

2027 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)

2027 年 1 月 1 日 — 2027 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)**，您必须有资格获得联邦医疗保险 A 部分、已投保联邦医疗保险 B 部分，并住在我们的服务区域内。

我们的**安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO)** 服务区域包括位于纽约 (New York) 的以下县：布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk) 和威斯特彻斯特县 (Westchester)。

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) 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。如果您使用的医疗服务提供方或服务不在我们尊享健选网络 (VIP Bold) 之内，除非是紧急情况、紧急护理或区域外透析，否则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)** 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)，我们可能会为您选择一位。您可以随时在尊享健选网络 (VIP Bold) 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。

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的更多信息并投保，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) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
每月保费 (您每月为您的保险支付的金额。)	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。	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 (您的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。	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多费用。当您在自付费用份额 (共付额、共同保险) 上的支出达到该金额后, 您的健保计划将支付所承保保险福利的 100% 费用。这不包括您的保费或处方药物费用。)	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 部分承保服务, 每年 \$9,850。 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。	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 部分承保服务, 每年 \$9,850。 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 6 天, 您每天需支付 \$408。 超过 6 天后, 您每天需支付 \$0。	本计划对住院治疗的天数不设限制。 从第 1 天至第 6 天, 您每天需支付 \$408。 超过 6 天后, 您每天需支付 \$0。
门诊医院承保 (可能需要批准。) • 留院观察: • 门诊医院: • (无需住院的) 门诊手术中心:	您需支付 \$450 您需支付 \$450 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。 您支付 \$250 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。	您需支付 \$450 您需支付 \$450 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。 您支付 \$250 您需为诊断性结肠镜检查支付 \$0。

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
医生门诊 (诊所/线上) • 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 \$45	您需支付 \$0 您需为年度体检支付 \$0。 您需支付 \$50
预防性医疗服务 (帮助您保持健康的服务。) • 我们的计划承保多项预防性服务, 包括：	您需支付 \$0 - 年度身心健康就诊。 - 骨量测量； - 乳腺癌筛查(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)； 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。	您需支付 \$0 - 年度身心健康就诊。 - 骨量测量； - 乳腺癌筛查(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)； 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。
急症护理	您需支付 \$115 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。	您需支付 \$115 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。
急需的医疗服务	您需支付 \$40	您需支付 \$40

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
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。) • 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):	您需支付 \$300 您需为诊断性乳房 x 光检查支付 \$0。 您需支付 \$0 或 \$15 您需支付 \$0 或 \$45 您需支付 \$25 或 20% 的费用。 您需支付 20% 的费用。	您需支付 \$300 您需为诊断性乳房 x 光检查支付 \$0。 您需支付 \$0 或 \$15 您需支付 \$0 或 \$45 您需支付 \$25 或 20% 的费用。 您需支付 20% 的费用。
听力服务 • 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):	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 我们的计划每年最多可承保 \$1,000 的助听器费用。	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 我们的计划每年最多可承保 \$1,000 的助听器费用。
牙科服务 无年度限额。 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保的牙科服务: 预防性牙医服务 • 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):	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
牙科服务 (续)		
综合牙科服务 (可能需要批准。)		
修复服务：	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$125。	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$125。
牙根管治疗：	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$20。	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$20。
牙周病：	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$150。	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$150。
拔牙：	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$50。	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$50。
假牙修复、其他口腔/上颌面外科手术及其他服务：	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$150。	根据具体诊疗项目，您需支付 \$0-\$150。
眼科服务		
用于诊断和治疗眼睛疾病和病症的检查：	您需支付 \$0	您需支付 \$0
常规眼科检查 (每年一次)：	您需支付 \$0	您需支付 \$0
常规眼镜		
眼镜 (镜框和镜片) 或隐形眼镜：	每年最高 \$150 的计划限额。在补贴额度范围内，可无限次使用。 常规眼镜必须由 EyeMed 合作医疗服务提供方验配。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)。	每年最高 \$150 的计划限额。在补贴额度范围内，可无限次使用。 常规眼镜必须由 EyeMed 合作医疗服务提供方验配。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)。
白内障手术后的眼镜 (镜框和镜片) 或隐形眼镜：	您需支付 \$0	您需支付 \$0

保险福利	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
精神健康服务 - 入院就诊： (可能需要批准。) - 门诊团体理疗门诊： - 门诊个人理疗门诊 (诊所/线上)：	您需为每次住院支付 \$2,091。 本计划承保最多 90 个精神健康住院日。 只要住院属于本计划的承保范围, 本计划还承保 60 个终身保留日。 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。 您需支付 \$40 您需支付 \$40	您需为每次住院支付 \$2,091。 本计划承保最多 90 个精神健康住院日。 只要住院属于本计划的承保范围, 本计划还承保 60 个终身保留日。 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。 您支付 \$45 您支付 \$45
专业护理院 (SNF) (可能需要批准。)	本计划承保最多 100 天的专业护理院住院。 从第 1 天至第 20 天, 您每天需支付 \$0。 从第 21 天至第 100 天, 您每天需支付 \$221。	本计划承保最多 100 天的专业护理院住院。 从第 1 天至第 20 天, 您每天需支付 \$0。 从第 21 天至第 100 天, 您每天需支付 \$221。
物理和言语治疗	您需支付 \$40	您支付 \$45
救护车 (可能需要批准, 如被接收住院则不可豁免。) - 地面： - 空中：	您需支付 \$265 您需支付 20% 的费用。	您需支付 \$265 您需支付 20% 的费用。
交通	不承保。	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： 这些药物可能需要用于阶段性治疗和/或预先批准。	对于居家使用的 B 部分药物, 根据 B 部分的可退还调整方案, 您需支付 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 部分的可退还调整方案, 您需支付 0% 至 20% 的费用。 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)。

安保尊享联邦医疗保险增值计划(VIP Value) (HMO) 的处方药物

联邦医疗保险 D 部分药物承保

本计划将每种药物划分至 6 个等级 (级别) 中的某一级。您将需要使用药物名册 (承保药物列表) 来查找药物的级别。

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 部分处方药物承保有三个阶段。

药物承保的三个阶段

免赔额

免赔额是您在计划开始支付前您要支付的金额。这笔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, 没有免赔额。

对于 3 级 (首选品牌药)、4 级 (非首选药物) 和 5 级 (专科药物), 有 **\$650** 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 **\$2,400**。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-\$2,400				
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	\$2	\$0	\$0
3 级: 首选品牌药	\$650	20%	18%	18%
4 级: 非首选药物		25%	23%	23%
5 级: 专科药物		25%	25%	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 \$35 或 20% (3 级) 或 25% (4 级) 的胰岛素费用 (以较低者为准)。如果您使用首选邮购配药, 您可能会支付更少费用。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 **\$2,400** 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。

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**)。您也可以在线申请, 网址是 ssa.gov/medicare/part-d-extra-help。

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	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
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 \$40。对于非慢性腰痛病症, 最多就诊 12 次, 您需支付 \$0。	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 \$45。对于非慢性腰痛病症, 最多就诊 12 次, 您需支付 \$0。
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	您需支付 \$15
足部护理 • 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: 常规足部护理包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。	您需支付 \$40 不承保。	您支付 \$45 不承保。
家健护理 (可能需要批准。)	您需支付 \$0	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。请致电我们了解更多详情。	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。请致电我们了解更多详情。
餐饮 出院后餐饮	您需支付 \$0 您将在出院后 30 天内获得 14 顿饭。	您需支付 \$0 您将在出院后 30 天内获得 14 顿饭。

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) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
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。	您需支付 20% 的费用。 您需为持续血糖监测仪支付 \$0。
义肢装置 (支承器具、假肢等) (可能需要批准。)		
• 义肢装置：	您需支付 20% 的费用。	您需支付 20% 的费用。
• 相关的医疗用品：	您需支付 20% 的费用。	您需支付 20% 的费用。
糖尿病用品和服务		
• 糖尿病监测用品：	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。我们的计划仅承保 FreeStyle®、Precision® 和 Contour® 品牌的血糖仪和测试条。
• 糖尿病自我管理培训：	您需支付 \$0	您需支付 \$0
• 理疗鞋或鞋垫：	您需支付 \$0	您需支付 \$0
肾透析	您需支付 20% 的费用。	您需支付 20% 的费用。
身心健康计划		
• 健身：	SilverSneakers® — 您需支付 \$0	SilverSneakers® — 您需支付 \$0
• 护理热线：	您需支付 \$0	您需支付 \$0
	包括护理热线, 该热线每周 7 天、每天 24 小时为您服务。会员可随时与注册护士私密地进行一对一交谈。护士受过电话分诊训练, 将为日常健康困扰与问题提供临床支持。非紧急健康和医疗问题请致电 877-444-7988 (TTY: 711)。	包括护理热线, 该热线每周 7 天、每天 24 小时为您服务。会员可随时与注册护士私密地进行一对一交谈。护士受过电话分诊训练, 将为日常健康困扰与问题提供临床支持。非紧急健康和医疗问题请致电 877-444-7988 (TTY: 711)。
• Teladoc® 在线门诊：	您需支付 \$0	您需支付 \$0

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) 布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、皇后区 (Queens)、苏福克县 (Suffolk)	安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO) 威斯特彻斯特县 (Westchester)
药物滥用门诊服务 - 团体理疗门诊： - 个人理疗门诊 (诊所/线上)：	您需支付 \$40 您需支付 \$40	您支付 \$45 您支付 \$45
全球急症和紧急护理承保 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 \$25,000。 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 1 - 7 页。	您需支付 \$0	您需支付 \$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。© 2026 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。Teladoc 及相关标志是 Teladoc Health, Inc. 的商标, 并允许安保健康保险使用。

2027 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 2028 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。