
















2021 Planes Hoja Premier de Healthfirst

	Plan Hoja de Platino Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Oro Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Plata Premier de Healthfirst	Plan Hoja de Plata Premier de Healthfirst (para familias con menores ingresos)*	Plan Hoja de Bronce Premier de Healthfirst
Deducible 	\$0	\$900	\$4,700	\$3,935	\$5,600
Gasto máximo de bolsillo 	\$2,000	\$6,000	\$8,550	\$6,800	\$8,550
Chequeo anual (cuidado preventivo) [†] 	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
CONSULTAS MÉDICAS	Consulta con el proveedor de cuidado primario (PCP) [§] 	Copago de \$10	Copago de \$20 [‡]	Copago de \$30 [‡]	Copago de \$45 [‡]
	Consultas con especialistas [§]	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$55	Coseguro del 50%
	Clínicas de salud minoristas 	Copago de \$10	Copago de \$20 [‡]	Copago de \$30 [‡]	Copago de \$45 [‡]
	Atención de urgencia 	Copago de \$55	Copago de \$60	Copago de \$70	Coseguro del 50%
	Sala de emergencias 	Copago de \$100	Copago de \$175	Copago de \$250	Coseguro del 50%
CUIDADO EN UN CENTRO	Ambulancia 	Copago de \$100	Copago de \$150	Copago de \$150	Coseguro del 50%
	Cirugía 	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Coseguro del 50%
	Centro para pacientes ambulatorios 	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Coseguro del 50%
	Centros para pacientes internos/centros de enfermería especializada 	\$500 por ingreso	\$1,000 por ingreso	\$1,500 por ingreso	Coseguro del 50%
	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla [§]	Copago de \$25	Copago de \$30	Copago de \$55	Coseguro del 50%
SERVICIOS	Radiografías de diagnóstico (consultorio del PCP) 	Copago de \$10	Copago de \$20 [‡]	Copago de \$30 [‡]	Coseguro del 50%
	Radiografías de diagnóstico (centro para pacientes ambulatorios)	Copago de \$40	Copago de \$40 [‡]	Copago de \$55 [‡]	Coseguro del 50%
MEDICAMENTOS RECETADOS	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$5	Copago de \$7 [‡]	Copago de \$10 [‡]	Copago de \$8 ^{††}
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Copago de \$50	Copago de \$50 [‡]	Copago de \$55 [‡]	Copago de \$60 ^{††}
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$85	Copago de \$100 [‡]	Copago de \$100 [‡]	Copago de \$95 ^{††}
	Pedidos por correo de medicamentos genéricos para 90 días (Nivel 1)	Copago de \$10	Copago de \$14 [‡]	Copago de \$20 [‡]	Copago de \$16 ^{††}
COBERTURA DENTAL	Atención dental de rutina y preventiva 	Copago de \$10	Copago de \$20 [‡]	Copago de \$30 [‡]	Coseguro del 50%
	Cuidado dental mayor	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30	Coseguro del 50%
SERVICIOS DE LA VISTA	Exámenes de la vista 	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30	Coseguro del 50%
	Lentes y marcos de anteojos**	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%	Coseguro del 25%
	Lentes de contacto** 	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	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 del plan Hoja de Plata Premier de Healthfirst depende 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.

§Se aplica un copago para consultas en persona y virtuales/de telemedicina.



¿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 2020 hasta el 31 de enero de 2021: de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

joinhealthfirst.org