

2022 Healthfirst Leaf Premier Plans

		Healthfirst Platinum Leaf Premier	Healthfirst Gold Leaf Premier	Healthfirst Gold Leaf Premier Plus	Healthfirst Silver Leaf Premier	Healthfirst Silver Leaf Premier (for households with lower incomes)*	Healthfirst Silver Leaf Premier Plus	Healthfirst Silver Leaf Premier Plus (for households with lower incomes)*	Healthfirst Bronze Leaf Premier
	Deductible 	\$0	\$850	\$700	\$4,850	\$4,200	\$3,370	\$2,800	\$5,250
	Maximum Out-of-Pocket 	\$2,000	\$6,000	\$6,000	\$8,700	\$6,800	\$8,700	\$6,800	\$8,700
DOCTOR VISITS	Annual Checkup (Preventive Care)† 	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay
	Primary Care Provider (PCP) Visit‡ 	\$10 copay	\$20 copay†	\$20 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$50 copay†
	Specialist Doctor Visit‡	\$40 copay	\$40 copay	\$40 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$75 copay
	Retail Health Clinics 	\$10 copay	\$20 copay†	\$20 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$50 copay†
FACILITY CARE	Urgent Care 	\$55 copay	\$60 copay	\$60 copay	\$70 copay	\$70 copay	\$70 copay	\$70 copay	\$75 copay
	Emergency Room 	\$100 copay	\$175 copay	\$175 copay	\$250 copay	\$250 copay	\$350 copay	\$350 copay	\$500 copay
	Ambulance 	\$100 copay	\$150 copay	\$150 copay	\$150 copay	\$150 copay	\$150 copay	\$150 copay	\$300 copay
	Surgery 	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$150 copay
	Outpatient Facility 	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$100 copay	\$150 copay
	Inpatient Facility/Skilled Nursing Facility 	\$500 per admission	\$1,000 per admission	\$1,000 per admission	\$1,500 per admission	\$1,500 per admission	\$1,500 per admission	\$1,500 per admission	\$1,500 copay per admission
SERVICES	Physical, Occupational, and Speech Therapies‡	\$25 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$55 copay	\$50 copay
	Diagnostic X-rays (PCP office) 	\$10 copay	\$20 copay†	\$20 copay	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay	\$30 copay	\$75 copay
	Diagnostic X-rays (outpatient facility)	\$40 copay	\$40 copay†	\$40 copay	\$55 copay†	\$55 copay†	\$55 copay	\$55 copay	\$75 copay
Rx DRUGS	Generic Drugs (Tier 1)	\$5 copay	\$7 copay†	\$7 copay†	\$10 copay†	\$10 copay†	\$10 copay†	\$10 copay†	\$10 copay††
	Brand Name Preferred Drugs (Tier 2) 	\$50 copay	\$50 copay†	\$50 copay†	\$55 copay†	\$55 copay†	\$55 copay†	\$55 copay†	\$35 copay††
	Brand Name Non-Preferred Drugs (Tier 3)	\$85 copay	\$100 copay†	\$100 copay†	\$100 copay†	\$100 copay†	\$100 copay†	\$100 copay†	\$70 copay††
	90-Day Mail-Order Supply for Generic Drugs (Tier 1)	\$10 copay	\$14 copay†	\$14 copay†	\$20 copay†	\$20 copay†	\$20 copay†	\$20 copay†	\$20 copay††
DENTAL	Preventive and Routine Dental Care 	\$10 copay	\$20 copay†	\$20 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$30 copay†	\$50 copay
	Major Dental Care	\$10 copay	\$20 copay	\$20 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$50 copay
VISION	Vision Exams 	\$10 copay	\$20 copay	\$20 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$30 copay	\$50 copay
	Eyeglass Lenses & Frames**	10% coinsurance	20% coinsurance	20% coinsurance	30% coinsurance	25% coinsurance	30% coinsurance	30% coinsurance	50% coinsurance
	Contact Lenses** 	10% coinsurance	20% coinsurance	20% coinsurance	30% coinsurance	25% coinsurance	30% coinsurance	30% coinsurance	50% coinsurance

The deductible and maximum out-of-pocket costs shown in this grid are for individual coverage only. To learn more about costs for spouse and family coverage, contact a Healthfirst representative.

*Eligibility for savings with this version of the Healthfirst Silver Leaf Premier and Healthfirst Silver Leaf Premier Plus plans is dependent on income ranges that are calculated within 200%–250% of the federal poverty guidelines (FPL).

**Allowance applies to eyeglass frames and contact lenses purchased.

†No deductible or copay applies to the preventive care visits defined by the Affordable Care Act.

††For the Bronze Leaf and Leaf Premier plans, the deductible applies to all services combined (medical, dental, vision [including lenses/frames], and prescription drugs).

*Not subject to deductible.

‡Copay applies to both in-person and virtual visits.



Questions about our Leaf Plans?









Contact us at:

1-888-974-5809
(TTY 1-888-542-3821)

Monday to Friday, 9am–8pm
Extended hours from Nov. 1, 2021 to Jan. 31, 2022:
Monday to Saturday, 8am–8pm

joinhealthfirst.org

2022 Planes Hoja Premier de Healthfirst

		Plan Hoja de Platino Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Oro Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Oro Premier Plus de Healthfirst	Plan Hoja de Plata Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Plata Premier de Healthfirst (para familias con menores ingresos)*	Plan Hoja de Plata Premier Plus de Healthfirst	Plan Hoja de Plata Premier Plus de Healthfirst (para familias con menores ingresos)*	Plan Hoja de Bronce Premier de Healthfirst
	Deducible 	\$0	\$850	\$700	\$4,850	\$4,200	\$3,370	\$2,800	\$5,250
	Gasto máximo de bolsillo 	\$2,000	\$6,000	\$6,000	\$8,700	\$6,800	\$8,700	\$6,800	\$8,700
CONSULTAS MÉDICAS	Chequeo anual (cuidado preventivo)† 	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
	Consulta con el proveedor de cuidado primario (PCP)§ 	Copago de \$10	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$50†
	Consultas con especialistas§	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$75
	Clínicas de salud minoristas 	Copago de \$10	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$50†
CUIDADO EN UN CENTRO	Atención de urgencia 	Copago de \$55	Copago de \$60	Copago de \$60	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$75
	Sala de emergencias 	Copago de \$100	Copago de \$175	Copago de \$175	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$350	Copago de \$350	Copago de \$500
	Ambulancia 	Copago de \$100	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$300
	Cirugía 	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$150
	Centro para pacientes ambulatorios 	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$150
	Centros para pacientes internos/centros de enfermería especializada 	\$500 por ingreso	\$1,000 por ingreso	\$1,000 por ingreso	\$1,500 por ingreso	\$1,500 por ingreso	\$1,500 por ingreso	\$1,500 por ingreso	Copago de \$1,500 por ingreso
SERVICIOS	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla§ 	Copago de \$25	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$50
	Radiografías de diagnóstico (consultorio del PCP) 	Copago de \$10	Copago de \$20†	Copago de \$20	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$75
	Radiografías de diagnóstico (centro para pacientes ambulatorios)	Copago de \$40	Copago de \$40†	Copago de \$40	Copago de \$55†	Copago de \$55†	Copago de \$55	Copago de \$55	Copago de \$75
MEDICAMENTOS RECETADOS	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$5	Copago de \$7†	Copago de \$7†	Copago de \$10†	Copago de \$10†	Copago de \$10†	Copago de \$10†	Copago de \$10††
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) 	Copago de \$50	Copago de \$50†	Copago de \$50†	Copago de \$55†	Copago de \$55†	Copago de \$55†	Copago de \$55†	Copago de \$35††
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$85	Copago de \$100†	Copago de \$100†	Copago de \$100†	Copago de \$100†	Copago de \$100†	Copago de \$100†	Copago de \$70††
	Pedidos por correo de medicamentos genéricos para 90 días (Nivel 1)	Copago de \$10	Copago de \$14†	Copago de \$14†	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$20††
COBERTURA DENTAL	Atención dental de rutina y preventiva 	Copago de \$10	Copago de \$20†	Copago de \$20†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$30†	Copago de \$50
	Cuidado dental mayor	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$50
SERVICIOS DE LA VISTA	Exámenes de la vista 	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$50
	Lentes y marcos de anteojos**	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%	coseguro del 25%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
	Lentes de contacto** 	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%	coseguro del 25%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%

Los costos de deducible y de gasto máximo de bolsillo que figuran en esta tabla son solo para cobertura individual. Para obtener más información sobre los costos de cobertura familiar o de cónyuge, comuníquese con un representante de Healthfirst.

*La elegibilidad para el ahorro con esta versión de los planes Hoja de Plata Premier de Healthfirst y Hoja de Plata Premier Plus de Healthfirst dependen del rango de ingresos, que se calculan dentro del porcentaje de 200% a 250% del índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

** La asignación se aplica a marcos de anteojos y lentes de contacto comprados.

† No se aplican deducibles ni copagos a las consultas de cuidado preventivo según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act).

†† Para el plan Hoja de Bronce y los planes Hoja Premier se aplica el deducible a todos los servicios combinados (médicos, dentales, de la vista [incluidos lentes y marcos] y medicamentos recetados).

‡ No está sujeto al deducible.

§ El copago se aplica tanto a las consultas en persona como a las consultas virtuales.



¿Tiene preguntas sobre nuestros planes Hoja?

Comuníquese con nosotros al

1-888-974-5809
(TTY 1-888-867-4132)

de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m.
Horario extendido desde el 1 de noviembre de 2021 hasta el 31 de enero de 2022: de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

joinhealthfirst.org

2022 第一保健「人人享有」 加惠健保計劃

第一保健「人人享有」 加惠健保計劃（白金級）

第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （黃金級）

第一保健黃金 「人人享有」 加惠提昇健保計劃


















第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （白銀級）

第一保健白銀「人人享有」 加惠健保計劃 （適用於低收入戶）*

第一保健白銀 「人人享有」 加惠提昇健保計劃

第一保健白銀「人人享有」 加惠提昇健保計劃 （適用於低收入戶）*

第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （黃銅級）

	第一保健「人人享有」 加惠健保計劃（白金級）	第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （黃金級）	第一保健黃金 「人人享有」 加惠提昇健保計劃	第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （白銀級）	第一保健白銀「人人享有」 加惠健保計劃 （適用於低收入戶）*	第一保健白銀 「人人享有」 加惠提昇健保計劃	第一保健白銀「人人享有」 加惠提昇健保計劃 （適用於低收入戶）*	第一保健「人人享有」 加惠健保計劃 （黃銅級）
自付扣除金(Deductible) 	\$0	\$850	\$700	\$4,850	\$4,200	\$3,370	\$2,800	\$5,250
自付費用最高限額(Maximum Out-of-Pocket) 	\$2,000	\$6,000	\$6,000	\$8,700	\$6,800	\$8,700	\$6,800	\$8,700
年度體檢（預防護理）† 	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費	\$0定額手續費
醫生門診 	主治醫生門診‡	\$10定額手續費	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$50定額手續費†
	專科醫生門診‡	\$40定額手續費	\$40定額手續費	\$40定額手續費	\$55定額手續費	\$55定額手續費	\$55定額手續費	\$75定額手續費
	零售醫療診所 	\$10定額手續費	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$50定額手續費†
設施護理 	緊急護理 	\$55定額手續費	\$60定額手續費	\$60定額手續費	\$70定額手續費	\$70定額手續費	\$70定額手續費	\$75定額手續費
	急診室 	\$100定額手續費	\$175定額手續費	\$175定額手續費	\$250定額手續費	\$250定額手續費	\$350定額手續費	\$500定額手續費
	救護車 	\$100定額手續費	\$150定額手續費	\$150定額手續費	\$150定額手續費	\$150定額手續費	\$150定額手續費	\$300定額手續費
	手術 	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$150定額手續費
	門診設施 	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費	\$100定額手續費
住院設施／專業護理設施 	每次住院\$500	每次住院\$1,000	每次住院\$1,000	每次住院\$1,500	每次住院\$1,500	每次住院\$1,500	每次住院\$1,500	每次住院\$1,500共付額
服務 	物理治療、職能治療與語言治療‡	\$25定額手續費	\$30定額手續費	\$30定額手續費	\$55定額手續費	\$55定額手續費	\$55定額手續費	\$50定額手續費
	X光診斷（主治醫生診所）	\$10定額手續費	\$20定額手續費†	\$20定額手續費	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費	\$75定額手續費
	X光診斷（門診設施）	\$40定額手續費	\$40定額手續費†	\$40定額手續費	\$55定額手續費†	\$55定額手續費†	\$55定額手續費	\$75定額手續費
處方藥物 	副廠藥（第一層級）	\$5定額手續費	\$7定額手續費†	\$7定額手續費†	\$10定額手續費†	\$10定額手續費†	\$10定額手續費†	\$10定額手續費†
	優惠原廠藥（第二層級）	\$50定額手續費	\$50定額手續費†	\$50定額手續費†	\$55定額手續費†	\$55定額手續費†	\$55定額手續費†	\$35定額手續費†
	非優惠原廠藥（第三層級）	\$85定額手續費	\$100定額手續費†	\$100定額手續費†	\$100定額手續費†	\$100定額手續費†	\$100定額手續費†	\$70定額手續費†
	副廠藥（第一層級）90天郵購用量	\$10定額手續費	\$14定額手續費†	\$14定額手續費†	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†
牙科 	牙科預防護理和例行護理	\$10定額手續費	\$20定額手續費†	\$20定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$30定額手續費†	\$50定額手續費
	大型牙科護理	\$10定額手續費	\$20定額手續費	\$20定額手續費	\$30定額手續費	\$30定額手續費	\$30定額手續費	\$50定額手續費
視覺 	視覺檢查	\$10定額手續費	\$20定額手續費	\$20定額手續費	\$30定額手續費	\$30定額手續費	\$30定額手續費	\$50定額手續費
	眼鏡鏡片與鏡架**	10%共同保險	20%共同保險	20%共同保險	30%共同保險	25%共同保險	30%共同保險	50%共同保險
	隱形眼鏡** 	10%共同保險	20%共同保險	20%共同保險	30%共同保險	25%共同保險	30%共同保險	50%共同保險

圖表中所示自付扣除金和自付費用最高限額費用只適用於個人承保。欲知配偶和家人承保的費用詳情，請聯絡第一保健代表。

*使用此第一保健白銀「人人享有」加惠健保計劃和第一保健白銀「人人享有」加惠提昇健保計劃版本節省費用的資格視收入範圍(以聯邦貧窮準則(FPL)200%-250%內所計算)而定。

**用款額度適用於眼鏡鏡架，和所購買的隱形眼鏡。

†根據「可負擔醫療法案」(Affordable Care Act)，自付扣除金或定額手續費不適用於預防護理門診。

††對於青銅健保計劃和青銅加惠健保計劃，自付扣除金適用於所有的服務（醫療、牙科、視覺（包括鏡片／鏡架）和處方藥）。

‡自付扣除金不適用。

§定額手續費適用於親自和虛擬就診。



有甚麼關於我們的
「人人享有」健保
計劃的疑問嗎？
與我們聯絡：

1-888-974-5809
(聽力語言殘障服務專線
TTY 1-888-542-3821)

週一至週五，上午9時至晚上8時
2021年11月1日至2022年1月31日的延長服務時間為：
週一至週六，上午8時至晚上8時

請到網站 joinhealthfirst.org