

# 2020 年福利摘要

**Bright Advantage Flex (PPO)**  
**H9516-001**

**Bright Advantage Flex Plus (PPO)**  
**H9516-002**

## 欢迎加入 **Bright Health**。

随函附上 Bright Advantage Flex (PPO) 和 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 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](http://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，如果您选择获得计划网络之外的护理，您很可能支付更多的服务费用。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](http://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 Flex (PPO) 和 Bright Advantage Flex Plus (PPO) 处方集中，您可以访问 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://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](http://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](http://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 Flex (PPO)** 和 **Bright Advantage Flex Plus (PPO)** 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](http://www.brighthealthplan.com/medicare)。

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

Bright Advantage Flex (PPO) 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](http://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 Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
每月计划保费	0 美元	95 美元
免赔额	250 美元	0 美元
最高自付费用金额	网络内提供者的服务： 6,500 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*

# 福利

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
住院患者医院承保	网络内 第 1 至第 5 天，每天 295 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。  网络外 每天 40% 的共同保险	网络内 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 额外的 Medicare 承保天数 0 美元的共付额。  网络外 每天 35% 的共同保险
门诊患者医院承保		
门诊患者医院服务	网络内 300 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 250 美元共付额  网络外 35% 共同保险
门诊患者医院观察服务	网络内 300 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 250 美元共付额  网络外 35% 共同保险

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
在流动手术中心提供的服务	网络内 200 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 150 美元共付额  网络外 35% 共同保险
医生看诊		
初级保健提供者	网络内 0 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 0 美元共付额  网络外 35% 共同保险
专科医生	网络内 25 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 20 美元共付额  网络外 35% 共同保险
年度常规身体检查	网络内 0 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 0 美元共付额  网络外 35% 共同保险
预防性护理（例如流感疫苗、糖尿病筛查）	网络内 0 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 0 美元共付额  网络外 35% 共同保险
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"> <li>• 腹主动脉瘤筛查</li> <li>• 酒精滥用咨询</li> <li>• 骨量测定</li> <li>• 乳癌筛查（乳房 X 线照片）</li> <li>• 心血管疾病（行为疗法）</li> <li>• 心血管筛查（胆固醇、脂类、甘油三酯）</li> <li>• 宫颈癌和阴道癌筛查</li> <li>• 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）</li> <li>• 抑郁症筛查</li> <li>• 糖尿病筛查</li> </ul>	

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 糖尿病自我管理培训</li> <li>• 青光眼检查</li> <li>• 丙型肝炎筛查</li> <li>• HIV 筛查</li> <li>• 肺癌筛查</li> <li>• 医学营养治疗服务</li> <li>• Medicare 糖尿病预防计划</li> <li>• 肥胖症筛查与咨询</li> <li>• 前列腺癌筛查 (PSA)</li> <li>• 性传播感染筛查与咨询</li> <li>• 戒烟咨询（为没有烟草相关疾病迹象的人提供的咨询）</li> <li>• 疫苗，包括流感疫苗、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗</li> <li>• “欢迎加入 Medicare” 预防就诊（一次）</li> <li>• 每年一次的健康就诊</li> </ul>	
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。	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	35 美元共付额 网络外提供的必要急需服务的费用分摊与网络内提供的该等服务的相同。	35 美元共付额 网络外提供的必要急需服务的费用分摊与网络内提供的该等服务的相同。
诊断服务/实验室/成像  诊断性测试和程序	<p>网络内 200 美元共付额</p> <p>网络外 40% 共同保险</p>	<p>网络内 200 美元共付额</p> <p>网络外 35% 共同保险</p>

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
实验室服务	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
诊断性放射科服务 (例如 MRI、CAT 扫描)	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
	网络内 35 - 200 美元共付额	网络内 35 - 200 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
门诊患者 X 光检查	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
听力服务		
检查以诊断和治疗听力和平衡问题	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
常规听力检查	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
助听器配件评估	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险 限每年 1 次就诊。	网络外 35% 共同保险 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。	双耳每年最高 750 美元的助听器补贴。



	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
牙科服务		
Medicare 承保的牙科服务	<p><b>网络内</b> 每项 Medicare 承保的服务 0 美元共付额。</p> <p><b>网络外</b> 每项 Medicare 承保的服务 40% 的共同保险。</p>	<p><b>网络内</b> 每项 Medicare 承保的服务 0 美元共付额。</p> <p><b>网络外</b> 每项 Medicare 承保的服务 35% 的共同保险。</p>
年度牙科福利最高金额	高达 1,500 美元的津贴，用于每年所有网络内和网络外承保的服务。	高达 1,500 美元的津贴，用于每年所有网络内和网络外承保的服务。
<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔检查</li> </ul>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 2 次口腔检查。</p>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 2 次口腔检查。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>预防（洗牙）</li> </ul>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 2 次洗牙。</p>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 2 次洗牙。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>氟化物治疗</li> </ul>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 1 次氟化物治疗</p>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 30% 共同保险， 限于每年 1 次氟化物治疗</p>

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
• 牙科 X 光检查	网络内 0 美元共付额  网络外 30% 共同保险， 限于每年 2 次 X 光检查	网络内 0 美元共付额  网络外 30% 共同保险， 限于每年 2 次 X 光检查
• 非常规服务	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 50% 的共同保险  网络外 共同保险有所不同
• 诊断性服务	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 0 美元共付额  网络外 共同保险有所不同
• 恢复性服务	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 共同保险有所不同  网络外 共同保险有所不同
• 牙周病学	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 50% 的共同保险  网络外 共同保险有所不同
• 牙髓学	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 50% 的共同保险  网络外 共同保险有所不同
• 拔牙	网络内 不承保  网络外 不承保	网络内 50% 的共同保险  网络外 共同保险有所不同

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔修复, 其他口腔/颌面外科, 其他服务</li> </ul> <p>综合牙科服务</p>	<p><b>网络内</b> 不承保</p> <p><b>网络外</b> 不承保</p> <p>18 美元每月保费共付额因服务而不同。请参阅您的《承保证书》了解详细信息。</p>	<p><b>网络内</b> 50% 的共同保险</p> <p><b>网络外</b> 共同保险有所不同 这些福利已包括在计划中。</p>
<p><b>视力服务</b></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><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 40% 的共同保险</p> <p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 0 美元共付额 限每年 1 次就诊。</p> <p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 40% 共同保险</p>	<p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 35% 的共同保险</p> <p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 0 美元共付额 限每年 1 次就诊。</p> <p><b>网络内</b> 0 美元共付额</p> <p><b>网络外</b> 35% 共同保险</p>

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
隐形眼镜	<p><b>网络内</b> 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 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。</p> <p><b>网络外</b> 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 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。</p>	<p><b>网络内</b> 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 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。</p> <p><b>网络外</b> 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 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。</p>
眼镜（镜片和镜框）	<p><b>网络内</b> 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> <p><b>网络外</b> 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>	<p><b>网络内</b> 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> <p><b>网络外</b> 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 Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
<b>心理健康服务</b>  门诊患者团体治疗就诊  门诊患者个人治疗就诊  住院患者就诊	<b>网络内</b> 20 美元共付额  <b>网络外</b> 40% 共同保险  <b>网络内</b> 40 美元共付额  <b>网络外</b> 40% 共同保险  <b>网络内</b> 第 1 至第 5 天，每天 295 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。  <b>网络外</b> 第 1 至第 90 天，每天 40% 共同保险	<b>网络内</b> 20 美元共付额  <b>网络外</b> 35% 共同保险  <b>网络内</b> 40 美元共付额  <b>网络外</b> 35% 共同保险  <b>网络内</b> 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 额外 60 天的寿命保留时间的共付额为 0 美元。  <b>网络外</b> 第 1 至第 90 天，每天 35% 共同保险
<b>专业护理机构 (SNF) 护理</b>	<b>网络内</b> 第 1 至 20 天每天 0 美元共付额 每天 178 美元共付额（第 21 至第 100 天）  <b>网络外</b> 每天 40% 的共同保险（第 1 至第 100 天）	<b>网络内</b> 第 1 至 20 天每天 0 美元共付额 每天 178 美元共付额（第 21 至第 100 天）  <b>网络外</b> 每天 35% 的共同保险（第 1 至第 100 天）
<b>物理疗法</b>	<b>网络内</b> 25 美元共付额  <b>网络外</b> 40% 共同保险	<b>网络内</b> 25 美元共付额  <b>网络外</b> 35% 共同保险
<b>救护服务</b> 地面救护车	200 美元共付额	200 美元共付额

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
空中救护车	225 美元共付额	225 美元共付额
交通服务（额外常规）	不承保	不承保
<b>Medicare Part B 处方药</b>		
化疗药物	网络内 20% 的共同保险	网络内 20% 的共同保险
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
其他 Part B 药物	网络内 20% 的共同保险	网络内 20% 的共同保险
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险

#### 额外福利

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
健康俱乐部和健身会员	计划内地点的 0 美元共付额	计划内地点的 0 美元共付额
<b>医疗设备和用品</b>		
糖尿病监测用品	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
耐用医疗设备	网络内 20% 的共同保险	网络内 20% 的共同保险
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险

	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
假肢	网络内 20% 的共同保险	网络内 20% 的共同保险
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
治疗鞋或鞋垫	网络内 0 美元共付额	网络内 0 美元共付额
	网络外 40% 共同保险	网络外 35% 共同保险
<b>足疗服务</b> 承保服务包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>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）。</li> <li>对下肢患某些病症的成员进行常规足部护理。</li> </ul>	网络内 25 美元共付额  网络外 40% 共同保险	网络内 25 美元共付额  网络外 35% 共同保险

\*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 Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
阶段 1：年度处方免赔额		
免赔额	第 3 层级、第 4 层级、第 5 层级 Part D 处方药 195 美元对于所有其他药物，您不必支付任何免赔额，并会立即获得承保。	此计划下的 Part D 药物没有免赔额，此付款阶段不适用。
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）		
第 1 层级 （首选仿制药）	0/0 美元共付额	0/0 美元共付额
第 2 层级 （仿制药）	10/20 美元共付额	10/20 美元共付额
第 3 层级 （首选品牌药）	47/94 美元共付额	47/94 美元共付额
第 4 层级 （非首选药）	100/200 美元共付额	100/200 美元共付额
第 5 层级 （特殊层级）	29% 共同保险/不可用	33% 共同保险/不可用
第 6 层级 （精选保健 药物）	0/0 美元共付额	0/0 美元共付额
标准邮购费用分摊（最多 90 天供应量）		
第 1 层级 （首选仿制药）	0 美元共付额	0 美元共付额
第 2 层级 （仿制药）	20 美元共付额	16 美元共付额



处方药承保	Bright Advantage Flex (PPO)	Bright Advantage Flex Plus (PPO)
<b>第 3 层级</b> (首选品牌药)	94 美元共付额	94 美元共付额
<b>第 4 层级</b> (非首选药)	200 美元共付额	200 美元共付额
<b>第 5 层级</b> (特殊层级)	不可用	不可用
<b>第 6 层级</b> (精选保健 药物)	0 美元共付额	0 美元共付额
<b>阶段 3: 承保缺口</b>		
当您的总药费（包括我们计划和您所支付的药费）达到 <b>4,020 美元</b> 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 <b>25%</b> 的共同保险，或为品牌药支付 <b>25%</b> 的共同保险。		
<b>阶段 4: 灾难性承保</b>		
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 <b>6,350 美元</b> 后，您支付以下较高的金额： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% 的共同保险，或</li> <li>• 仿制药 <b>3.60 美元</b> 的共付额（包括被视为仿制药的品牌药）和所有其他药物的 <b>8.95 美元</b> 的共付额。</li> </ul>		

费用分摊可能根据服务点（邮购、零售、长期护理 (LTC)）、家庭输液、药房是否在您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 Bright Advantage Flex (PPO) 会员。请致电我们的客户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](http://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。
- ☐ 我们的计划允许您看网络外的医疗保健提供者（非签约医疗保健提供者）。然而，虽然我们会支付非签约医疗保健提供者承保的服务的费用，但该提供者必须同意为您提供治疗服务。除急诊或紧急情况外，非签约医疗保健提供者可能拒绝提供医疗服务。此外，您将为非签约医疗保健提供者承保的服务支付更多的共付额。

## 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；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	ראפ און אראפ אונזערע, אפצאל און איר, סעסיונעס פאר איר, און אירע שפראך, יידיש טענען איר און אירע שפראך. (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 serbisyon 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 yáníłti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódíłnih (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.

Kru/Bassa

YI LE: I balè u mpot Ngissi, bot ba ñhola ni kobol mahop, ngui nsaa wogui wo, bayé ha i nyuu yoñ.  
Sebel nsinga. Sebel nsinga (844) 606-4633

Serbo-Croatian

PAŽNJA: Ako govorite engleski, dostupne su vam besplatne usluge za jezičnu pomoć. Pozovite  
(844) 606-4633

Cherokee

ᏆᏍᏗᏅᏍᏗ: ᏚᏂᏍ ᏆᏍᏗᏅᏍᏗ ᏆᏍ, ᏍᏚᏂᏍᏗ ᏍᏗᏅᏍᏗ ᏚᏂᏍᏗᏚᏂᏍ, Ꮪ ᏆᏍᏗ ᏍᏗᏅᏍᏗ ᏆᏍ ᏍᏗᏅᏍᏗ, ᏂᏆ  
ᏚᏂᏍᏗᏚᏂᏍ. ᏚᏅᏍ (844) 606-4633

Burmese

သတိပြုရန်- အကယ်၍ သင်သည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားပြောသူ ဖြစ်ပါက အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ  
ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ပါသည်။ (844) 606-4633 သို့ ခေါ်ဆိုပါ

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.  
(844) 606-4633 પર કોલ કરો.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप अंग्रेज़ी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
(844) 606-4633 पर कॉल करें

Hmong

LUS TSEEM CEEB: Yog koj hais lus As Kiv, muaj kev pab cuam fab lus pab dawb rau koj. Hu rau tus xov  
tooj (844) 606-4633

Karen

တီနိုဒ်/-/နမ့်ကတိအဲကလံးကျိနိုဒ်, /ကျိတိတိစါမါစါတါမါစါတဖဉ်အိဉ်လါနဂီ, /လါနမါနိုအိသုလါအကလိနိုလိ, /ကိး/  
(844) 606-4633

Khmer-Combodian

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស យើងមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។  
សូមទូរស័ព្ទមក (844) 606-4633

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईं अङ्ग्रेजी भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंको लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्।  
(844) 606-4633 मा कल गर्नुहोस्







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](http://www.brighthealthplan.com/medicare)

访问 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://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）。