服务提供方的远程医疗获得这些服务。**
急症护理/稳定后服务	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的急症护理/稳定后服务支付 **$95** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的急症护理/稳定后服务支付 **$100** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。
听力服务	您为每年承保一次的常规听力检查支付 **$10** 共付额。 您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的诊断性听力检查支付 **$40** 共付额。 您为每年承保一次的助听器验配和评估支付 **$10** 共付额。 我们的计划每 3 年为助听器**承保最高 $600**。 每 3 年限两个装置（每个装置供两只耳朵使用）。	您为每年承保一次的常规听力检查支付 **$0** 共付额。 您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的诊断性听力检查支付 **$0** 共付额。 您为每年承保一次的助听器验配和评估支付 **$0** 共付额。 我们的计划每 3 年为助听器**承保最高 $1,500**。 每 3 年限两个装置（每个装置供两只耳朵使用）。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
住院期	1-5 天：每天 **$350** 共付额。超过该期限每增加一天，每天支付 **$0** 共付额；适用于每次住院。 不限天数。 需事先授权。	1-5 天：每天 **$325** 共付额。超过该期限每增加一天，每天支付 **$0** 共付额；适用于每次住院。 不限天数。 需事先授权
精神病院住院	您为精神病院住院支付 **$1,871** 共付额。 需事先授权。	您为精神病院住院支付 **$1,937** 共付额。 需事先授权。
强化心脏康复服务	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化心脏康复服务支付 **$60** 共付额。	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化心脏康复服务支付 **$55** 共付额。
联邦医疗保险 B 部分药物	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的居家使用的 B 部分药物，您支付总费用的 **10%**。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的在零售药房、邮购配药服务、在医生诊所和门诊机构分发的 B 部分药物，您支付总费用的 **20%**。 对于 B 部分承保胰岛素的一个月供应量，您支付最多 **$35**。 需事先授权。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的居家使用的 B 部分药物，您支付总费用的 **0% 到 10%**。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的在零售药房、邮购配药服务、在医生诊所和门诊机构分发的 B 部分药物，您支付总费用的 **0% 到 20%**。 如果您的药物在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心 B 部分药物返利列表中，则您需支付的费用较少。该列表每季度变更一次。 对于 B 部分承保胰岛素的一个月供应量，您支付最多 **$35**。 需事先授权。
职业治疗	您为职业治疗支付 **$40** 共付额。	您为职业治疗支付 **$25** 共付额。
门诊医院服务	您为门诊医院服务支付 **$350** 共付额。 需事先授权。	您为门诊医院服务支付 **$150** 共付额。 需事先授权。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
门诊观察服务	您为门诊观察服务支付 **$275** 共付额。	您为门诊观察服务支付 **$150** 共付额。
非处方 (OTC) 物品	我们的计划将承保 **每月 $25**，用于以邮购方式购买联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的 OTC 物品。 这个金额不会结转，并且将在每个月最后一天到期。	我们的计划将承保 **每月 $125**，用于以邮购方式购买联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的 OTC 物品。 这个金额不会结转，并且将在每个月最后一天到期。
物理和言语治疗	您为物理和言语治疗支付 **$40** 共付额。	您为物理和言语治疗支付 **$25** 共付额。
医生/执业医生服务，包括医生诊所就诊	您为每次初级保健诊所或远程医疗就诊支付 **$5** 共付额。 您为每次专科诊所或远程医疗就诊支付 **$40** 共付额。	您为每次初级保健诊所或远程医疗就诊支付 **$0** 共付额。 您为每次专科诊所或远程医疗就诊支付 **$25** 共付额。
足科服务	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的足科服务支付 **$40** 共付额。 每年 4 次常规就诊，您每次支付 **$40** 共付额。	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的足科服务支付 **$25** 共付额。 每年 4 次常规就诊，您每次支付 **$25** 共付额。
肺部康复服务	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的肺康复服务支付 **$20** 共付额。 需事先授权。	您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的肺康复服务支付 **$15** 共付额。 需事先授权。
远程访问技术/Teladoc 在线门诊®	您为每项承保的 Teladoc 在线门诊® 服务支付 **$45** 共付额。	您为每项承保的 Teladoc 在线门诊® 服务支付 **$0** 共付额。
专业护理院 (SNF) 护理	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的第 1-20 天，您每天支付 **$0** 共付额；对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的第 21-100 天，您每天支付 **$196** 共付额；适用于每个保险福利期。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的第 1-20 天，您每天支付 **$0** 共付额；对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的第 21-100 天，您每天支付 **$203** 共付额；适用于每个保险福利期。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
	需事先授权。	需事先授权。
眼科治疗	您为年度常规眼科检查支付 **$10** 共付额。 您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的眼科检查支付 **$40** 共付额。 我们的计划每年为一副常规眼镜或隐形眼镜承保最多 **$400**。	您为年度常规眼科检查支付 **$0** 共付额。 您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的眼科检查支付 **$0** 共付额。 我们的计划每年为一副常规眼镜或隐形眼镜承保最多 **$600**。
全球紧急服务	您为一次单程全球紧急服务支付 **$95** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。	您为一次单程全球紧急服务支付 **$100** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。
全球地面救护车	您为每次全球地面救护车接送支付 **$95** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。	您为每次全球地面救护车接送支付 **$100** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。
全球紧急护理	您为全球紧急护理支付 **$95** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。	您为全球紧急护理支付 **$100** 共付额。 如果在 1 天内入院，则免除共付额。

第 1.5 节 – D 部分处方药物承保变更

我们的“药物清单”变更

我们的承保药物清单称为药物名册或“药物清单”。“药物清单”副本将以电子格式提供。

我们更改了“药物清单”，其中可能包括移除或添加药物，更改适用于我们某些药物承保范围的限制，或将其转移到不同的分摊费用层级。**请参阅“药物清单”，确定您的药物明年是否在承保范围内，并了解是否有任何限制，或者您的药物是否已转移到不同的分摊费用层级。**

大多数“药物清单”变更都是从每年年初开始的新变化。然而，在一年间，我们也可能会进行联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）规则允许的其他变更。例如，我们可能会立即移除美国食品和药物管理局 (FDA) 认为不安全或产品制造商退出市场的药物。我们更新在线“药物

清单”，以提供最新的药物列表。

如果您在年初或一年中受到药物承保范围变化的影响，请查看您的承保证明的第 9 章，并与您的医生讨论您的选项，例如要求临时供应、申请例外和/或努力寻找新药。您也可以联系客户服务部了解更多信息。

处方药物费用变更

注意：如果您参加的方案帮您支付您的药物（“额外补助”），**有关 D 部分处方药物费用的信息就可能不适用于您**。我们已寄出单独的插页给您，名称是“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（亦称为低收入补贴附加保险计划或 LIS 附加保险计划），为您说明您的药物费用。如果您获得“额外补助”，但是您在 2023 年 9 月 30 日以前未收到此插页，请致电客户服务部索要 LIS 附加保险计划。

共有四个**药物付款阶段**。以下信息说明前两个阶段所作的变更：年度自付额阶段和初始承保阶段。（大多数的会员不会达到其他 2 个阶段：非承保阶段或巨灾承保阶段。）

自付额阶段的变更

阶段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 1 阶段：年度自付额阶段 在这个阶段，在达到年度自付额前，**您要全额支付**您的 4 级药物（非首选药物）和 5 级药物（特殊药物）的费用。自付额不适用于承保的胰岛素产品和大多数成人用 D 部分疫苗，包括带状疱疹、破伤风和旅行疫苗。	自付额是 **$395**。 在此阶段，您为 1 级药物（首选非品牌药）支付 **$7** 的标准分摊费用和 **$2** 的首选分摊费用； 为第 2 级药物（非品牌药）支付 **$20** 的标准分摊费用和 **$15** 的首选分摊费用； 为第 3 级药物（非品牌药）支付 **$47** 的标准分摊费用和 **$42** 的首选分摊费用； 为 6 级药物（选定护理药物）支付 **$0** 的标准分摊费用和 **$0** 的首选分摊费用； 并且在达到年度自付额前，支付 4 级药物（非首选药物）和 5 级药物（特殊药物）的全部费用。	自付额是 **$395**。 在此阶段，您为 1 级药物（首选非品牌药）支付 **$7** 的标准分摊费用和 **$2** 的首选分摊费用； 为第 2 级药物（非品牌药）支付 **$20** 的标准分摊费用和 **$15** 的首选分摊费用； 为第 3 级药物（非品牌药）支付 **$47** 的标准分摊费用和 **$42** 的首选分摊费用； 为 6 级药物（选定护理药物）支付 **$0** 的标准分摊费用和 **$0** 的首选分摊费用； 并且在达到年度自付额前，支付 4 级药物（非首选药物）和 5 级药物（特殊药物）的全部费用。

初始承保阶段的分摊费用变更

阶段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 2 阶段：初始承保阶段 一旦您支付了年度自付额，您将进入初始承保阶段。在此阶段期间，计划为您的药物支付其分摊费用，**您则支付您的分摊费用。** 这一行中的费用是您在网络药房配药时一个月（30 天）的供应量的费用。有关长期供应或邮购处方药物费用的信息，请参阅您的*承保证明*第 6 章第 5 节。	您在网络药房的一个月供应量费用： **1 级（首选非品牌药）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$7**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$2**。 **2 级（非品牌药）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$20**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$15**。 **3 级（首选品牌药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$47**。 您为承保的此层级每种胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。	您在网络药房的一个月供应量费用： **1 级（首选非品牌药）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$7**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$2**。 **2 级（非品牌药）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$20**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$15**。 **3 级（首选品牌药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$47**。 您为承保的此层级每种胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。
我们更改了“药物清单”中某些药物的层级。要了解您的药物是否处于不同层级，请在“药物清单”中查找。	*首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$42**。 您为承保的此层级每种胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。	*首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$42**。 您为承保的此层级每种胰岛素产品的每月供应量支付 **$35**。
大多数成人用 D 部分疫苗均免费承保。 （下一页继续）	**4 级（非首选药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$100**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$95**。 **5 级（特殊药物）：** *标准分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。 *首选分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。	**4 级（非首选药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$100**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$95**。 **5 级（特殊药物）：** *标准分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。 *首选分摊费用：* 您支付 **25%** 的总费用。

阶段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 2 阶段：初始承保阶段（续）	**6 级（选定护理药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 一旦您的总药物费用达到 **$4,660**，您将进入下一阶段（非承保阶段）。	**6 级（选定护理药物）：** *标准分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 *首选分摊费用：* 您为每份处方药支付 **$0**。 一旦您的总药物费用达到 **$5,030**，您将进入下一阶段（非承保阶段）。

非承保阶段与巨灾承保阶段变更

另外两个药物承保阶段（非承保阶段与巨灾承保阶段）适用于需承担高昂药物费用者。**大多数会员不会达到非承保阶段或巨灾承保阶段**

从 2024 年开始，如果您进入巨灾承保阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。

有关您在这些阶段的具体费用信息，请参阅您的*承保证明*第 6 章第 6 节及第 7 节。

第 2 节 行政管理变更

描述	2023 年（今年）	2024 年（明年）
脊椎按摩、物理和职业治疗服务	安保健康保险已与 Palladian 签订合同，提供这些服务和事先授权。	安保健康保险提供这些服务和事先授权。

第 3 节 决定要选择哪项计划

第 3.1 节 – 如果您要继续投保安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)

若要继续投保我们的计划，您不需要采取任何行动。如果您在 12 月 7 日之前没有投保其他计划或转为投保原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡），您将会自动投保安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)。

第 3.2 节 – 如果您要更换计划

我们希望您明年继续投保成为我们的会员，但是如果您在 2024 年想要更换计划，请依照以下步骤进行：

第 1 步：了解并比较您的选择

- 您可以加入不同的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划，
- *或者*，也可以转为投保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。如果您转为投保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您就必须决定是否要加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划。如果您未投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划，请参阅第 1.1 节，了解潜在的 D 部分延迟投保罚款。

若要深入了解原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）以及不同类型的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划，请使用联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划查找工具 (www.medicare.gov/plan-compare)、参阅 *2024 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)*、致电您的州医保协助计划（请见第 5 节）或致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（请见第 7.2 节）。提醒您，大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险提供其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。此类其他计划在承保范围、每月保费及分摊费用金额方面也许会有所不同。

第 2 步：更改您的承保

- 若要转为投保**不同的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划**，请登记加入新的计划。您将自动从安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 退保。
- 若**要转为投保包含处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**，请登记加入新的药物计划。您将自动从安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO) 退保。
- 若**要转为投保不含处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**，您必须采取以下其中一项行动：
    - 寄送退保的书面申请给我们。如果您需要更多关于如何这样做的信息，请联系客户服务部。
    - – *或者* – 致电 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 联系**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**申请退保。服务时间为一周 7 天，每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 **1-877-486-2048**。

第 4 节 更换计划的期限

如果您明年想要转为投保不同的计划或原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期间转投。此类变更将于 2024 年 1 月 1 日生效。

今年还有其他时间可以进行更改吗？

在某些情况下，可以在年度内的其他时间进行更改。举例来说，拥有医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的人士、获得“额外补助”支付其药物的人士、拥有或退出雇主承保的人士，以及搬离服务区的人士。

如果您在 2024 年 1 月 1 日投保联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡），但是不满意您的计划，就可以在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间更换为另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划（无论是否含联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保）或更换为原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（无论是否含联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药承保）。

如果您最近搬入、目前居住或刚搬出一个机构（如专业护理院或长期护理医院），您可以**随时**更改您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围。您可以随时更改为任何其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划（无论是否有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保范围），或更换为原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（无论是否有单独的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划）。

第 5 节 提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）免费咨询服务的方案

州医保协助计划 (SHIP) 是一个独立的政府方案，在各州均有训练有素的顾问。在纽约 (New York) 州，SHIP 称为健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP)。

这是一项由联邦政府提供资金的州方案，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员提供**免费**地方健保顾问。健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 顾问可帮助您解决联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）疑问或问题。他们可帮助您了解您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划选择，并回答有关更换计划的问题。您可以致电 **1-800-701-0501** 联系健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP)。您可以访问健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP)的网站 **www.aging.ny.gov**，了解更多相关信息。

第 6 节 可帮助支付处方药物费用的方案

您可能有资格获得帮助来支付处方药物费用。以下列出我们不同类别的帮助：

- **联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”。**收入有限的人士有资格就其支付处方药物费用获得“额外补助”。如果符合资格，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）可支付高达 75% 或以上的药物费用，包括处方药物每月保费、年度自付额和共同保险。除此之外，符合资格的人士不会有非承保阶段或延迟投保罚款。若要了解您是否符合资格，可致电：
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时；
    - 社会安全局办公室，电话号码为 1-800-772-1213，服务时间为周一至周五，每天 8 a.m. 至 7 p.m. 致电服务代表。自动消息全天 24 小时可用。听力或语言障

碍人士 TTY 专线用户应致电 1-800-325-0778；或者
- o 您所在州的医疗补助计划 (Medicaid，即白卡）办公室（申请）。

- **您的州药物援助计划提供的帮助。**纽约州有一项方案称为长者配药保险补助计划 (EPIC) 方案，可协助人们根据其财务需求、年龄或病症来支付处方药物费用。要了解有关该计划的更多信息，请咨询您的州医保协助计划。
- **艾滋病毒 (HIV) 携带者/艾滋病患者的处方药分摊费用协助。**艾滋病药物援助计划 (ADAP) 可帮助符合 ADAP 资格的艾滋病毒 (HIV) 携带者/艾滋病患者获得能拯救生命的艾滋病毒药物治疗。个人必须符合一定的标准，包括州居住证明和艾滋病毒 (HIV) 状态、州政府所定义的低收入，以及无保险/不足额保险状态。同时在 ADAP 承保范围内的联邦医疗保险 D 部分处方药物符合资格，可通过纽约州无保险护理计划获得处方药分摊费用协助。有关资格标准、承保药物或如何投保该计划的信息，请致电 **1-800-542-2437**。

第 7 节 有疑问？

第 7.1 节 – 从安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver)(HMO) 获得帮助

您是否还有问题？ 我们乐于提供协助。请致电 **1-877-344-7364** 联系客户服务部。（听力或语言障碍人士 TTY 专线用户，请致电 **711**。） 电话服务时间为每周 7 天，每天 8 a.m. 至 8 p.m.。以上均为免付费电话号码。

请参阅您的 2024 年*承保证明*（上面有明年保险福利和费用的详细信息）

此*年度变更通知*为您提供您 2024 年保险福利及费用的变更一览表。如需详细信息，请参阅安保尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver)(HMO) 的 *2024 年承保证明*。*承保证明*是您计划保险福利的合法、详细说明，说明您在获得承保服务范围及处方药物时享有的权利及需要遵循的规定。*承保证明*的副本载于我们的网站 **emblemhealth.com/medicare** 上。您也可以致电客户服务部，要求我们向您邮寄*承保证明*。

访问我们的网站

您亦可访问我们的网站 **emblemhealth.com/medicare**。提醒您，我们的网站有最新的医疗服务提供方网络（*医疗服务提供方名录*）以及*承保药物清单（药物名册/"药物清单"）*相关信息。

第 7.2 节 – 从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）获得帮助

若要直接从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）取得信息：

请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站

访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov)。网站上有费用、承保范围和质量星级评定等相关信息，有助于您比较您所在地区的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。要查看关于计划的信息，请访问 www.medicare.gov/plan-compare。

阅读 *2024 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)*

阅读 *2024 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)*手册。此文件会在每年秋季邮寄给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员。其中提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保险福利一览表、权利及保障，以及有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的常见问题解答。如果您未收到此文件，可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索要，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。