BENEFITS		Original Medicare[1]	Coordinated Benefits Plan (HMO)
	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	$10 copay
	Specialist	$203 deductible and 20% coinsurance	$35 copay
VISION	Routine Annual Exam	No coverage	$0 copay
	Eyewear	No coverage	$0–$45 copay or $100 allowance for 1 pair of eyeglasses or contact lenses every 2 years
HEARING	Routine Annual Exam	No coverage	$0 copay
	Hearing Aids	No coverage	$500 allowance for both ears combined every year
DENTAL	Cleanings, Exams, X-rays	No coverage	$5 copay
	Other Dental Services	No coverage	Low copays for extractions, dentures, crowns, and more
	Generic Drugs (one-month supply)	No coverage	No coverage
	Rx Deductible	No coverage	No coverage
	Over-the-Counter (OTC) Items	No coverage	No coverage
	Routine Transportation	No coverage	Get 8 one-way trips per year
	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 1–5: $403/day Days 6+: $0/day Unlimited additional days[2]
	Emergency Care	$203 deductible and 20% coinsurance; worldwide care is generally not available, but there are exceptions	$90 copay
	Urgent Care Coverage	$203 deductible and 20% coinsurance	$35 copay
	Retail Health Clinic	No coverage	$15 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; $50 copay for diagnostic procedures and tests
	Annual Wellness Visit and Health Screenings	$0 copay	$0 copay
	Supplemental Acupuncture	No coverage	No coverage
	Teladoc	No coverage	$0 copay
	SilverSneakers®	No coverage	$0 copay
	Long-Term Care Services and Supports	No coverage	No coverage
	Worldwide Emergency Coverage	No coverage	$200,000

[1]2021 Original Medicare benefits.
[2]Based on medical necessity.

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. offers HMO plans that contract with the Federal Government. Enrollment in Healthfirst Medicare Plan depends on contract renewal. SilverSneakers is a registered trademark of Tivity Health, Inc. 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]	Plan de Beneficios Coordinados (HMO)
	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 $10
	Especialista	Deducible de $203 y coseguro del 20%	Copago de $35
CUIDADO DE LA VISIÓN	Examen anual de rutina	Sin cobertura	Copago de $0
	Anteojos	Sin cobertura	Copago de $0-$45 o beneficio de $100 para 1 par de anteojos o lentes de contacto cada 2 años
SERVICIOS DE LA AUDICIÓN	Examen anual de rutina	Sin cobertura	Copago de $0
	Audífonos	Sin cobertura	Beneficio de $500 para los dos oídos cada año
CUIDADO DENTAL	Limpiezas, exámenes y radiografías	Sin cobertura	Copago de $5
	Otros servicios dentales	Sin cobertura	Copagos bajos por extracciones, dentaduras postizas, coronas y más
	Medicamentos genéricos (suministro para un mes)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Deducible por medicamentos recetados	Sin cobertura	Sin cobertura
	Artículos de venta libre (OTC)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Servicios de transporte de rutina	Sin cobertura	Recibe 8 viajes de ida o vuelta por año
	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	Días 1-5: $403/día A partir del día 6: $0/día Días adicionales ilimitados[2]
	Atención de emergencia	Deducible de $203 y coseguro del 20%; los cuidados a nivel mundial generalmente no están disponibles, pero existen excepciones.	Copago de $90
	Cobertura para atención de urgencia	Deducible de $203 y coseguro del 20%	Copago de $35
	Clínica de salud minorista	Sin cobertura	Copago de $15
	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; copago de $50 por pruebas y procedimientos de diagnóstico
	Consulta anual de bienestar y exámenes médicos	Copago de $0	Copago de $0
	Acupuntura complementaria	Sin cobertura	Sin cobertura
	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	Sin cobertura	$200,000

[1]Beneficios de Medicare Original del 2021.
[2]Según la necesidad médica.

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. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. 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]	協調福利計劃(管理式保健計劃) Coordinated Benefits Plan (HMO)
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	$10定額手續費
專科醫生(Specialist)		$203自付扣除金和20%共同保險	$35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	每兩年$0–$45定額手續費或$100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
	助聽器	不予承保	每年雙耳合計$500用款額度
牙科護理	洗牙、檢查、X光	不予承保	$5定額手續費
	其他牙科服務	不予承保	拔牙、假牙、牙冠及更多服務較低的定額手續費
副廠藥 (一個月藥量)		不予承保	不予承保
配藥自付扣除金		不予承保	不予承保
非處方自選藥物與用品(OTC)項目		不予承保	不予承保
常規交通		不予承保	每年8次單程交通服務
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至5天：每天$403 第6天及以上：每天$0 額外天數不限[††]
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	$90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	$35定額手續費
零售醫療診所		不予承保	$15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$0定額手續費；診斷程序與測試$50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	不予承保
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	不予承保
全球急診承保		不予承保	$200,000

[1]2021年傳統老人醫療保險福利。
[2]根據醫療必需性。

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.）提供與聯邦政府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。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。