























BENEFITS		Medicare Original (2022)	Atención Integral (HMO D-SNP)
	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
	Deducible médico	Deducible de \$233	Deducible de \$0
	Especialista	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$0
CUIDADO DE LA VISION	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 ⁵
	Audífonos	Sin cobertura	Audífonos en caso de ser médicamente necesarios. ¹
CUIDADO DENTAL	Limpiezas, exámenes y radiografías	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Extracciones, dentaduras postizas, coronas y más	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	\$180 por mes (\$2,160 por año) ³
	Servicios de transporte de rutina	 Sin cobertura	Viajes de ida y vuelta ilimitados a los centros de los proveedores aprobados ⁴
	Tarjeta Flex	 Sin cobertura	Sin cobertura
	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	A partir del día 1+: copago de \$0 por día
	Atención de emergencia	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$0
	Atención de urgencia	 Deducible de \$233 y coseguro del 20%	Copago de \$0
	Clínica de salud minorista	 Sin cobertura	Copago de \$0
	Diagnóstico para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Copago de \$0
	Procedimientos y exámenes	 Deducible de \$233 y coseguro del 20% por servicios de médico; otros servicios pueden requerir copago.	Copago de \$0
	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	 Generalmente sin cobertura, con excepciones	\$200,000

¹ Solo audífonos de niveles básico y elemental.

² Los implantes están cubiertos por los beneficios de Medicaid.

³ Los miembros con LIS del Plan de Beneficios Adicionales, Plan Mejor Calidad de Vida y de Atención Integral tienen permitido usar su beneficio OTC para artículos de venta sin receta según una lista ampliada de artículos aprobados que incluye alimentos saludables y servicios públicos en su hogar. Comuníquese con el plan para obtener un listado completo de los artículos elegibles y un listado de la red de farmacias o vendedores minoristas.

⁴ Healthfirst cubrirá el transporte cubierto por Medicaid que no sea de emergencia, siempre y cuando esté incluido entre los beneficios de Atención Administrada a Largo Plazo del Departamento de Salud del estado de Nueva York.

⁵ Beneficio cubierto por Medicaid, no por Medicare. Se ofrece cuando es médicamente necesario.

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.