

2020 年福利摘要

**Bright Advantage Assist (HMO)
H2288-005**

欢迎加入 **Bright Health**。

随函附上 **Bright Advantage Assist (HMO)** 计划在 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期间内，在国王县、纽约县和皇后县承保的健康和药物服务的摘要。

请记住，这是所承保福利和服务以及为这些福利和服务支付的费用*的摘要*。想了解完整的承保列表，包括限制和排除给付，请参阅我们的《承保证书》（“EOC”）。您可以访问 www.brighthealthplan.com/medicare 在线找到一份 EOC，您也可以致电 844-679-2030，要求我们寄给您一份印刷的 EOC，此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY：711。

我们计划的设计略有不同。

我们相信，健康保险和医疗保健能够更好地协同工作。因此，这就是我们精心挑选护理合作伙伴（如 **Mount Sinai**）来彻底建立了健康计划的原因。我们与 **Mount Sinai** 的合作意味着，您可以从以您的医疗保健需求为中心的联网护理系统获得福利。通过一个由精心挑选的、为了您的利益而协同工作的医生组成的网络，您可以专注于过上最美好的生活。

这是以您为中心的医疗保健。

当您的健康计划和您的医疗保健提供者协同工作时，您始终处于中心位置，但永远不会夹在中间。我们为我们的 **Medicare Advantage** 计划感到自豪，我们相信您也会爱它们。但我们也相信，您加入适合您的健康计划非常重要。所以，请看一下，如果您有任何疑问，请致电我们。

我们期待着帮助您过上最美好的生活。

一些常见问题：

我可以选择我的医疗保健提供者吗？

Bright Health 精心挑选了一个包含医生、医院、药房和其他医疗保健提供者的网络。为了降低您的费用，您必须从网络内医疗保健提供者处获得护理。在大多数情况下，如果您选择在计划网络之外获得护理，您将支付全部的服务费用。但是，如果您需要网络外紧急服务、急需服务或透析服务，那么我们会为您承保。

要查找您附近的网络内医疗保健提供者，请访问我们的网站 www.brighthealthplan.com/medicare，或致电 844-679-2030 联系 Bright Health。

什么是处方药处方集？

处方集就是健康计划承保的药物的列表。为了确保您的药物包含在 Bright Advantage Assist (HMO) 处方集中，您可以访问 www.brighthealthplan.com/medicare，在线搜索和下载我们的处方集。您也可以致电 844-679-2030 联系 Bright Health，讨论您的药物。请注意，处方集可能会有所变化，您可以随时在我们的网站上找到最新的药物列表。

如需更多信息，或者如果您有任何疑问，请致电我们。



电话 844-679-2030，TTY: 711

此电话的服务时间为：

10月1日至3月31日的每一天和4月1日至9月30日的星期一至星期五，
当地时间上午8点至晚上8点。

www.brighthealthplan.com/medicare

如果您希望了解更多有关 Original Medicare 的承保范围和费用的信息，请参阅您的最新《Medicare 和您》手册。您可以在网站 Medicare.gov 上查看该手册，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份手册，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

此为 **Bright Advantage Assist (HMO)** 计划在 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期间内，承保的药物和健康服务的摘要。

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。

请致电我们：844-679-2030 获得更多信息。（TTY 用户应致电 711）。我们的营业时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。您也可以访问我们的网站 www.brighthealthplan.com/medicare。

如要加入 Bright Advantage Assist (HMO)，您必须拥有 Medicare Part A 和 Medicare Part B，并居住在我们的服务区。

Bright Advantage Assist (HMO) 拥有一个由医生、医院、药房和其他医疗保健提供者组成的网络，可以在我们的网站 www.brighthealthplan.com/medicare 上查看。如果您使用的医疗保健提供者不在我们的网络内，计划可能不会为这些服务付费。

保费和福利

	Bright Advantage Assist (HMO)
每月计划保费	36.60 美元 低至 0 美元，而这取决于您的“额外补助”级别。
免赔额	0 美元
最高自付费用金额	6,500 美元*

福利

	Bright Advantage Assist (HMO)
住院患者医院承保	第 1 至第 5 天，每天 300 美元的共付额， 第 6 至 90 天，每天 0 美元的共付额 额外的 Medicare 承保天数 0 美元的共付额。
门诊患者医院承保	
门诊患者医院服务	350 美元共付额
门诊患者医院观察服务	350 美元共付额
在流动手术中心提供的服务	300 美元共付额
医生看诊	
初级保健提供者	0 美元共付额
专科医生	30 美元共付额
年度常规身体检查	0 美元共付额
预防性护理（例如流感疫苗、 糖尿病筛查）	0 美元共付额

	Bright Advantage Assist (HMO)
在合同年内被 Medicare 批准的任何额外预防服务将享受承保。	<ul style="list-style-type: none"> • 腹主动脉瘤筛查 • 酒精滥用咨询 • 骨量测定 • 乳腺癌筛查（乳房 X 线照片） • 心血管疾病（行为疗法） • 心血管筛查（胆固醇、脂类、甘油三酯） • 宫颈癌和阴道癌筛查 • 结肠直肠癌筛查（结肠镜检查、粪便潜血试验、柔性乙状结肠镜检查） • 抑郁症筛查 • 糖尿病筛查 • 糖尿病自我管理培训 • 青光眼检查 • 丙型肝炎筛查 • HIV 筛查 • 肺癌筛查 • 医学营养治疗服务 • Medicare 糖尿病预防计划 • 肥胖症筛查与咨询 • 前列腺癌筛查 (PSA) • 性传播感染筛查与咨询 • 戒烟咨询（为没有烟草相关疾病迹象的人提供的咨询） • 疫苗，包括流感疫苗、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗 • “欢迎加入 Medicare” 预防就诊（一次） • 每年一次的健康就诊
紧急护理	90 美元共付额 如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。
急需服务	30 美元共付额
诊断服务/实验室/成像 诊断性测试和程序	200 美元共付额

Bright Advantage Assist (HMO)	
实验室服务	0 美元共付额
诊断性放射科服务 (例如 MRI、CAT 扫描)	50 - 200 美元共付额
门诊患者 X 光检查	0 美元共付额
听力服务	
检查以诊断和治疗听力和平衡问题	0 美元共付额
常规听力检查	0 美元共付额 限每年 1 次就诊
助听器配件评估	0 美元共付额 限每年 1 次就诊
助听器	双耳每年最高 750 美元的助听器补贴。
牙科服务	
Medicare 承保的牙科服务	每项 Medicare 承保的服务 0 美元共付额。
年度牙科福利最高金额	所有网络内承保服务每年有高达 1,500 美元的津贴。
<ul style="list-style-type: none"> • 口腔检查 • 预防 (洗牙) • 氟化物治疗 • 牙科 X 光检查 • 非常规服务 	<p>0 美元共付额 限每年 2 次口腔检查</p> <p>0 美元共付额 限每年 2 次洗牙</p> <p>0 美元共付额 限每年 1 次氟化物治疗</p> <p>0 美元共付额 限 2 次 X 光检查</p> <p>50% 的共同保险</p>

	Bright Advantage Assist (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> • 诊断性服务 • 恢复性服务 • 牙周病学 • 牙髓学 • 拔牙 • 口腔修复, 其他口腔/颌面手术, 其他服务 	<p>0 美元共付额</p> <p>共同保险会有所不同</p> <p>50% 的共同保险</p> <p>50% 的共同保险</p> <p>50% 的共同保险</p> <p>50% 的共同保险</p>
<p>视力服务</p> <p>检查以诊断和治疗眼疾病</p> <p>常规眼睛检查</p> <p>白内障手术后的眼镜</p> <p>隐形眼镜</p> <p>眼镜（镜片和镜框）</p>	<p>0 美元共付额</p> <p>0 美元共付额 限每年 1 次就诊</p> <p>0 美元共付额</p> <p>每隔一年提供一次。隐形眼镜代替眼镜。 隐形眼镜检查（试戴和评估）最高 60 美元共付额 处方隐形眼镜 130 美元津贴。</p> <p>每隔一年提供一次。 25 美元共付额 承保包括单焦距、双焦距、三焦距、透镜镜片和 130 美元的镜框津贴。</p>

	Bright Advantage Assist (HMO)
心理健康服务	
门诊患者团体治疗就诊	20 美元共付额
门诊患者个人治疗就诊	40 美元共付额
住院患者就诊	第 1 至第 5 天，每天 300 美元的共付额，第 6 至 90 天，每天 0 美元的共付额 额外 60 天的寿命保留时间的共付额为 0 美元。
专业护理机构 (SNF) 护理	第 1 至第 20 天，每天 0 美元的共付额，第 21 至 100 天，每天 178 美元的共付额
物理疗法	30 美元共付额
救护服务	
地面救护车	195 美元共付额
空中救护车	225 美元共付额
交通服务 (额外常规)	不承保
Medicare Part B 处方药	
化疗药物	20% 的共同保险
其他 Part B 药物	20% 的共同保险

额外福利

	Bright Advantage Assist (HMO)
健康俱乐部和健身会员	计划内地点的 0 美元共付额

Bright Advantage Assist (HMO)	
医疗设备和用品 糖尿病监测用品 耐用医疗设备 假肢 治疗鞋或鞋垫	0 美元共付额 20% 的共同保险 20% 的共同保险 0 美元共付额
柜台 (OTC) 借记卡	每月 30 美元的津贴，用于购买 OTC 健康和保健产品。
足疗服务 承保服务包括： <ul style="list-style-type: none"> 足部受伤和疾病的诊断及医学或手术治疗（例如锤状趾或脚跟骨刺和发炎）。 对下肢患某些病症的成员进行常规足部护理。 	25 美元共付额

*Part B 处方药和可选补充福利不适用年度最高自付费用金额。

某些服务可能需要事先授权。请参阅您的《承保证书》了解详情。

处方药福利

下表列出了您的费用。您的药物所属的层级将决定您支付的费用金额。通常，层级越高，费用越高。

处方药承保	Bright Advantage Assist (HMO)
阶段 1：年度处方免赔额	
免赔额	对于第 2-5 层级的药物，您的免赔额为 0 美元或 89 美元，具体取决于获得的“额外补助”的级别（请参阅单独的插页，您的免赔额金额的“LIS 附文”）。如果您没有资格获得 Medicare 的“额外补助”来支付处方药费用，则您的免赔额为 435 美元。
阶段 2：初始承保（在您支付免赔额后，如果适用）	
标准零售费用分摊（30 天 / 90 天供应量）	
承保药物的费用分摊	具体取决于获得的“额外补助”的级别，您只需为您的处方药支付以下费用分摊金额：对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），您的共付额为 0 美元、1.30 美元、3.60 美元或总费用的 15%；对于所有其他承保药物，您支付的共付额为 0 美元、3.90 美元、8.95 美元或总费用的 15%。如果您没有获得“额外补助”，请参阅您的《承保证书》(EOC) 了解处方药的费用分摊金额。
标准邮购费用分摊（最多 90 天供应量）	
承保药物的费用分摊	具体取决于获得的“额外补助”的级别，您只需为您的处方药支付以下费用分摊金额：对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），您的共付额为 0 美元、1.30 美元、3.60 美元或总费用的 15%；对于所有其他承保药物，您支付的共付额为 0 美元、3.90 美元、8.95 美元或总费用的 15%。如果您没有获得“额外补助”，请参阅您的《承保证书》(EOC) 了解处方药的费用分摊金额。

处方药承保	Bright Advantage Assist (HMO)
阶段 3: 承保缺口	
当您的总药费（包括我们计划和您所支付的药费）达到 4,020 美元 后，您将为承保缺口期间任何药物层级的仿制药支付不超过 25% 的共同保险，或为品牌药支付 25% 的共同保险。	
阶段 4: 灾难性承保	
在您的年度自付药费（包括通过零售药房购买和通过邮购购买的药物）达到 6,350 美元 后，您支付以下较高的金额：	
<ul style="list-style-type: none"> • 5% 的共同保险，或 • 仿制药 3.60 美元 的共付额（包括被视为仿制药的品牌药）和所有其他药物的 8.95 美元 的共付额。 	

费用分摊可能根据服务点（邮购、零售、长期护理 (LTC)）、家庭输液、药房是否在我们的首选或标准网络中，或者处方是短期（30 天供应量）还是长期（90 天供应量）而有所不同。

长期护理机构

如果您居住在长期护理机构中，您为 31 天供应量的药物支付的共付额和共同保险与在零售药房获得的 30 天供应量药物的费用相同。

额外补助

收入有限的人可能有资格获得额外补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。许多人有资格享受这些省钱优惠，但他们却不知道。想获得此额外帮助的更多信息，请联系您当地的社会保障办公室，或拨打 **1-800-772-1213** 联系社会保障部。TTY 用户应拨打 **1-800-325-0778**。您也可以访问 <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>，在线申请额外补助。

如果您有资格获得额外补助来支付 Medicare 处方药承保费用，Medicare 将支付您的全部或部分计划保费。如果 Medicare 仅支付部分保费，我们将向您收取 Medicare 未承保的金额。

Bright Health 额外福利信息

想了解更多信息，请致电我们，电话 **844-679-2030**。此电话的服务时间为：**10 月 1 日至 3 月 31 日**的每一天和 **4 月 1 日至 9 月 30 日**的星期一至星期五，当地时间上午 **8 点**至晚上 **8 点**。
TTY: **711**。

我们的网络中还有其他医疗保健提供者。

除紧急情况外，网络外/非签约医疗保健提供者没有义务治疗 Medicare Advantage Assist (HMO) 会员。请致电我们的会员服务电话或查看您的《承保证书》以获取更多信息，包括适用于网络外医疗保健提供者的费用分摊。

加入计划前检查表

在做出加入计划的决定之前，您必须充分了解我们的福利和规则。如果您有任何疑问，可致电 844-679-2030 联系客户服务代表。

了解福利

- 查看《承保证书》(EOC) 中的完整福利表，特别是那些您经常看医生的服务。请访问 www.brighthealthplan.com/medicare 或致电 844-679-2030 查看 EOC。
- 查看医疗保健提供者目录（或要求您的医生）确保您现在看的医生在网络中。如果这些医生未列出，则表示您可能需要选择新医生。
- 查看药房目录确保您用来获取任何处方药的药房在网络中。如果药房未列出，则您可能需要选择一个新药房来获取处方药。

了解重要规则

- 除了每月计划保费外，您还必须继续支付 **Medicare Part B** 保费。此保费通常每月从您的社会保障支票中扣除。
- 福利、保费和/或共付额/共同保险可能会在 2021 年的 1 月 1 日发生变化。
- 除急诊或紧急情况外，我们不承保网络外医疗保健提供者（未列在医疗保健提供者目录中的医生）提供的服务。

不歧视通知和协助沟通

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”指 Bright Health 计划及其附属机构，如下所列。

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，如大字；和
- 阅读 Bright Health 网站的协助。

如需寻求帮助来获得这些服务，请致电 (844) 606-4633。

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

Bright Health Civil Rights Coordinator
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

如果需要帮助来提出投诉，请致电 (844) 202-2154。

第 1557 节/ 多语言插页

本信息有其他格式，如大字打印版本。

想要其他格式的信息，请致电 (844) 606-4633。

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 606-4633.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si hablas español, hay servicios de asistencia de idiomas sin costo disponibles para ti. Llama al (844) 606-4633.
Chinese (S)	注意：如果您讲中文，您可以获得免费的语言协助服务。请致电 (844) 606-4633。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, то услуги бесплатной языковой поддержки доступны Вам. Позвоните по телефону (844) 606-4633.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (844) 606-4633 로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (844) 606-4633.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero (844) 606-4633.
Yiddish	ראפן אראפ און ענטפערן, אפצאלן און יירפן, סעסיווערעס פליה שפראך, יידיש טדער ריא בויא: טייקמזאקרעמפויא ראיא טפאר. (844) 606-4633
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, আপনার জন্য উপলব্ধ আছে। (844) 606-4633 নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتكلم العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك من دون مقابل. اتصل على الرقم (844) 606-4633.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić pod numer (844) 606-4633.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le (844) 606-4633.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyong pangwika. Tawagan ang (844) 606-4633.
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 (844) 606-4633.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí bee yánílti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áa jiiik'eh, ná hóló. Kojì' hódíílnih (844) 606-4633.
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (844) 606-4633 پر کال کریں۔
Japanese	注意：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。(844) 606-4633 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 (844) 606-4633.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter (844) 606-4633 an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات پشتیبانی زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با (844) 606-4633 تماس بگیرید.

如需了解更多信息，请致电 **Bright Health**：

844-679-2030

此电话的服务时间为：**10月1日至3月31日**的每一天和**4月1日至9月30日**的星期一至星期五，当地时间上午**8**点至晚上**8**点。

TTY：711

或

在线访问：www.brighthealthplan.com/medicare

访问 www.brighthealthplan.com/medicare 查找 **Bright Health** 的医疗保健提供者目录、药房目录和处方集（药物列表）。