

2016 Beneficios Información general

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

BENEFICIO	Usted Paga
Prima Mensual	\$31
Límite de Fuera del bolsillo (Dentro de la red beneficios cubiertos por Medicare)	\$5,000 Dentro de la red
“Deducible anual de la Parte C (todos los servicios excepto para los medicamentos con recet)”	ninguno
Visitas al Doctor	Dentro de la red
Médico de atención primaria (PCP)	\$25 copago
Especialista	\$35 copago
Servicios para pacientes Hospitalizados	
Pacientes hospitalizados	
1 - 5 días:	\$300 copago por día
6 - 90 días:	\$0 copago por día
Hospitalización Salud Mental	
1 - 4 días:	\$300 copago por día
5 - 90 días:	\$0 copago por día
Centro de enfermería especializada (SNF)	
1 - 20 días:	\$0 copago por día
21 - 100 días:	\$150 copago por día
Atención ambulatoria	
Servicios de salud en el hogar (debe cumplir con los criterios de necesidad médica)	\$0 copago
Para pacientes ambulatorios (ASC) Servicios Centro de Cirugía Ambulatoria del Hospital de Cirugía	\$300 copago
Otros servicios ambulatorios del hospital (por ejemplo , visitar la infusión de quimioterapia ambulatoria IV servicios de terapia y de transfusión y medicamentos de la Parte B administrada)	20% coaseguro

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Usted Paga	Usted Paga	Usted Paga
\$95	\$165	
\$4,500 Dentro de la red	\$3,600 sólo dentro de la red	
ninguno	ninguno	
Dentro de la red	Dentro de la red	fuera de área
\$20 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$275 copago por día	\$250 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$0 copago por día	\$0 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$275 copago por día	\$250 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$0 copago por día	\$0 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$0 copago por día	\$0 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$125 copago por día	\$125 copago por día	2016 Definido por Medicare Costos Compartidos
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$275 copago	\$250 copago	20% coaseguro
20% coaseguro	20% coaseguro	20% coaseguro

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

BENEFICIO	Usted Paga
Cardíacos y pulmonares Servicios de Rehabilitación	\$35 copago
Ambulatorio de Salud Mental (individual / grupal)	\$35 copago
Ambulatorio de Abuso de Sustancias (individual / grupal)	\$35 copago
Equipo médico durable (DME)	10% coaseguro
Prótesis	20% coaseguro
Servicios de Rehabilitación	
Terapia del habla	\$35 copago
Terapia física	\$35 copago
Terapia Ocupacional	\$35 copago
Servicios de laboratorio y pruebas de diagnóstico	
Cirugías y procedimientos de diagnóstico	\$15 copago
Servicios de Laboratorio	\$15 copago
Rayos X	\$15 copago
Radiología (diagnóstico / terapéutico)	\$35 copago
Servicio de Emergencia	
Urgencia (no se cobra si es admitido)	\$35 copago
Emergencia (no se cobra si es admitido)	\$65 copago
Servicios de ambulancia (cuando sea médicamente necesario , aplica si es admitido)	\$250 copago
Exámenes y Proyecciones de Bienestar	
Medicare Cubierto Servicios Preventivos	\$0 copago
Medición de masa ósea (medición de la masa ósea 1 cada 2 años)	\$0 copago
Terapia de nutrición (para personas con diabetes y enfermedad del riñón)	\$0 copago
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0 copago
Mamografía (1 por año)	\$0 copago
Monitoreo de la Diabetes	\$0 copago
Suministros para la diabetes	\$0 copago
Diabetes - Zapatos Theraputic	\$0 copago

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Usted Paga	Usted Paga	Usted Paga
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
10% coaseguro	10% coaseguro	20% coaseguro
20% coaseguro	20% coaseguro	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$15 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$15 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$15 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	20% coaseguro
\$30 copago	\$20 copago	\$20 copago
\$65 copago	\$50 copago	\$50 copago
\$250 copago	\$250 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	20% coaseguro

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

BENEFICIOS ADICIONALES	Usted Paga
Preventivo Dental	
Servicio de limpieza de rutina (1 cada 6 meses)	fuera de cobertura
Examen Oral (1 cada 6 meses)	fuera de cobertura
Rayos-X (1 por año)	fuera de cobertura
Cobertura Dental Comprensiva (compra opcional)	
Deducible	ninguno
Dentro de la red	PPO - DentalGuard Preferred Select
Cobertura	Hasta \$1,000 por año
Adicional Prima mensual	\$29
Visión	
Exámenes de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$25 copago
Examen ocular de rutina	fuera de cobertura
Lentes de contacto	fuera de cobertura
Lentes y Aros	fuera de cobertura
Servicios de audición	
Exámenes auditivos de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$25 copago
Servicios Quiroprácticos	
La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (beneficios cubiertos por Medicare)	\$20 copago
La atención de rutina	fuera de cobertura
Visitas cubiertas por año	fuera de cobertura
Acupuntura	
La atención de rutina	fuera de cobertura
Visitas cubiertas por año	fuera de cobertura
BENEFICIOS DE PRESCRIPCIÓN	
Rx deducible	Deducible: \$280 (Niveles 2, 3, 4 y 5)
30-día AI por menor copagos	
Nivel 1: Preferidos genéricos	\$4 copago
Nivel 2: Medicina generica no preferida	\$15 copago
Nivel 3: Marca preferida	\$45 copago

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Usted Paga	Usted Paga	Usted Paga
\$0 copago	\$0 copago	fuera de cobertura
\$0 copago	\$0 copago	fuera de cobertura
\$0 copago	\$0 copago	fuera de cobertura
ninguno	ninguno	fuera de cobertura
PPO - DentalGuard Preferred Select	PPO - DentalGuard Preferred Select	fuera de cobertura
Hasta \$1,000 por año	Hasta \$1,000 por año	fuera de cobertura
\$23	\$23	fuera de cobertura
\$20 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$10 copago	\$10 copago	fuera de cobertura
\$25 copago	\$25 copago	fuera de cobertura
\$25 copago	\$25 copago	fuera de cobertura
\$20 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$20 copago	\$15 copago	20% coaseguro
\$20 copago	\$15 copago	fuera de cobertura
4 visitas	12 visitas	fuera de cobertura
\$20 copago	\$15 copago	fuera de cobertura
6 visitas	12 visitas	fuera de cobertura
Deducible: \$150 de marca y drogas de especialidad (Niveles 3, 4 y 5)	No deducible	
\$2 copago	\$2 copago	
\$5 copago	\$5 copago	
\$45 copago	\$45 copago	

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

30-día Al por menor copagos (cont.)	Usted Paga
Nivel 4: Medicina de marca no preferida	\$85 copago
Nivel 5: Especialidad-Tier	26%coaseguro
Part B chemotherapy drugs	20% coaseguro
90 día copagos (Al por menor y pedido por correo)	Usted Paga
Nivel 1: Preferidos genéricos	\$8 copago
Nivel 2: Medicina generica no preferida	\$30 copago
Nivel 3: Marca preferida	\$90 copago
Nivel 4: Medicina de marca no preferida	\$170 copago
Nivel 5: Especialidad-Tier	26% coaseguro
Medicamentos para la quimioterapia de la Parte B	20% coaseguro para todos los medicamentos de la Parte B

Inicial cobertura- Nuestro plan utiliza un formulario. Puede surtir sus recetas a través de la red al por menor y Correo Farmacias orden. Hasta que el costo de medicamentos cubiertos de la Parte D pagados por usted y nosotros llega a US \$ 3310 en 2016 tendrá que pagar las cantidades que aparecen.

Cobertura de transición para los nuevos miembros - Para los medicamentos ambulatorios, hasta un (1) 30 - Transición día se llena de la Parte D medicamentos recetados, durante los primeros 90 días de la nueva membresía en nuestro plan. Si usted está en un Largo Plazo Centro de atención puede obtener hasta tres (3) de transición de 31 días llena de medicamentos con receta de la Parte D, durante el primeros 90 días del nuevo miembro de nuestro plan.

Brecha en la Cubierta - Después de que sus costos totales anuales de medicamentos lleguen a \$ 3,310, usted recibe cobertura limitada por el plan en ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en medicamentos de marca y generalmente no pagará más del 45% de los costos del plan para los medicamentos de marca y el 58% de los costos del plan para medicamentos genéricos hasta que al año de su salida de su bolsillo los medicamentos alcance los \$ 4,850.

Cobertura Catastrófica - Después de su año fuera de su bolsillo los medicamentos alcance los \$ 4,850 en el 2016, usted paga el mayor de: 5% de coaseguro o \$ 2.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$ 7.40 por cualquier otro medicamento.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)****Usted Paga**

\$85 copago

29% coaseguro

20% coaseguro

Usted Paga

\$4 copago

\$10 copago

\$90 copago

\$170 copago

29% coaseguro

20% coaseguro para todos los medicamentos de la Parte B

Usted Paga

\$85 copago

33% coaseguro

20% coaseguro

Usted Paga

\$4 copago

\$10 copago

\$90 copago

\$170 copago

33% coaseguro

20% coaseguro para todos los medicamentos de la Parte B

Aspire Plan de Salud es un patrocinador del plan HMO y HMO -POS con un contrato de Medicare . La inscripción en Aspire Salud Plan depende de la renovación del contrato . Esta información no es una descripción completa de los beneficios . Comuníquese con el plan para más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año . Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare . El formulario , red de farmacias, y / o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando necesario.