






















BENEFITS		Original Medicare ¹	CompleteCare (HMO D-SNP)
	Monthly Plan Premium	 \$148.50; may vary depending on your income and the amount of financial assistance you receive	\$0
	Primary Care Provider	 \$203 deductible and 20% coinsurance	\$0 copay
	Specialist	 \$203 deductible and 20% coinsurance	\$0 copay
VISION	Routine Annual Exam	 No coverage	\$0 copay
	Eyewear	No coverage	\$400 allowance every year for 1 pair of eyeglasses or contact lenses
HEARING	Routine Annual Exam	 No coverage	\$0 copay ²
	Hearing Aids	No coverage	Hearing aids as medically necessary*
DENTAL	Cleanings, Exams, X-rays	 No coverage	\$0 copay
	Other Dental Services	No coverage	\$0 copay for extractions, dentures, crowns, ² and more
	Generic Drugs (one-month supply)	 No coverage	\$0 copay
	Rx Deductible	 No coverage	\$0
	Over-the-Counter (OTC) Items	 No coverage	Get \$170/month (\$2,040 per year)**
	Routine Transportation	 No coverage	Unlimited round trips to an approved provider location [†]
	Inpatient Hospital Care	 \$1,484 deductible for each benefit period Days 1–60: \$0 copay per day; Days 61–90: \$371 copay per day; Days 91–150: \$742 copay per day	Days 1+: \$0 copay per day
	Emergency Care	 \$203 deductible and 20% coinsurance; worldwide care is generally not available, but there are exceptions	\$0 copay
	Urgent Care Coverage	 \$203 deductible and 20% coinsurance	\$0 copay
	Retail Health Clinic	 No coverage	\$0 copay
	Outpatient Diagnostic Procedures, Tests, and Lab Services	 \$203 deductible and 20% coinsurance for doctor services; a copay may be required for other services; 100% coverage of lab services	\$0 copay for lab services, diagnostic procedures, and tests
	Annual Wellness Visit and Health Screenings	 \$0 copay	\$0 copay
	Supplemental Acupuncture	 No coverage	\$0 copay; 35 visits per year
	Teladoc	 No coverage	\$0 copay
	SilverSneakers®	 No coverage	\$0 copay
	Long-Term Care Services and Supports	 No coverage	Covered
	Worldwide Emergency Coverage	 No coverage	\$200,000

¹2021 Original Medicare benefits.





















²Implants are covered under Medicaid benefits.

*Entry-level and basic-level hearing aids only.

**OTC items are subject to the plan's list of eligible items and the plan's participating network of retail and online providers.

[†]Healthfirst will cover Non-Emergency Medicaid-covered transportation provided that it is included as a Managed Long-Term Care benefit by the New York State Department of Health.

If you have questions or comments, please call Healthfirst Member Services at 1-877-237-1303 (TTY 1-888-542-3821), 7 days a week, 8am–8pm. Coverage is provided by Healthfirst Health Plan, Inc. Plans contain exclusions and limitations. Healthfirst Health Plan, Inc. is an HMO plan with a Medicare contract and a contract with the New York Medicaid program. Enrollment in Healthfirst Medicare Plan depends on contract renewal. SilverSneakers is a registered trademark of Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. All rights reserved. Telemedicine (Teladoc) isn't a replacement for your primary care provider (PCP). Your PCP should always be your first choice for care (both in-person and virtual visits). Healthfirst complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

BENEFICIOS		Original Medicare ¹	Atención Integral (HMO D-SNP)
	Prima mensual del plan	 \$148.50; puede variar en función de sus ingresos y el monto de asistencia financiera que reciba.	\$0
	Proveedor de cuidado primario	 Deducible de \$203 y coseguro del 20%	Copago de \$0
	Especialista	 Deducible de \$203 y coseguro del 20%	Copago de \$0
CUIDADO DE LA VISIÓN	Examen anual de rutina	Sin cobertura	Copago de \$0
	Anteojos	 Sin cobertura	Beneficio de \$400 cada año para 1 par de anteojos o lentes de contacto
SERVICIOS DE LA AUDICIÓN	Examen anual de rutina	Sin cobertura	Copago de \$0 ²
	Audífonos	 Sin cobertura	Audífonos en caso de ser médicamente necesarios*
CUIDADO DENTAL	Limpiezas, exámenes y radiografías	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Otros servicios dentales	Sin cobertura	Copago de \$0 por extracciones, dentaduras postizas, coronas ² y más
	Medicamentos genéricos (suministro para un mes)	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Deducible por medicamentos recetados	 Sin cobertura	\$0
	Artículos de venta libre (OTC)	 Sin cobertura	Recibe \$170/mes (\$2,040 al año)**
	Servicios de transporte de rutina	 Sin cobertura	Viajes de ida y vuelta ilimitados a las sucursales de los proveedores aprobados [†]
	Cuidado hospitalario para pacientes internos	 Deducible de \$1,484 para cada período de beneficios Días 1-60: copago de \$0 por día Días 61-90: copago de \$371 por día Días 91-150: copago de \$742 por día	A partir del día 1: copago de \$0 por día
	Atención de emergencia	 Deducible de \$203 y coseguro del 20%; los cuidados a nivel mundial generalmente no están disponibles, pero existen excepciones.	Copago de \$0
	Cobertura para atención de urgencia	Deducible de \$203 y coseguro del 20%	Copago de \$0
	Clínica de salud minorista	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Procedimientos de diagnóstico, exámenes y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios	 Deducible de \$203 y coseguro del 20% por servicios de médico; otros servicios pueden requerir copago; cobertura del 100% para servicios de laboratorio.	Copago de \$0 por servicios de laboratorio, procedimientos y exámenes de diagnóstico
	Consulta anual de bienestar y exámenes médicos	 Copago de \$0	Copago de \$0
	Acupuntura complementaria	 Sin cobertura	Copago de \$0; 35 consultas por año
	Teladoc	 Sin cobertura	Copago de \$0
	SilverSneakers®	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Apoyos y servicios a largo plazo	 Sin cobertura	Cubiertos
	Cobertura de emergencias en todo el mundo	 Sin cobertura	\$200,000

¹Beneficios de Medicare Original del 2021.

²Los implantes están cubiertos como beneficio de Medicaid.

*Solo audífonos de nivel inicial y básico.

**Solo se pueden comprar artículos de venta sin receta (OTC) incluidos en la lista de artículos elegibles del plan, a través de la red de comercios minoristas y tiendas en línea que participan en el plan.

[†]Healthfirst cubrirá el transporte cubierto por Medicaid que no sea de emergencia, siempre y cuando esté incluido como un beneficio de atención administrada a largo plazo por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Si tiene preguntas o comentarios, llame a Servicios a los Miembros 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. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones. Healthfirst Health Plan, Inc. es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y otro con el programa Medicaid de Nueva York. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. El servicio de telemedicina (Teladoc) no reemplaza a su proveedor de cuidado primario (PCP). Su PCP debe ser siempre su primera opción para los cuidados (consultas en persona o virtuales). Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

福利		傳統老人醫療保險 ¹	惠康護理計劃 (管理式保健計劃—雙重資格特殊需要計劃) CompleteCare (HMO D-SNP)
	每月計劃保費	 \$148.50;可能因您的收入和您接受的財務補助數額而異	\$0
	主治醫生	 \$203自付扣除金和20%共同保險	\$0定額手續費
	專科醫生(Specialist)	 \$203自付扣除金和20%共同保險	\$0定額手續費
視覺	例行年度檢查	 不予承保	\$0定額手續費
	眼鏡	不予承保	每年\$400用款額度供購買1副眼鏡或隱形眼鏡
聽力護理	例行年度檢查	 不予承保	\$0定額手續費 ⁵
	助聽器	不予承保	醫療上必需的助聽器 ⁶
牙科護理	洗牙、檢查、X光	 不予承保	\$0定額手續費
	其他牙科服務	不予承保	拔牙、假牙、牙冠 ⁷ 及更多服務\$0定額手續費
	副廠藥 (一個月藥量)	 不予承保	\$0定額手續費
	配藥自付扣除金	 不予承保	\$0
	非處方自選藥物與用品(OTC)項目	 不予承保	每月\$170(每年\$2,040) ⁸
	常規交通	 不予承保	無限次往返得到核准的服務提供者服務地點 ⁹
	醫院住院護理	 每一福利期\$1,484自付扣除金 第1至第60天：每天\$0定額手續費； 第61至第90天：每天\$371定額手續費 第91至第150天：每天\$742定額手續費	第1天及以上：每天\$0定額手續費
	急診護理	 \$203自付扣除金和20%共同保險； 一般情況下不提供全世界範圍護理，但有例外情況	\$0定額手續費
	緊急醫療護理承保	\$203自付扣除金和20%共同保險	\$0定額手續費
	零售醫療診所	 不予承保	\$0定額手續費
	門診診斷程序、測試及化驗服務	 醫生服務\$203自付扣除金和20%共同保險； 其他服務可能必須支付定額手續費；化驗服務100%承保	化驗服務、診斷程序與測試\$0定額手續費
	年度保健門診和健康篩檢	 \$0定額手續費	\$0定額手續費
	補充針灸	 不予承保	\$0定額手續費；每年35次門診
	遠程醫療(Teladoc)	 不予承保	\$0定額手續費
	SilverSneakers®	 不予承保	\$0定額手續費
	長期護理服務與支持	 不予承保	承保
	全球急診承保	 不予承保	\$200,000

¹2021年傳統老人醫療保險福利。

²植牙由醫療補助福利承保。

³僅限初級與基礎助聽器。

⁴自選藥物與用品受計劃符合規定的物品列表以及計劃網絡內零售商與網上服務提供者的制約。

⁵第一保健承保紐約州衛生署在管理式長期護理福利下提供的由醫療補助承保的非急診交通。

如果您有疑問或意見，請致電第一保健會員服務部，電話號碼是1-877-237-1303（聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821），服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時。承保由第一保健健保計劃公司（Healthfirst Health Plan, Inc.）提供。計劃含有不予承保和限制事項。第一保健健保計劃公司（Healthfirst Health Plan, Inc.）是持有聯邦老人醫療保險合約並與紐約州醫療補助計劃簽有合約的管理式保健計劃。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。SilverSneakers是Tivity Health, Inc.的註冊商標。© 2021 Tivity Health, Inc.保留全部權利。遠程醫療（Teladoc）不能取代您的主治醫生。您的主治醫生應該永遠是您的醫療護理（當面門診與遠程門診）的首選。第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。