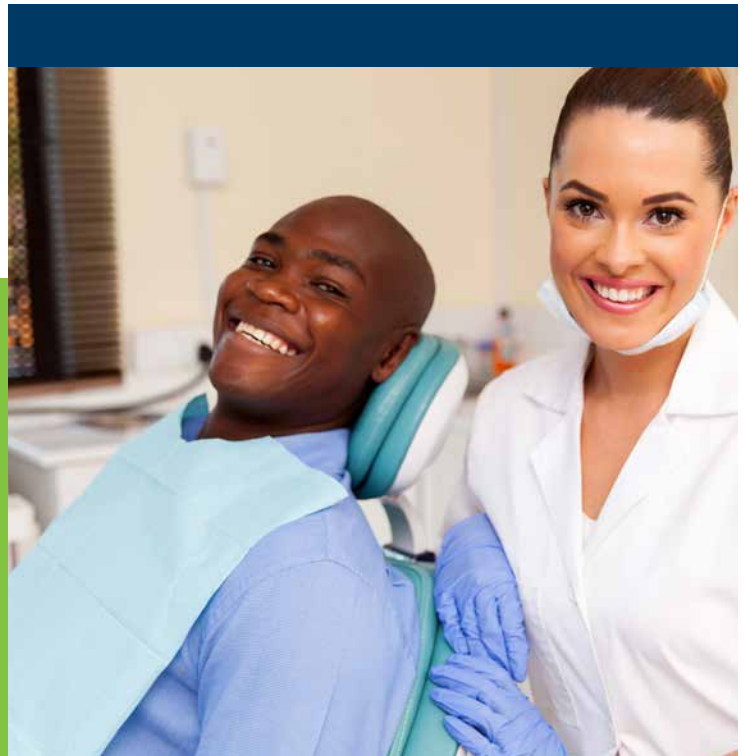


Healthfirst Pro Plus EPO Dental Benefits

Healthfirst Pro Plus plans provide access to both **pediatric and adult dental care**.



Dental Coverage

- **Preventive Care**
 - Teeth cleaning and polishing every six (6) months
- **Routine Care**
 - Dental exams every six (6) months
 - X-rays
 - Amalgam and composite fillings
 - Stainless steel crowns
- **Emergency Dental Care:** includes emergency treatment required to alleviate pain and suffering caused by dental disease or trauma
- **Major Dental Care:** includes periodontic services; endodontic services where hospitalization is not required; prosthodontics, including removable complete or partial dentures plus six (6) months of follow-up care; and orthodontia*

* Adult orthodontia is only covered if medically necessary.

Example of how our dental benefits work hard for hardworking New Yorkers

John has a Healthfirst Pro Plus Gold plan. During his yearly dental checkup and cleaning, his dentist tells him he needs X-rays. John has already met his medical deductible (\$1,000), so he pays only a \$25 copay for his exam and cleaning and an additional \$25 copay for his X-rays.

Health insurance terms you should know:

DEDUCTIBLE – Your deductible is the total annual amount you must pay before your plan will begin to pay for covered services. However, if a service is marked “deductible does not apply,” then your plan will always pay for that service.

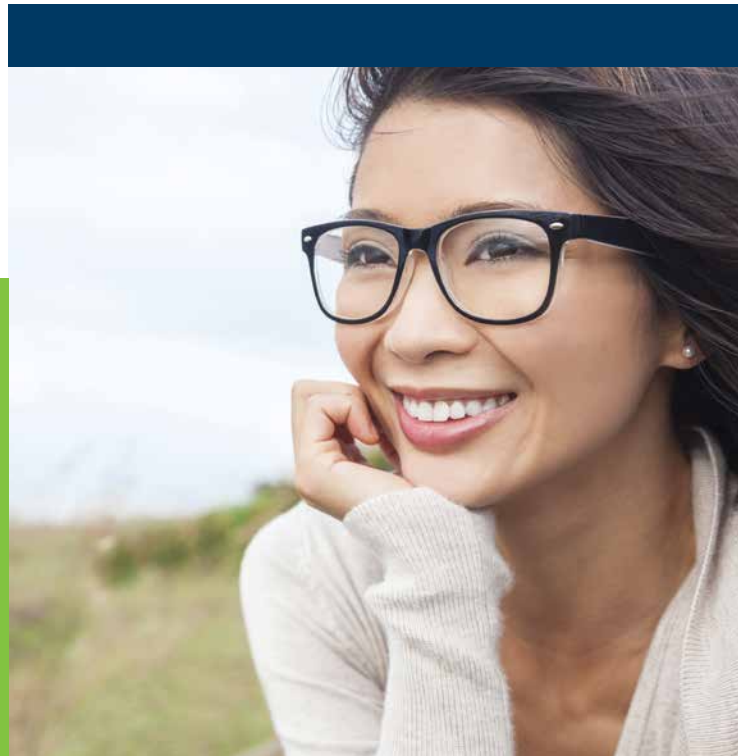
COPAY – The fixed amount you will pay for a covered service after you have met your deductible.

COINSURANCE – The percentage of cost that you will pay for a covered service after you have met your deductible.

	Platinum	Gold	Silver	Bronze
Deductible (Individual/Family)	\$0	\$1,000/ \$2,000	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000
Preventive Care	\$20 copay	\$25 copay; deductible does not apply	\$30 copay; deductible does not apply	20% coinsurance after deductible
Routine Dental Care	\$20 copay	\$25 copay after deductible	\$30 copay after deductible	20% coinsurance after deductible
Major Dental Care	15% coinsurance	20% coinsurance after deductible	25% coinsurance after deductible	20% coinsurance after deductible

Healthfirst Pro Plus EPO Vision Benefits

Healthfirst Pro Plus plans provide access to both **pediatric and adult vision care**.



Vision Coverage

- **Vision Exam: every 12 months**
 - External/Internal examination of the eye
 - Color vision testing
 - Recommendation for corrective lenses, if necessary
- **Lenses & Frames or Contact Lenses:**
 - **Lenses & Frames: one pair every 12 months**
 - Includes UV/antireflective coating, tints, and scratch resistance
 - **Contact Lenses: every 12 months**
 - Conventional or disposable

In addition, you have a **\$130 annual allowance** towards a purchase of contact lenses or eyeglasses as a part of your vision benefit.

Example of how our vision benefits work hard for hardworking New Yorkers

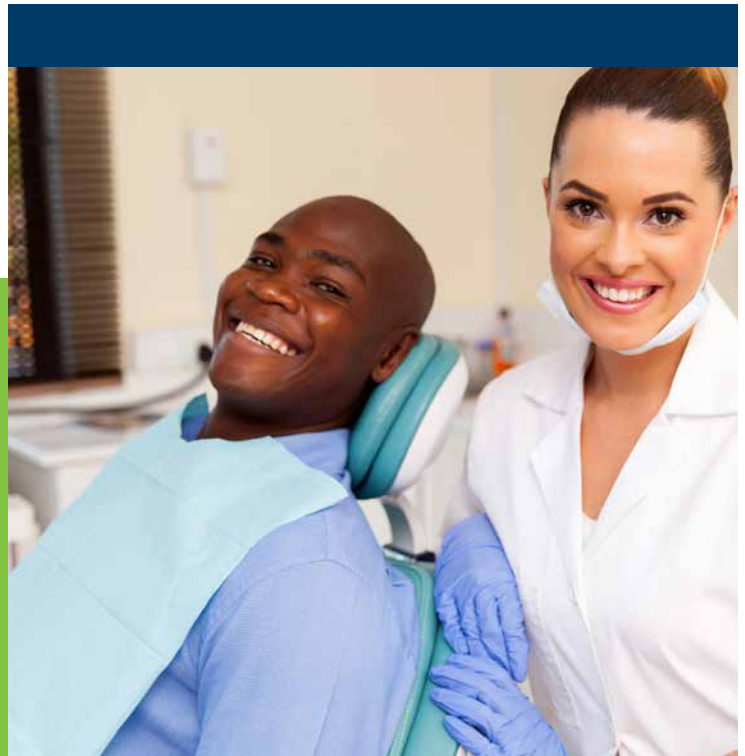
Michelle has a Healthfirst Pro Plus Gold plan. When she went to her eye doctor for her annual vision exam, she found out she needed glasses. She pays a \$10 copay for her eye exam, a \$25 copay for her lenses, and has her choice of frames. Collection frames have either a \$0 or \$25 copay, while retail frames from in-network locations come with a \$130 allowance and a 20% discount after that allowance.

	Platinum	Gold	Silver	Bronze
Deductible (Individual/Family)	\$0	\$1,000/ \$2,000	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000
Vision Exams	\$10 copay	\$10 copay; deductible does not apply	\$10 copay; deductible does not apply	\$10 copay after deductible
Eyeglass Lenses, Frames, & Contact Lenses*	\$25 copay	\$25 copay; deductible does not apply	\$25 copay; deductible does not apply	\$25 copay after deductible

*A \$130 allowance applies to eyeglasses and contact lenses; copay applies to contact lens fitting.

EPO Pro Plus de Healthfirst Beneficios dentales

Los planes Pro Plus de Healthfirst brindan acceso a **cuidado dental tanto para niños como para adultos.**



Ejemplo de cómo nuestros beneficios dentales cubren a los trabajadores neoyorquinos

Juan tiene un plan Pro Plus de Oro de Healthfirst. Mientras le realizaba la limpieza en su chequeo dental anual, el dentista le dice que necesita radiografías. Juan ya alcanzó su deducible médico (\$1,000), por lo que efectuará solamente un copago de \$25 por el examen y la limpieza y un copago adicional de \$25 por las radiografías.

Términos relacionados con los seguros médico que usted debe saber:

DEDUCIBLE – monto total anual que usted tiene que pagar de su bolsillo antes de que su plan empiece a pagar los servicios cubiertos. No obstante, si un servicio indica “no se aplica el deducible”, su plan siempre pagará ese servicio.

COPAGO – monto fijo que usted pagará por un servicio cubierto después de haber alcanzado su deducible.

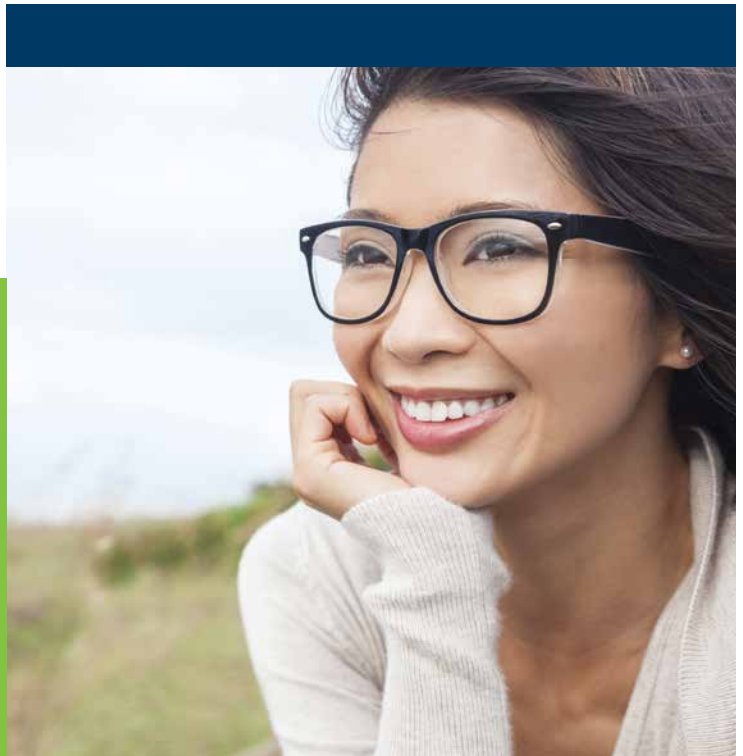
COSEGURO – porcentaje del costo que usted pagará por un servicio cubierto después de alcanzar su deducible.

Cobertura dental

- **Cuidado preventivo**
 - Limpieza y pulido de dientes cada seis (6) meses
- **Cuidado de rutina**
 - Exámenes dentales cada seis (6) meses
 - Radiografías
 - Amalgamas y empastes compuestos
 - Coronas de acero inoxidable
- **Atención dental de emergencia:** incluye el tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento que causan los traumatismos o las enfermedades dentales
- **Cuidado dental mayor:** incluye servicios de periodoncia, endodoncia que no necesite una hospitalización, prostodoncia (como dentaduras postizas completas o parciales, además de seis (6) meses de cuidado de seguimiento) y ortodoncia*

* La ortodoncia para adultos se cubre solo si es necesaria desde el punto de vista médico.

	Platino	Oro	Plata	Bronce
Deducible (individual/familiar)	\$0	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000	\$5,000/ \$10,000
Cuidado preventivo	Copago de \$20	Copago de \$25; no se aplica el deducible	Copago de \$30; no se aplica el deducible	Coseguro del 20% después del deducible
Cuidado dental de rutina	Copago de \$20	Copago de \$25 después del deducible	Copago de \$30 después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible
Cuidado dental mayor	Coseguro del 15%	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 25% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible



EPO Pro Plus de Healthfirst Beneficios de la vista

Los planes Pro Plus de Healthfirst brindan acceso a **cuidado de la vista tanto para niños como para adultos.**

Cobertura para la vista

- **Examen de la vista: cada 12 meses**
 - Examen externo o interno del ojo
 - Examen de visión cromática
 - Recomendación para lentes correctivos, si es necesario
- **Lentes y marcos o lentes de contacto:**
 - **Lentes y marcos: un par cada 12 meses**
 - Incluye revestimiento antirreflejo/UV, tintes y recubrimiento resistente a los rayones
 - **Lentes de contacto: cada 12 meses**
 - Convencionales o desechables

Además, usted tiene un **beneficio anual de \$130** para comprar lentes de contacto o anteojos como parte de su beneficio de la vista.

Ejemplo de cómo nuestros beneficios de la vista cubren a los trabajadores neoyorquinos

Claudia tiene un plan Pro Plus de Oro de Healthfirst. Cuando fue a ver a su oftalmólogo para hacerse el examen anual de la vista, se enteró de que necesitaba anteojos. Ella efectúa un copago de \$10 por su examen de la visión y otro de \$25 por sus lentes de contacto y además tiene la opción de elegir el marco. Los marcos de colección tienen un copago de \$0 o \$25, mientras que los marcos de venta minorista que se obtienen en lugares dentro de la red vienen con un beneficio de \$130 y un descuento del 20% después de dicho beneficio.

	Platino	Oro	Plata	Bronce
Deducible (individual/familiar)	\$0	\$1,000/ \$2,000	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000
Exámenes de la vista	Copago de \$10	Copago de \$10; no se aplica el deducible	Copago de \$10; no se aplica el deducible	Copago de \$10 después del deducible
Lentes y marcos para anteojos y lentes de contacto*	Copago de \$25	Copago de \$25; no se aplica el deducible	Copago de \$25; no se aplica el deducible	Copago de \$25 después del deducible

*Se aplica un beneficio de \$130 para anteojos y lentes de contacto; el copago se aplica al ajuste de lentes de contacto.

第一保健康安加惠EPO計劃 (Healthfirst Pro Plus EPO) 牙科福利

第一保健康安加惠計劃
既提供兒童牙科護理，
也提供成年人牙科護理。



請看我們的牙科福利如何為辛勤工作的紐約人 辛勤服務

約翰參加了第一保健康安加惠計劃 (Healthfirst Pro Plus Gold plan)。在其年度牙科檢查與洗牙時，他的牙醫告訴他需要照X光。約翰已經達到了他的醫療護理自付扣除金限額 (\$1,000)，所以他只需為檢查與洗牙支付 \$25 定額手續費，再加上為他的X光支付 \$25 定額手續費。

牙科承保

- **預防護理**
 - 每六 (6) 個月一次洗牙與拋光
- **例行護理**
 - 每六 (6) 個月一次牙科檢查
 - X光
 - 汞合金與複合材料補牙
 - 不鏽鋼牙冠
- **牙科急診護理**：包括為了減輕牙科疾病或創傷導致的疼痛而必須進行的急診治療
- **重大牙科護理**：包括牙周病服務、無需住院的根管治療服務、義齒 (包括活動全口假牙或局部假牙加上六 (6) 個月跟進護理)、及齒列矯正*

* 成年人齒列矯正只有在醫療上必需的情況下方予承保。

您應該知道的醫療保險用語：

自付扣除金 (DEDUCTIBLE) – 您的自付扣除金是在您的計劃開始為承保服務付費之前，您必須先支付的年度總額。但是，如果一項服務標註為「自付扣除金不適用」，那麼您的計劃總會為該項服務付費。

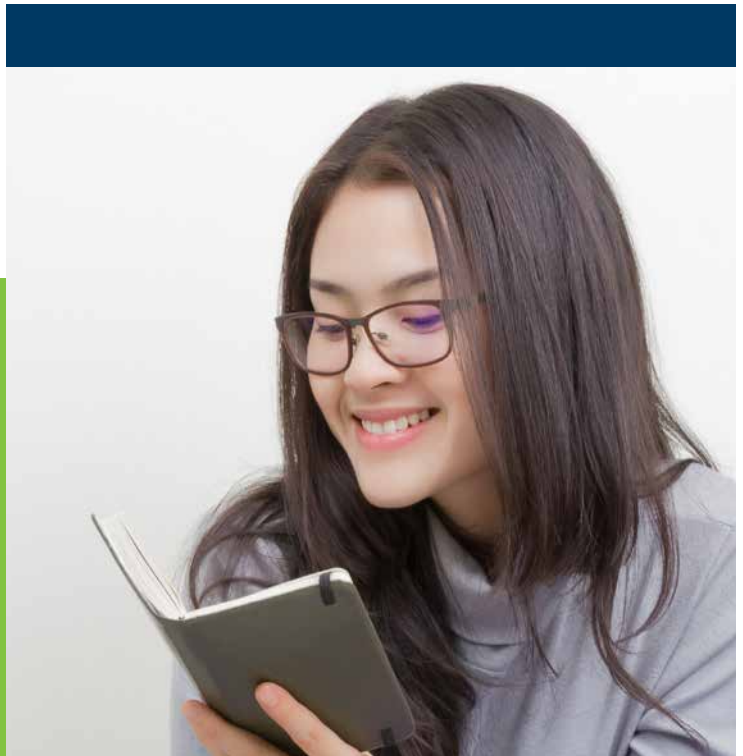
定額手續費 (COPAY) – 在您付清自付扣除金之後您為一項承保服務所支付的固定數額。

共同保險 (COINSURANCE) – 在您付清自付扣除金之後您為一項承保服務所支付的費用百分比。

	白金級	黃金級	白銀級	青銅級
自付扣除金 (個人/家庭)	\$0	\$1,000/ \$2,000	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000
預防護理	\$20 定額手續費	\$25 定額手續費； 自付扣除金不適用	\$30 定額手續費； 自付扣除金不適用	達到自付扣除金限額 之後 20% 共同保險
常規牙科護理	\$20 定額手續費	達到自付扣除金限額之後 \$25 定額手續費	達到自付扣除金限額之後 \$30 定額手續費	達到自付扣除金限額 之後 20% 共同保險
重大牙科護理	15% 共同保險	達到自付扣除金限額之後 20% 共同保險	達到自付扣除金限額之後 25% 共同保險	達到自付扣除金限額 之後 20% 共同保險

第一保健康安加惠EPO計劃 (Healthfirst Pro Plus EPO) 視覺福利

第一保健康安加惠計劃
既提供兒童視覺護理，
也提供成年人視覺護理。



視覺承保

- **眼睛檢查：每12個月一次**
 - 眼睛外部／內部檢查
 - 色覺測試
 - 建議配置矯正鏡片（如有需要）
- **鏡片與眼鏡架或隱形眼鏡：**
 - 鏡片與眼鏡架：每12個月配一副
 - 包括防紫外線／抗反射塗層、染色與抗擦劃塗層
 - 隱形眼鏡：每12個月配一次
 - 常規型或日拋型

此外，作為您的視覺福利的一部份，您有**每年\$130用款額度**可供購買隱形眼鏡或眼鏡。

請看我們的視覺福利如何為辛勤工作的紐約人辛勤服務

米歇爾參加了第一保健黃金康安加惠計劃（Healthfirst Pro Plus Gold plan）。在她去眼科醫生處進行年度眼睛檢查時發現自己需要戴眼鏡。她為眼睛檢查支付\$10定額手續費，為她的鏡片支付\$25定額手續費，並且可以自己選擇眼鏡架。系列鏡架\$0或\$25定額手續費，而網絡內服務點的零售鏡架則有\$130用款額度，超出部份還可以享有20%的折扣。

	白金級	黃金級	白銀級	青銅級
自付扣除金 (個人／家庭)	\$0	\$1,000/ \$2,000	\$2,000/ \$4,000	\$5,000/ \$10,000
視覺檢查	\$10定額手續費	\$10定額手續費； 自付扣除金不適用	\$10定額手續費； 自付扣除金不適用	達到自付扣除金限額 之後\$10定額手續費
眼鏡鏡片、鏡架與 隱形眼鏡*	\$25定額手續費	\$25定額手續費； 自付扣除金不適用	\$25定額手續費； 自付扣除金不適用	達到自付扣除金限額 之後\$25定額手續費

*眼鏡與隱形眼鏡有\$130的用款額度；定額手續費適用於隱形眼鏡適配。