

2025 年保险福利一览表

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

2025 年 1 月 1 日 – 2025 年 12 月 31 日

谁可以加入？

要加入**安享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。

服务区域包括**纽约州州府地区**内的以下县：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)。

这个计划不需要转诊。

我可以使用哪些医生、医院和药房？

安享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**安享尊享联邦医疗保险处方药优惠计划 (VIP Rx Saver) (HMO)** 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)。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。

在大多数情况下，您必须使用网络内的药房配所承保的 D 部分处方药。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**安享健康保险计划和投保的更多信息**，请致电 888-447-7860 (TTY: 711)。从 10 月 1 日至 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，每周 7 天，每天 24 小时为您服务。如果您使用 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，您可以浏览 emblemhealth.com/medicare。

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>每月保费 (您每月为保险支付的金额。)</p>	<p>您支付 \$0 您必须继续支付您的联邦医疗保险 B 部分保费。</p>
<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（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。)</p>	<p>每年 \$6,000 用于您从网内专业医护人员和设施那里获得的服务。</p> <p>如果您达到自付费用的限额，您会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>我们的计划承保的住院天数无限制。</p> <p>从第 1 天到第 4 天，您每天支付 \$325。</p> <p>您在 5 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"> • 留院观察： • 门诊医院： • (无需住院的) 门诊手术中心： 	<p>您支付 \$150</p> <p>您支付 \$150 您为诊断性结肠镜检查支付 \$0。</p> <p>您支付 \$150 您为诊断性结肠镜检查支付 \$0。</p>
<p>医生门诊 (在诊所/虚拟)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 初级保健医生： • 专科医生： 	<p>您支付 \$0 您为年度体检支付 \$0。</p> <p>您支付 \$25</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 (让您保持健康的服服务)</p> <p>我们的计划承保许多预防性服务，包括：</p>	<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 (前列腺特异性抗原) - 疫苗，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) - 一年一度的“身心健康”就诊 <p>并且，在合同年度内，我们将承保联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 批准的所有其他预防性服务</p>
<p>急症护理</p>	<p>您支付 \$110</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</p>	<p>您支付 \$45</p>
<p>诊断服务/实验室/成像 (在医生诊所或独立设施处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 \$50</p> <p>您为诊断性乳房 x 光检查支付 \$0。</p> <p>您支付 \$0 或 \$15</p> <p>您支付 \$0 或 \$45</p> <p>您支付 \$25 或 20% 的费用。</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（每年一次）： • 助听器安装/评估（每年一次）： • 助听器（仅限两只，两只耳朵合在一起）： 	<p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>我们的计划每三年为助听器支付最高 \$3,000。</p>
<p>牙科服务 没有年度限额。</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>您支付 \$0</p> <p>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： • 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>您支付 \$0</p> <p>您支付 \$0</p> <p>一副眼镜，每年最高 \$750 的计划限额。无限制，最高限额。</p> <p>常规眼镜必须由 EyeMed 参与计划的医疗服务提供方分配。对于参与计划的医疗服务提供方，请访问 emblemhealth.com/medicare 并点击“查找医生”。或者，请拨打免费电话 844-790-3878 (TTY: 711)。</p> <p>您支付 \$0</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： <ul style="list-style-type: none"> • 门诊团体理疗门诊： • 门诊个人理疗门诊： (在诊所/虚拟)： 	<p>您为每次住院支付 \$2,036。</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”，前提是住院属于计划的承保范围。</p> <p>我们的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 \$214。</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)
物理和言语治疗	您支付 \$25
救护车 (可能需要批准。) <ul style="list-style-type: none"> • 地面： • 空中： 	您支付 \$250 您支付 20% 的费用。
交通	不承保

联邦医疗保险 B 部分药物	
化疗药物及其他 B 部分药物： 这些药物可能需要阶段式治疗和/或预先批准。	对于居家使用的 B 部分药物，根据 B 部分的可退还调整，您支付 0% 至 10% 的费用。 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，您支付 0% 至 20% 的费用。 您为一个月的胰岛素供应量支付的费用不超过 \$35。

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

联邦医疗保险 D 部分药物

我们的计划将每种药物分至 6 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。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

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货上门。

对于 1 级（首选非品牌药）和 2 级（非品牌药）、3 级（首选品牌药）和 6 级（精选护理药物）、胰岛素和大部分疫苗，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，您和本计划将分担一些承保药物的费用，直到您年初至今的自付费用达到 **\$2,000**。

自付费用包括您在获得承保的 D 部分处方药物时支付的费用、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、美军卫生保健计划、印第安人卫生服务、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 - \$2,000					
等级	自付额	零售分摊费用		邮购	
		首选药房 30 天供应量	标准药房 30 天供应量	首选 30 天 供应量	首选 90 天 供应量
1 级：首选非品牌药	\$0	\$2	\$7	\$0	\$0
2 级：非品牌药	\$0	\$15	\$20	\$0	\$0
3 级：首选品牌药	\$0	\$42	\$47	\$42	\$126
4 级：非首选药物	\$395	\$95	\$100	\$95	\$285
5 级：专科		25%	25%	25%	无法长期供应
6 级：精选护理药物	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

*对于承保的胰岛素一个月供应量，您无需支付自付额，所需支付费用不超过 \$35；对于大多数成人 D 部分疫苗，包括带状疱疹和一些旅行疫苗，您无需支付自付额，所需支付费用不超过 \$0。

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。

巨灾承保

在您年初至今的自付费用达到 **\$2,000** 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, 被称为低收入补贴 (LIS)。它帮助低收入或收入不足和资源不足的人士支付联邦医疗保险 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**)。
- 为您支付共同保险费用 (**您支付的处方药物的百分比**)。

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。

许多其他低收入或收入不足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** (TTY: **800-325-0778**)。您也可以在线申请 ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/。

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种新的支付选项, 适用于您当前的药物承保范围, 它可以帮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) 各异的每月支付中。此支付选项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与此支付选项, 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选项。联系我们或访问 medicare.gov, 了解此付款选项是否适合您。

附加保险福利

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)
针灸 (可能需要批准。)	慢性腰疼痛每年最多 20 次就诊 (90 天内最多 12 次就诊)，您支付 \$25。
脊椎治疗 操纵脊柱以矫正不全脱位 (当脊柱的一个或多个骨头脱位时)：	您支付 \$10
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/或满足某些条件，请进行足部检查和治疗： • 常规足部护理 (每年最多四次护理)： 	您支付 \$25 您支付 \$25 常规足部护理包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。
家健护理 (可能需要批准。)	您支付 \$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。临终关怀不在我们的计划内承保。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)： 义肢装置 (支承器具、假肢等) (可能需要批准)： <ul style="list-style-type: none"> • 义肢装置： • 相关的医疗用品： 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： 	您支付 20% 的费用。 您为连续血糖监测仪支付 \$0。 您支付 20% 的费用。 您支付 20% 的费用。 您支付 \$0。我们的计划仅承保 FreeStyle®、Precision® 和 LifeScan®/One Touch® 品牌的血糖仪和测试条。 您支付 \$0 您支付 \$0

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： • 护理热线： • Teladoc® 在线门诊： 	SilverSneakers® — 您支付 \$0 您支付 \$0 包括护理热线，每周 7 天、每天 24 小时。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)。
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	每月 \$70。这个金额不会逐月结转。
全球急症和紧急护理承保 美国以外的急症护理、紧急护理和地面紧急救护车服务每年总计有 \$50,000 年度限额。不为您承保美国境外的空中救护车服务。有关救护车服务的其他分摊费用的信息，请参见第 II - 6 页。	您支付 \$0 如果入院一天，您支付 \$0。

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。

SilverSneakers® 是 Tivity Health, Inc. 的注册商标。©2024 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。

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

2025 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,您可以致电并咨询客户服务代表,电话 **877-344-7364** (TTY: **711**), 时间为:10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天每天 8 a.m. 至 8 p.m.;4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期六每天 8 a.m. 至 8 p.m.。

了解保险福利

- 承保证明 (EOC) 提供了一份关于所有承保范围和服务的完整列表。在您投保之前,请务必查看计划承保范围、费用和保险福利。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。
- 查看药物名册,确保您的药物得到承保。

了解

- 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), 则您当前的联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 医疗承保范围将在您的新联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 承保范围开始后终止。如果您有美军卫生保健计划,一旦您的新联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 承保范围开始,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。如果您有联邦医疗保险补充保险计划,一旦您的联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 承保范围开始,您可能想要放弃您的联邦医疗保险补充保险保单,因为您将为您无法使用的承保范围付费。
- 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 2025 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。

