























BENEFITS		Medicare Original (2022)	Signature (PPO) de Healthfirst
	Prima mensual del plan	 \$170.10; puede variar en función de sus ingresos y el monto de asistencia financiera que reciba.	\$0
	Proveedor de cuidado primario	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$0 dentro de la red/copago de \$50 fuera de la red
	Deducible médico	Deducible de \$233	Deducible de \$1,000 (se aplica a determinados servicios fuera de la red)
	Especialista	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$45 dentro de la red/copago de \$60 fuera de la red
CUIDADO DE LA VISION	Examen anual de rutina	Sin cobertura	Copago de \$0
	Anteojos	 Sin cobertura	Beneficio de \$250 cada 2 años para anteojos o lentes de contacto
SERVICIOS DE LA AUDICIÓN	Examen anual de rutina	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Audífonos	Sin cobertura	Copago de \$0-\$1,475 por audífono cada año <sup>2</sup>
CUIDADO DENTAL	Limpiezas, exámenes y radiografías	 Sin cobertura	Copago de \$0 dentro de la red/copago de \$20 fuera de la red <sup>1</sup>
	Extracciones, dentaduras postizas, coronas y más	Sin cobertura	Copago de \$0 dentro de la red/copago de \$0-\$100 fuera de la red <sup>1</sup>
	Medicamentos genéricos (suministro para un mes)	 Sin cobertura	Nivel 1 (genéricos preferidos): copago de \$0 Nivel 2 (genéricos <sup>3</sup> ): copago de \$10
	Deducible por medicamentos recetados	 Sin cobertura	\$250 (niveles 4-5)
	Artículos de venta libre (OTC)	 Sin cobertura	Sin cobertura
	Servicios de transporte de rutina	 Sin cobertura	Sin cobertura
	Tarjeta Flex	 Sin cobertura	\$700 por año para costo compartido para la visión, la audición y dental
	Cuidado hospitalario para pacientes internos	 Deducible de \$1,556 para cada período de beneficios Días 1-60: copago de \$0 por día Días 61-90: copago de \$389 por día Días 91-150: copago de \$778 por día	Dentro de la red: Días 1-3: \$502 por día; a partir del día 4+: \$0 por día Días adicionales ilimitados Costo compartido fuera de la red Coseguro del 40% después del deducible de \$1,000.
	Atención de emergencia	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$95
	Atención de urgencia	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$60
	Clínica de salud minorista Diagnóstico para pacientes ambulatorios	 Sin cobertura	Copago de \$15
	Procedimientos y exámenes	 Deducible de \$233 y coseguro del 20% por servicios de médico; otros servicios pueden requerir copago.	Copago de \$50
	Consulta anual de bienestar y exámenes médicos	 Copago de \$0	Copago de \$0
	Acupuntura complementaria	 Sin cobertura	Copago de \$0; 12 consultas por año
	Teladoc	 Sin cobertura	Copago de \$0
	SilverSneakers®	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Apoyos y servicios a largo plazo	 Sin cobertura	Sin cobertura
	Cobertura de emergencias en todo el mundo	 Generalmente sin cobertura, con excepciones	Sin máximo

<sup>1</sup>La cantidad máxima de beneficios del plan es \$1,500 por año para servicios preventivos e integrales combinados.

<sup>2</sup>Copagos de \$0-\$1,475 según el nivel tecnológico.

<sup>3</sup>Algunos medicamentos genéricos se encuentran en niveles más altos, con copagos más altos. Los servicios de cuidado de la salud fuera de la red pueden tener costos más altos.

Si tiene preguntas o comentarios, llame al Plan Medicare de Healthfirst al 1-877-237-1303 (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Healthfirst Health Plan, Inc. o Healthfirst Insurance Company, Inc. proporciona la cobertura y ofrece planes HMO y PPO que tienen contratos con el gobierno federal. Healthfirst Health Plan, Inc. tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Nueva York para sus planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato. Los planes contienen exclusiones y limitaciones. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. La telemedicina (Teladoc) no es un reemplazo de su proveedor de cuidado primario (PCP). Su PCP debe ser siempre su primera opción para obtener cuidado (para consultas en persona y virtuales). Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.