

## Bright Health 提供的 Bright Advantage Flex Plus (PPO)

# 2020 年年度变化通知

您目前已注册成为 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 的会员。明年，本计划的费用和福利将发生一些变化。这本手册就是要告知这些变化。

- 您将在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期间更改明年的 **Medicare** 承保范围。
- 

### 现在做什么

#### 1. 问：哪些变化适用于您

- 检查我们的福利和费用的变化，看它们是否会影响到您。
  - 现在查看您的承保范围以确保其满足您明年的需求很重要。
  - 这些变化是否会影响到您使用的服务？
  - 请参阅第 1.1 节和第 1.5 节，了解我们计划的福利和费用的变化。
- 检查手册中我们的处方药承保范围的变化，看它们是否会影响到您。
  - 您的药物会被承保吗？
  - 您的药物是否处于不同的层级，是否具有不同的费用分摊？
  - 您的药物是否有新的限制，例如在您按照处方买药之前需要我们批准？
  - 您能继续使用同样的药房吗？使用这家药房的费用是否有变化？
  - 查看 2020 年《药物清单》，并参阅第 1.6 节，了解药物承保范围的变化。

- 自去年以来，您的药费可能上涨了。与您的医生讨论您可能可以使用的低价格替代药物；这样可以在全年为您节省年度自付费用。要获得有关药物价格的更多信息，请访问 <https://go.medicare.gov/drugprices> 这些表格突出显示哪些制造商一直在涨价，并显示其他同比药品价格信息。请记住，您的计划福利将精确地确定您自己的药物费用可能会变化多少。

查询，看您的医生和其他提供者明年是否在我们的网络中。

- 您的医生（包括您经常看的专科医生）在我们的网络中吗？
- 您使用的医院或其他提供者在吗？
- 请参阅第 1.3 节，了解我们的提供者目录。

思考您的总医疗保健费用。

- 您会为您经常使用的服务和处方药花多少自付费用？
- 您会支付多少的保费和免赔额？
- 您的总计划费用与其他 Medicare 承保范围选项相比如何？

思考您对我们的计划是否满意。

## 2. 比较：了解其他计划选择

查阅您所在地区的计划的承保范围和费用。

- 使用 Medicare Plan Finder 上的个性化搜索功能，网址为：<https://www.medicare.gov>。点击“查找健康与药物计划”。
- 查看《Medicare 和您》手册背面的列表。
- 请参阅第 2.2 节，进一步了解您的选择。

一旦您将选择范围缩小到首选计划，请在计划的网站上确认您的费用和承保范围。

## 3. 选择：决定是否要更改计划

- 如果您想继续使用 Bright Advantage Flex Plus (PPO)，则无需执行任何操作。您将留在 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 中。
- 要改加入可能更能满足您的需求的其他计划，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期间更改计划。

## 4. 注册：要更改计划，请在 2019 年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间加入一个计划

- 如果您没有在 2019 年 12 月 7 日之前加入其他计划，则您将留在 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 中。
- 如果您在 2019 年 12 月 7 日之前加入其他计划，则您的新承保范围将于 2020 年 1 月 1 日开始。

## 额外资源

- 本文件有免费的西班牙文和中文版本。
- 请致电我们的会员服务部电话 (844) 202-4974，获取额外信息。（TTY 用户应致电 711）。  
服务时间：10 月 1 日至 3 月 31 日：周一至周日，当地时间上午 8 点至晚上 8 点，联邦节假日除外。4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点，联邦节假日除外。
- 本文档可能有其他格式，例如盲文、大字体或音频。
- 本计划下的承保范围符合资格授予健康承保范围 (QHC)，并满足《患者保护和平价医疗法案》(ACA) 的个人共同责任要求。请访问美国国税局 (IRS) 网站 <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>，了解更多信息。

## 关于 Bright Advantage Flex Plus (PPO)

- Bright Health 计划是签订了 Medicare 合同的 HMO 和 PPO。Bright Health 的 New York D-SNP 计划是一项签订了 Medicare 合同，并与纽约州卫生部签订了《福利协调协议》的 HMO。我们的计划通过 Bright Health 保险公司或其附属公司之一发行。Bright Health 保险公司是一家发行赔偿产品的科罗拉多州生命和健康公司，赔偿产品包括通过 Medicare Advantage 提供的 EPO。EPO 是一项独家提供者组织计划，在某些州可以使用 HMO 许可证，在某些州（包括科罗拉多州）可以使用生命和健康许可证。是否加入我们的计划取决于是否续签合同。
- 本手册中的“我们”或“我们的”指 Bright Health。“计划”或“我们的计划”指 Bright Advantage Flex Plus (PPO)。

## 2020 年重要费用的摘要

下表在几个重要方面比较了 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 的 2019 年和 2020 年费用。请注意，这只是变化的摘要。可在我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 查阅《承保证书》。您也可以致电会员服务部，要求我们向您寄送一份《承保证书》。

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<b>每月计划保费*</b> *您的保费可能高于或低于此金额。详细信息请参阅第 1.1 节。	110 美元	95 美元
<b>最高自付费用金额</b> 这是您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付费用金额。（详细信息请参阅第 1.2 节。）	网络内提供者的服务： 4,900 美元  网络内和网络外提供者合计收取：10,000 美元	网络内提供者的服务： 4,900 美元  网络内和网络外提供者合计收取：10,000 美元
<b>医生诊所看诊</b>	初级保健看诊： 网络内： 每次看诊 0 美元的共付额  网络外： 每次看诊 35% 的共同保险  专科医生看诊： 网络内： 每次看诊 20 美元的共付额  网络外： 每次看诊 35% 的共同保险	初级保健看诊： 网络内： 每次看诊 0 美元的共付额  网络外： 每次看诊 35% 的共同保险  专科医生看诊： 网络内： 每次看诊 20 美元的共付额  网络外： 每次看诊 35% 的共同保险

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<p><b>住院患者住院</b></p> <p>包括住院患者急症、住院患者康复、长期护理医院和其他类型的住院患者医院服务。住院患者医院护理从您依照医生的指示正式入院之日开始。出院前一天是您住院的最后一天。</p>	<p>网络内： 对于 Medicare 承保的医院护理，第 1 至第 5 天，每天 250 美元的共付额，第 6 至 90 天，每天 0 美元的共付额。</p> <p>额外的 Medicare 承保天数 0 美元的共付额。</p> <p>网络外： 每次住院 35% 的共同保险。</p>	<p>网络内： 对于 Medicare 承保的医院护理，第 1 至第 5 天，每天 250 美元的共付额，第 6 至 90 天，每天 0 美元的共付额。</p> <p>额外的 Medicare 承保天数 0 美元的共付额。</p> <p>网络外： 每次住院 35% 的共同保险。</p>
<p><b>D 部分处方药承保范围</b></p> <p>（详细信息请参阅第 1.6 节。）</p>	<p>免赔额：0 美元</p> <p>初始承保阶段的共付额/共同保险：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第一药物层级： 0 美元的共付额</li> <li>• 第二药物层级： 8 美元的共付额</li> <li>• 第三药物层级： 45 美元的共付额</li> <li>• 第四药物层级： 95 美元的共付额</li> <li>• 第五药物层级： 共同保险的 33%</li> </ul>	<p>免赔额：0 美元</p> <p>初始承保阶段的共付额/共同保险：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第一药物层级： 0 美元的共付额</li> <li>• 第二药物层级： 8 美元的共付额</li> <li>• 第三药物层级： 47 美元的共付额</li> <li>• 第四药物层级： 100 美元的共付额</li> <li>• 第五药物层级： 共同保险的 33%</li> <li>• 第六药物层级： 0 美元的共付额</li> </ul>

## 2020 年年度变化通知 目录

<b>2020 年重要费用的摘要</b> .....	<b>4</b>
<b>第 1 节 明年福利和费用的变化</b> .....	<b>7</b>
第 1.1 节 每月保费的变化 .....	7
第 1.2 节 最高自付费用金额的变化 .....	7
第 1.3 节 提供者网络的变化 .....	8
第 1.4 节 药房网络的变化 .....	9
第 1.5 节 医疗服务的福利和费用的变化 .....	9
第 1.6 节 D 部分处方药承保范围的变化 .....	11
<b>第 2 节 决定选择哪个计划</b> .....	<b>14</b>
第 2.1 节 如果想留在 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 中 .....	14
第 2.2 节 如果想更改计划 .....	14
<b>第 3 节 更改计划的截止日期</b> .....	<b>15</b>
<b>第 4 节 提供有关 Medicare 的免费咨询服务的计划</b> .....	<b>16</b>
<b>第 5 节 帮助支付处方药费用的计划</b> .....	<b>16</b>
<b>第 6 节 有问题?</b> .....	<b>17</b>
第 6.1 节 获得 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 的帮助 .....	17
第 6.2 节 获得 Medicare 的帮助 .....	17

## 第 1 节 明年福利和费用的变化

### 第 1.1 节 每月保费的变化

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
每月保费	110 美元	95 美元
（您还必须继续支付 Medicare B 部分的保费。）		

- 如果在 63 天或更长时间内没有其他至少与 Medicare 药物承保范围相同的药物承保范围（也称为“可信承保范围”），而您必须支付终生 D 部分延迟参保罚款才能继续参与计划，则您的每月计划保费会更高。
- 如果您的收入较高，则您可能由于您的 Medicare 处方药承保范围，而需要每月直接向政府支付额外的金额。
- 如果您收到处方药费用的“额外帮助”，您的每月保费将会减少。

### 第 1.2 节 最高自付费用金额的变化

为了保护您，Medicare 要求所有健康计划限制您在一年内“自掏腰包”付费的金额。这些限制称为“最高自付费用金额”。一旦达到此金额，在一年中剩余时间内，您通常不再为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<b>网络内最高自付费用金额</b> 您的网络内提供者之承保医疗费服务的费用（如共付额）将计入网络内最高自付费用金额。您的计划保费和处方药的费用不计入最高自付费用金额。	<b>4,900 美元</b>	<b>4,900 美元</b> 一旦为网络内提供者的承保 A 部分和 B 部分服务支付的自付费用达到 4,900 美元，则在本日历年剩余时间内，将不再为网络内提供者的承保 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。
<b>合计最高自付费用金额</b> 您的网络内及网络外提供者的承保医疗费服务的费用（如共付额）将计入综合最高自付费用金额。您的计划保费和处方药的费用不计入最高自付费用金额。	<b>10,000 美元</b>	<b>10,000 美元</b> 一旦为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的自付费用达到 10,000 美元，则在本日历年剩余时间内，将不再为网络内或网络外提供者的承保 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

### 第 1.3 节 提供者网络的变化

明年我们的提供者网络将发生一些变化。更新的《提供者目录》在我们的网站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>) 上公布。您也可以致电会员服务部，索取更新的提供者信息或要求我们给您邮寄一份《提供者目录》。请查看 2020 年《提供者目录》，了解您的提供者（初级保健提供者、专科医生、医院等）是否在我们的网络中。

您要知道我们可能在该年度期间对计划中的医院、医生和专科医生（提供者）进行更改，这很重要。您的医疗服务提供者可能会因为多种原因离开您的计划，但如果您的医生或专科医生确实离开您的计划，则您拥有下述某些权利和保护：

## 2020 年年度变化通知

- 尽管我们的提供者网络可能会在一年之内发生变化，但我们必须确保您在需要时可以看合格的医生和专科医生。
- 我们将尽最大努力至少提前 30 天通知您，告知您的提供者将要离开我们的计划，以便您有时间选择新的提供者。
- 我们将协助您选择新的合格提供者，使您的医疗保健需求继续得到满足。
- 如果您正在接受治疗，则您有权要求您正在接受的医学上必需的治疗不中断，并且我们将与您一起确保做到这一点。
- 如果您认为我们没有为您提供合格提供者来替换您以前的提供者，或者您的护理没有得到妥善管理，则您有权就我们的决定提出上诉。
- 如果您发现您的医生或专科医生即将离开您的计划，请与我们联系，以便我们协助您寻找新的医疗服务提供者并管理您的护理。

#### 第 1.4 节 药房网络的变化

您支付的处方药费的金额可能取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有一个药房网络。多数情况下，只有在我们的某个网络药房照方配药，您的处方才被承保。

2020 年，我们的网络的变化比以往更多。更新的《药房目录》在我们的网站 (<https://brighthousepl.com/medicare>) 上公布。您也可以致电会员服务部，索取更新的提供者信息或要求我们给您邮寄一份《药房目录》。我们强烈建议您查看我们最新的《药房目录》，看您的药房是否仍在我们的网络中。

#### 第 1.5 节 医疗服务的福利和费用的变化

我们正在更改明年某些医疗服务的承保范围。以下信息描述了这些变化。有关这些服务的承保范围和费用的详细信息，请参阅 2020 年《承保证书》中的第 4 章《医疗福利图表》（承保的服务和您支付的费用）。

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
针灸服务	网络内和网络外 您支付 20 美元的共付额。	网络内和网络外 不承保
救护车服务 — 地面运输	您为每项 Medicare 承保的服务支付 175 美元的共付额。	您为每项 Medicare 承保的服务支付 200 美元的共付额。

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
心脏康复服务 — 加强	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 20 美元的共付额。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 50 美元的共付额。
心脏康复服务 — 非加强	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 20 美元的共付额。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 25 美元的共付额。
牙科服务	所有额外预防性和综合牙科服务每年可最多获得 1,000 美元的综合补贴。	所有额外预防性和综合牙科服务每年可最多获得 1,500 美元的综合补贴。
糖尿病护理退还款	不承保	如果您有资格，对于与糖尿病相关的护理，您会最多获得 100 美元的退还款。
听力服务 — 助听器	双耳每三年最高 \$3,000 的助听器补贴。	双耳每年最高 \$750 的助听器补贴。
阿片类药物治疗计划服务	网络内 不承保	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 0 美元的共付额。
阿片类药物治疗计划服务	网络外 不承保	网络外 您为每项 Medicare 承保的服务支付 35% 的共同保险。
门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品 — 诊断性程序和测试	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 20% 的共同保险。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 200 美元的共付额。
门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品 — 诊断性放射学服务	网络内 您支付 50 美元的共付额或 20% 的共同保险，具体取决于 Medicare 承保的服务。	网络内 您支付 35-200 美元的共付额，具体取决于 Medicare 承保的服务。

费用	2019 年（今年）	2020 年（明年）
门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品 - 门诊患者 X 射线服务	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 10 美元的共付额。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 0 美元的共付额。
医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）— 额外的远程医疗服务	网络内 不承保	网络内 您为从初级保健医师处获得的每项 Medicare 承保服务支付 0 美元；为从专科医生处获得的每项 Medicare 承保服务支付 20 美元的共付额。
肺康复服务	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 20 美元的共付额。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 0 美元的共付额。
专业护理机构 (SNF) 护理	网络内 对于 Medicare 承保的专业护理机构护理，第 1 至第 20 天，您每天支付 0 美元的共付额，第 21 至第 100 天，您每天支付 172 美元的共付额。	网络内 对于 Medicare 承保的专业护理机构护理，第 1 至第 20 天，您每天支付 0 美元的共付额，第 21 至第 100 天，您每天支付 178 美元的共付额。
监督运动疗法 (SET)	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 20 美元的共付额。	网络内 您为每项 Medicare 承保的服务支付 25 美元的共付额。
急需服务	您为每项 Medicare 承保的服务支付 25 美元的共付额。	您为每项 Medicare 承保的服务支付 35 美元的共付额。

## 第 1.6 节 D 部分处方药承保范围的变化

### 我们的药物清单的变化

我们的承保药物的清单被称为处方集或“药物清单”。我们的药物清单副本以电子方式提供。

我们对药物清单进行了更改，包括对我们承保的药物的更改以及适用于我们对某些药物的承保范围的限制的更改。查看药物清单，确保您的药物在明年被承保，并看是否有任何限制。

如果药物承保范围的变化影响到您，您可以：

- 与您的医生（或其他开处方者）合作，并要求该计划破例承保该药物。我们鼓励现有会员在明年之前要求破例。
  - 要了解申请破例必须做的事情，请参阅《承保证书》第 9 章（如果您遇到问题或要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）或致电会员服务部。
- 与您的医生（或其他开处方者）合作寻找我们承保的不同药物。您可以致电会员服务部，索取一份治疗相同疾病的承保药物的清单。

在某些情况下，我们需要在计划年度的前 90 天或会员资格的前 90 天内承保非处方集药物的临时供应，以避免治疗缺口。

如果您今年收到一种药物的处方集破例，那么处方集的破例申请将在批准函中指定的日期之前都获得批准。如果批准函中指定的日期已经过去，则只需要提出新的处方集破例申请。

药物清单中的大多数变化在每年年初都是新的。但是，在这一年中，我们可能会进行 Medicare 规则允许的其他更改。

我们在一年内对药物清单进行这些更改时，您仍然可以与您的医生（或其他开处方者）合作，并要求我们破例承保药物。我们还将继续按计划更新我们的在线药物清单，并提供其他所需信息以反映药物变化。（要进一步了解我们可能对药物清单进行的更改，请参阅《承保证书》第 5 章的第 6 节。）

### 处方药费用的变化

**注意：**如果您参与的计划帮助您支付药物费用（“额外帮助”），则有关 D 部分处方药费用的信息可能不适用于您。我们向您送出了一份单独的插页，名为“获得支付处方药费用之额外帮助的人士的承保证书附文”（也称为“低收入补贴附文”或“LIS 附文”），它告诉您有关药物费用的信息。如果您收到“额外帮助”，并且在 2019 年 9 月 30 日之前没有收到此插页，请致电会员服务部索要“LIS 附文”。会员服务的电话号码见于本手册的第 6.1 节。

有四个“药物付款阶段”。您为 D 部分药物支付多少费用取决于您所处的药物付款阶段。（您可以查看《承保证书》的第 6 章第 2 节，了解有关各阶段的更多信息。）

以下信息显示了明年前两个阶段的变化 — 年度免赔额阶段和初始承保阶段。（大多数会员达不到另外两个阶段 — 承保缺口阶段或灾难性承保阶段。要获得这些阶段的费用的信息，请访问我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare>，参阅《承保证书》第 6 章的第 6 节和第 7 节。您也可以致电会员服务部，要求我们向您寄送一份《承保证书》。）

### 免赔额阶段的变化

阶段	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<b>阶段 1：年度免赔额阶段</b>	由于我们没有免赔额，此付款阶段不适用于您。	由于我们没有免赔额，此付款阶段不适用于您。

### 初始承保阶段费用分摊的变化

要了解共付额和共同保险如何起作用，请参阅《承保证书》第 6 章第 1.2 节（您可能为承保药物支付的自付费用的类型）。

阶段	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<b>阶段 2：初始承保阶段</b> 在此阶段，计划支付您的药费中其应支付的部分，而您支付您应支付的部分。	您为在网络药房获取的一个月供应量药物支付的费用和标准费用分摊：	您为在网络药房获取的一个月供应量药物支付的费用和标准费用分摊：
此行中的费用是当您在提供标准费用分摊的网络药房取药时，一个月（30 天）供应量的费用。	第一层级：首选非专利： 每张处方支付 0 美元。	第一层级：首选非专利： 每张处方支付 0 美元。
有关长期供应药物费用的信息；或者对于邮购处方，请查看《承保证书》的第 6 章第 5 节。	第二层级：非专利药： 每张处方支付 8 美元。	第二层级：非专利药： 每张处方支付 8 美元。
我们改变了药物清单上某些药物的层级。要查看您的药物是否在不同的层级，请在药物清单中查找。	第三层级：首选品牌： 每张处方支付 45 美元。	第三层级：首选品牌： 每张处方支付 47 美元。

阶段	2019 年（今年）	2020 年（明年）
	第四层级：非首选药物： 每张处方支付 95 美元。	第四层级：非首选药物： 每张处方支付 100 美元。
	第五层级：专业级药物： 支付总费用的 33%。	第五层级：专业级药物： 支付总费用的 33%。
		第六层级：精选护理药物： 每张处方支付 0 美元。
	总药费达到 3,820 美元后， 您将进入下一阶段（承保缺 口阶段）。	总药费达到 4,020 美元后， 您将进入下一阶段（承保缺 口阶段）。

### 承保缺口和灾难性承保阶段的变化

另外两个药物承保阶段 — 承保缺口阶段和灾难性承保阶段 — 适用于药费高的人群。大多数会员达不到承保缺口阶段或灾难性承保阶段。要获得这些阶段的费用的信息，请参阅《承保证书》第 6 章的第 6 节和第 7 节。

## 第 2 节 决定选择哪个计划

### 第 2.1 节 如果想留在 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 中

要留在我们的计划中，您不需要做任何事情。如果您在 12 月 7 日之前未注册其他计划或改加入 Original Medicare，则您将自动成为我们 2020 年计划的一员。

### 第 2.2 节 如果想更改计划

我们希望您明年仍是我们的会员，但如果您想更改 2020 年的计划，请按以下步骤操作：

#### 步骤 1：了解并比较您的选择

- 您可以及时加入不同的 Medicare 健康计划，

- --或者-- 您可以改加入 Original Medicare。如果您改加入 Original Medicare，您需要决定是否加入一个 Medicare 药物计划。如果您未参保 Medicare 药物计划，请参阅第 1.1 节，了解潜在的 D 部分的延迟参保罚款。

要想更多地了解 Original Medicare 和不同类型的 Medicare 计划，请阅读《Medicare 和您 2020》，致电您的州健康保险援助计划（参见第 4 节），或致电 Medicare（参见第 6.2 节）。

您还可以使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 查找您所在地区的计划的信息。转到 <https://www.medicare.gov>，并单击“查找健康与药物计划”。在这里，您可以找到有关 Medicare 计划的费用、承保范围和质量评级的信息。

提醒，Bright Health 提供其他 Medicare 健康计划。这些其他计划的承保范围、每月保费和费用分摊金额可能不同。

### 步骤 2：更改您的承保范围

- 要改加入其他 Medicare 健康计划，请注册新计划。您将自动退出 Bright Advantage Flex Plus (PPO)。
- 要改加入有处方药计划的 Original Medicare，请注册新的药物计划。您将自动退出 Bright Advantage Flex Plus (PPO)。
- 要改加入没有处方药计划的 Original Medicare，您必须：
  - 向我们送出取消注册的书面申请。如果您需要有关如何执行此操作的更多信息，请联系会员服务（电话号码在本手册的第 6.1 节中）。
  - - 或 - 联系 Medicare，电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，并要求退出计划，此电话全天 24 小时为您服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

## 第 3 节 更改计划的截止日期

如果您想在明年改加入其他计划或 Original Medicare，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之间进行。更改将于 2020 年 1 月 1 日生效。

### 一年中有其他更改计划的时间吗？

在某些情况下，也可以在一年中的其他时间更改计划。例如，有 Medicaid 的人，获得支付药费的“额外帮助”的人，已经或将要离开雇主承保范围的人以及离开服务区的人可以在一年中的其他时间进行更改。有关详细信息，请参阅《承保证书》第 10 章第 2.3 节。

如果您参保了 2020 年 1 月 1 日的 Medicare Advantage 计划，而不喜欢您的计划选择，您可以在 2020 年 1 月 1 日到 3 月 31 日改加入另一个 Medicare 健康计划（有或没有 Medicare 处方药承保范围）或改加入 Original Medicare（有或没有 Medicare 处方药承保范围）。有关详细信息，请参阅《承保证书》第 10 章的第 2.2 节。

## 第 4 节 提供关于 Medicare 的免费咨询服务的计划

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一个政府计划，每个州都有训练有素的咨询师。在纽约，SHIP 被称为纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP)。

纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 是独立组织（与任何保险公司或健康计划无关）。这是一项州计划，从联邦政府获得资金，为有 Medicare 的人提供**免费**的当地健康保险咨询。纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 咨询师可以帮助您解决您的 Medicare 问题。他们可以帮助您了解您的 Medicare 计划选择，回答有关更改计划的问题。您可致电纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 电话 1-800-701-0501。您可以访问纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 的网站 (<http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/>)，对其进行更多了解。

## 第 5 节 帮助支付处方药费用的计划

您可能会有资格获得支付处方药费用的帮助。下面我们列出了不同类型的帮助：

- **Medicare 的“额外帮助”。**收入有限的人可能有资格获得“额外帮助”来支付他们的处方药费用。如果有资格，Medicare 可能支付您的药费的 75% 或更高，其中包括每月的处方药保费、年度免赔额和共同保险。此外，有资格的人不会有承保缺口或延迟参保罚款。许多人有资格，但他们却不知道。要查看您是否有资格，请致电：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应致电 1-877-486-2048，此电话全天 24 小时提供服务；
  - 社会保障局 1-800-772-1213，此电话周一至周五的上午 7 点到晚上 7 点提供服务。TTY 用户应致电 1-800-325-0778（申请）；或
  - 您的州 Medicaid 办公室（申请）。
- **州政府药物援助计划的帮助。**纽约有一项名为纽约州老年人药物保险承保范围 (EPIC) 的计划，该计划根据人们的经济需求、年龄或医疗状况，帮助他们支付处方药费用。要了解有关该计划的更多信息，请咨询您的州健康保险援助计划（该组织的名称和电话号码见于本手册的第 4 节）。
- **艾滋病病毒携带者/艾滋病患者的处方费用分摊援助。**艾滋病药物援助计划 (ADAP) 有助于确保符合 ADAP 资格的艾滋病病毒携带者/艾滋病患者能够获得拯救生命的艾滋病病毒药物。个人必须符合某些标准，包括国家居住证明和艾滋病病毒感染状况证明、国家规定的低收入，以及未投保/保险不足的状况。也被 ADAP 承保的 Medicare D 部分处方药有资格通过纽约艾滋病药物援助计划 (ADAP) 获得处方费用分摊援助。有关资格标准、承保的药物或如何参加该计划的信息，请致电 1-800-542-2437。

## 第 6 节 有问题？

### 第 6.1 节 获得 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 的帮助

有问题？我们在这里提供帮助。请致电会员服务部，电话 (844) 202-4974。（仅限 TTY 用户，致电 711）我们的电话服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日：周一至周日，当地时间上午 8 点至晚上 8 点，联邦节假日除外。4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点，联邦节假日除外。拨打这些号码是免费的。

**阅读您的 2020 年《承保证书》（它有关于明年福利和费用的详细信息）**

本《年度变化通知》总结了 2020 年福利和费用的变化。有关详细信息，请查看 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 的 2020 年《承保证书》。《承保证书》是对计划福利的合法、详细的描述。它解释了您的权利和您获得承保服务和处方药所需遵守的规则。可在我们的网站 <https://brighthousehealthplan.com/medicare> 查阅《承保证书》。您也可以致电会员服务部，要求我们向您寄送一份《承保证书》。

**访问我们的网站**

您也可以访问我们的网站 <https://brighthousehealthplan.com/medicare>。提醒，我们的网站提供有关我们的提供者网络（提供者目录）和我们的承保药物清单（处方集/药物清单）的最新信息。

### 第 6.2 节 获得 Medicare 的帮助

直接从 Medicare 获取信息：

**致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话全天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

### 访问 Medicare 网站

您可以访问 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>)。网站上有关于费用、承包范围和质量评级的信息，可帮助您比较 Medicare 健康计划。您可以使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 查找您所在地区的计划的信息。（要查看有关计划的信息，请访问 <https://www.medicare.gov> 并点击“查找健康与药物计划”。）

### 阅读《Medicare 和您 2020》

您可以阅读《Medicare 和您 2020》手册。每年秋季，这本手册都邮寄给有 Medicare 的人。它总结了 Medicare 福利、权利和保护，以及有关 Medicare 的最常见问题的答案。如果您没有本手册副本，您可以访问 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>) 或随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，获取一本手册。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。



## 非歧视通知和沟通协助

Bright Health 不会因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而排除任何个人、拒绝为任何个人提供福利或以其他方式歧视任何个人。“Bright Health”是指 Bright Health 计划及其附属机构。

语言协助和其他格式：

我们会免费提供语言协助来帮助您与我们沟通。服务包括但不限于：

- 非英语语言的口译员；
- 其他格式（如大字打印）的书面信息；和
- 阅读 Bright Health 网站的协助。

如需帮助来获取这些服务，请致电会员 ID 卡上的会员服务部号码。

如果您认为我们未能提供语言帮助或替其他格式，或者您因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而受到歧视，您可以将投诉提交至：

Bright Health 民权协调员  
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943  
电话：(844) 202-2154  
电子邮件：OAG@brighthouseplan.com

您也可以向美国卫生与公共服务部下属民权办公室提交投诉：

在线：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

如需投诉表格，请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

电话：免费 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

邮寄：U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue,  
SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

如需帮助来提出投诉，请致电会员 ID 卡上的会员服务部号码。您必须在发现问题后 60 天内送出投诉。

## 语言协助和其他格式:

本信息有其他格式, 如大字打印版本。如需其他格式, 请致电会员 ID 卡上的会员服务部号码。

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number on your ID card.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese (S)	注意: 如果您讲中文, 我们可以为您提供免费的语言协助服务。请拨打您ID卡上的会员服务电话号码。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните в Службу работы с клиентами по телефону, указанному в Вашей идентификационной карте.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm nan nimewo ki make sou kat ID ou an.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero dell'assistenza ai membri riportato sulla Sua scheda identificativa.
Yiddish	אויפמערקאזמקייט: אויב איר רעדט יידיש, עס זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אָפּצאַל. רופט די מעמבער סערוויסעס נומער אויף אייערע איידי קארטל.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য, ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। আপনার ID কার্ডে থাকা সদস্য পরিষেবাগুলির নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية بدون مقابل. اتصل برقم خدمات الأعضاء المدون على بطاقة التعريف الخاصة بك.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić do Działu Usług dla Członków, którego numer jest podany na Pana/ Pani karcie identyfikacyjnej.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le numéro des services aux membres, qui figure sur votre carte d'identification.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo para sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro na nasa inyong ID kard.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số Dịch vụ Hội viên trên thẻ ID của quý vị.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí Diné bizaad be yáníłti'go, saad bee áká'ánida'áwo' déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódíłnih Member Servicesjí éí binumber naaltsoos nitł'izgo bee nee hódólzin biniiyé nantínígíí bikáá'
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ پر موجود ممبر سروسز کے نمبر پر کال کریں۔
Japanese	注記: 日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載のメンバーサービス電話番号までお電話ください。
Portuguese (BR)	ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para o número de Atendimento ao Associado, impresso no seu cartão de identificação.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter der auf Ihrer ID-Karte aufgeführten Telefonnummer für Mitgliederleistungen an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با «خدمات اعضا» که شماره آن روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید.



