



ASPIREHEALTHPLAN

La atención que necesita de
personas que conoce.



Resumen de beneficios

1 DE ENERO - 31 DE DICIEMBRE

2016

Aspire Health Advantage Value (HMO)
Aspire Health Advantage (HMO)
Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)

Este folleto le da un resumen de lo que cubre este plan y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite el documento "Evidencia de cobertura".

Sección 1:

Introducción al resumen de beneficios

USTED TIENE OPCIONES PARA OBTENER LOS BENEFICIOS DE MEDICARE.

- » Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (pago por servicio de Medicare). Original Medicare está administrado directamente por el gobierno federal.
- » Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante la inscripción en un plan de salud de Medicare Advantage (como **Aspire Health Advantage Value (HMO)**), **Aspire Health Advantage (HMO)** o **Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)**).

CONSEJOS PARA COMPARAR SUS OPCIONES DE MEDICARE

En este folleto de Resumen de beneficios se presenta un resumen de lo que cubren **Aspire Health Advantage Value (HMO)**, **Aspire Health Advantage (HMO)** y **Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)** y lo que usted debe pagar.

- » Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O, puede utilizar el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- » Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual **Medicare & You (Medicare y Usted)** actual. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de

la semana, para solicitar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIONES DEL FOLLETO

- » Lo que debe saber sobre **Aspire Health Advantage Value (HMO)**, **Aspire Health Advantage (HMO)** y **Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)**.
- » Prima mensual, deducible y límites en lo que le corresponde pagar por los servicios cubiertos
- » Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- » Beneficios de medicamentos con receta
- » Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional por estos beneficios)
- » Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como en Braille o en letra grande.
- » Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea el inglés.
- » Para obtener información adicional, llámenos al número gratuito (855) 570-1600.
- » Los usuarios de TTY deben llamarnos al: 711.

LO QUE DEBE SABER SOBRE ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO), ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO) Y ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS).

Horario de atención

- » Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm, hora del Pacífico.
- » Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Pacífico.

Números de teléfono y sitios web de Aspire Health Advantage Value (HMO), Aspire Health Advantage (HMO) y Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)

- » Si usted es miembro de este plan, llame al número gratuito (855) 570-1600.
- » Si usted no es miembro de este plan, llame al número gratuito (888) 839-3991.
- » Los usuarios de TTY deben llamar al 711
- » Nuestro sitio web: <http://www.aspirehealthplan.org>

¿Quién puede inscribirse en estos planes?

Para inscribirse en **Aspire Health Advantage Value (HMO)**, **Aspire Health Advantage (HMO)** y **Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir dentro de nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Monterey.

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?

Aspire Salud Advantage Value (HMO) y **Aspire de la Salud (HMO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan no puede pagar por estos servicios. **Ventaja Aspire Health Plus (HMO-POS)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

En general, debe utilizar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con recetas en el caso de los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (<http://www.aspirehealthplan.org>). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué servicios cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- » **Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que deba pagar más en nuestro plan que lo que lo pagaría en Original Medicare.** Para otros, es posible que pague menos.
- » **Los miembros de nuestro plan también obtienen más que lo que cubre Original Medicare.** En este folleto, se detallan algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D.

Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- » Puede consultar el formulario completo del plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones pertinentes en nuestro sitio web, <http://www.aspirehealthplan.org>
- » O, puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de los medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en uno de cinco “niveles”. Deberá utilizar su formulario para ubicar el nivel donde se encuentra el medicamento y determinar el costo. El monto que debe pagar depende del nivel de medicamento y la etapa de beneficio que usted haya alcanzado. Más adelante, en este documento, analizaremos las etapas de los beneficios después de que usted alcanza su deducible (si corresponde): Cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.

Seccion II: Resumen de beneficios

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LO QUE LE CORRESPONDE PAGAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

\$31.00 por mes. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

¿Cuánto es el deducible?

\$280.00 por año por medicamentos con receta de la Parte D, a excepción de los medicamentos incluidos en el Nivel 1 que quedan excluidos del deducible.

¿Existe un límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos?

Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al contar con límites anuales en los costos que paga de su bolsillo en concepto de atención médica y hospitalaria.

Sus límites anuales de este plan son los siguientes:

\$5,000 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Si alcanza el límite de costos de bolsillo, sigue recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año.

Tenga en cuenta que aún deberá pagar las primas y los costos compartidos mensuales por los medicamentos con receta de la Parte D.

¿Existe un límite sobre lo que pagará el plan?

No. No hay límites sobre lo que pagará nuestro plan.

*Aspire Plan de Salud es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS con un contrato de Medicare.
La inscripción en Aspire Plan de salud depende de la renovación del contrato.*

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

\$95.00 por mes. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

¿Cuánto es el deducible?

\$150.00 por año para los medicamentos con receta de la Parte D, a excepción de los medicamentos incluidos en los Niveles 1 y 2 que quedan excluidos del deducible.

¿Existe un límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos?

Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al contar con límites anuales en los costos que paga de su bolsillo en concepto de atención médica y hospitalaria.

Sus límites anuales de este plan son los siguientes:

\$4,500 para servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Si alcanza el límite de costos de bolsillo, sigue recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año.

Tenga en cuenta que aún deberá pagar las primas y los costos compartidos mensuales por los medicamentos con receta de la Parte D.

¿Existe un límite sobre lo que pagará el plan?

Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para determinados beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que califican.

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

\$165.00 por mes. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

¿Cuánto es el deducible?

Este plan no tiene deducible.

¿Existe un límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos?

Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al contar con límites anuales en los costos que paga de su bolsillo en concepto de atención médica y hospitalaria.

Sus límites anuales de este plan son los siguientes:

\$3,600 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Si alcanza el límite de costos de bolsillo, sigue recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año.

Tenga en cuenta que aún deberá pagar las primas y los costos compartidos mensuales por los medicamentos con receta de la Parte D.

¿Existe un límite sobre lo que pagará el plan?

Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para determinados beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que califican.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

NOTA:

ES POSIBLE QUE LOS SERVICIOS MARCADOS CON 1 REQUIERAN AUTORIZACIÓN PREVIA.

ES POSIBLE QUE LOS SERVICIOS MARCADOS CON 2 REQUIERAN DERIVACIÓN DE SU MÉDICO.

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Acupuntura	Sin cobertura
Ambulancia ¹	Copago de \$250 No tiene que pagar los servicios de ambulancia si ingresa al hospital.
Atención quiropráctica	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de 1 o más huesos de la columna): Copago de \$20
Servicios odontológicos	Servicios odontológicos limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de un diente): Copago de \$0 Los servicios odontológicos limitados se definen

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

<p>Consulta para acupuntura (hasta 6 consultas por año): Copago de \$20</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 Tiene cobertura de hasta 12 sesiones por año.</p>
<p>Copago de \$250 No tiene que pagar los servicios de ambulancia si ingresa al hospital.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$250 Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>No tiene que pagar los servicios de ambulancia si ingresa al hospital.</p> <p>La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>
<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de 1 o más huesos de la columna): Copago de \$20</p> <p>Consulta quiropráctica de rutina (hasta 4 consultas por año): Copago de \$20</p>	<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de 1 o más huesos de la columna):</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Consulta quiropráctica de rutina: Dentro de la red: Copago de \$15 Tiene cobertura de hasta 12 sesiones por año.</p> <p>La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>
<p>Servicios odontológicos limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de un diente): Copago de \$0</p> <p>Servicios odontológicos preventivos:</p>	<p>Servicios odontológicos limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de un diente):</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 20 % del costo</p>

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Servicios Dentales (cont.)

como servicios odontológicos cubiertos por los beneficios hospitalarios de la Parte A y los beneficios médicos de la Parte B de Medicare.

Suministros y servicios para la diabetes

Suministros para el control de la diabetes: No paga nada.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes: No paga nada.

Zapatos o plantillas terapéuticos: No paga nada.

Análisis de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología¹ (los costos de estos servicios pueden variar según el lugar en que se preste el servicio)

Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): Copago de \$35

Procedimientos y análisis de diagnóstico: Copago de \$15

Servicios de laboratorio: Copago de \$15

Radiografías para pacientes externos: Copago de \$15

Servicios de radiación terapéutica (como tratamiento con radiación para el cáncer): Copago de \$35

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Limpieza (hasta 1 cada seis meses): Copago de \$0

Radiografías dentales (hasta 1): Copago de \$0

Examen bucal (hasta 1 cada seis meses):
Copago de \$0

Suministros para el control de la diabetes: No
paga nada

Capacitación para el autocontrol de la diabetes:
No paga nada

Zapatos o plantillas terapéuticos: No paga nada

Servicios radiológicos de diagnóstico (como reso-
nancias magnéticas, tomografías computarizadas):
Copago de \$30

Procedimientos y análisis de diagnóstico: Copago
de \$15

Servicios de laboratorio: Copago de \$15

Radiografías para pacientes externos: Copago de
\$15

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Servicios odontológicos preventivos:

Limpieza: Dentro de la red: Copago de \$0 Tiene
cobertura de hasta 1 cada seis meses.

Radiografías dentales: Dentro de la red: Copago de
\$0 Tiene cobertura de hasta 1.

Examen bucal: Dentro de la red: Copago de \$0
Tiene cobertura de hasta 1 cada seis meses.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y
servicios a los que se accede fuera del área de servicio
del plan del condado de Monterey, California.

Suministros para el control de la diabetes:
Dentro de la red: No paga nada
Fuera de la red: 20 % del costo

Capacitación para el autocontrol de la diabetes:
Dentro de la red: No paga nada
Fuera de la red: 20 % del costo

Zapatos o plantillas terapéuticos:
Dentro de la red: No paga nada
Fuera de la red: 20 % del costo

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y
servicios a los que se accede fuera del área de servicio
del plan del condado de Monterey, California.

Servicios radiológicos de diagnóstico
(como resonancias magnéticas, tomografías
computarizadas):

Dentro de la red: Copago de \$20
Fuera de la red: 20 % del costo

Procedimientos y análisis de diagnóstico:
Dentro de la red: Copago de \$15
Fuera de la red: 20 % del costo

Servicios de laboratorio:
Dentro de la red: Copago de \$15

BENEFICIO

Análisis de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología¹ (los costos de estos servicios pueden variar según el lugar en que se preste el servicio) (cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Se requiere autorización previa para los procedimientos o análisis de diagnóstico superiores a \$250.

Consultas en el consultorio del médico

Consulta con un médico de atención primaria:
Copago de \$25

Consulta con un especialista: Copago de \$35

Equipo médico duradero
(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹

10 % del costo

Se requiere autorización previa para los equipos médicos duraderos superiores a \$250.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Servicios de radiación terapéutica (como tratamiento con radiación para el cáncer): Copago de \$30

Se requiere autorización previa para los procedimientos o análisis de diagnóstico superiores a \$250.

Consulta con un médico de atención primaria:
Copago de \$20

Consulta con un especialista: Copago de \$30

10% del costo

Se requiere autorización previa para los equipos médicos duraderos superiores a \$250.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Fuera de la red: 20 % del costo

Radiografías para pacientes externos:

Dentro de la red: Copago de \$15

Fuera de la red: 20 % del costo

Servicios de radiación terapéutica (como tratamiento con radiación para el cáncer):

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Se requiere autorización previa para los procedimientos o análisis de diagnóstico superiores a \$250.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Consulta con un médico de atención primaria:

Dentro de la red: Copago de \$15

Fuera de la red: 20 % del costo

Consulta con un especialista:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20% del costo

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Dentro de la red: 10 % del costo

Fuera de la red: 20 % del costo

Se requiere autorización previa para los equipos médicos duraderos superiores a \$250.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Atención de emergencia

Copago de \$65

No tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.

Cuidado de pies (servicios de podiatría)

Exámenes y tratamiento de pies si tiene daño en el sistema nervioso relacionado con diabetes o cumple con determinadas condiciones: Copago de \$35

Servicios auditivos

Exámenes de diagnóstico y tratamientos auditivos y relacionados con el equilibrio: Copago de \$25

Atención médica a domicilio¹

No paga nada

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare que sean médicamente necesarios; sin embargo, es posible que se apliquen normas de autorización.

Atención psiquiátrica¹

Atención para pacientes internados:

Nuestro plan cubre un límite de por vida de hasta 190 días por servicios de atención psiquiátrica para

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Copago de \$65

No tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.

Exámenes y tratamiento de pies si tiene daño en el sistema nervioso relacionado con diabetes o cumple con determinadas condiciones: Copago de \$30

Exámenes de diagnóstico y tratamientos auditivos y relacionados con el equilibrio: Copago de \$20

No paga nada

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare que sean médicamente necesarios; sin embargo, es posible que se apliquen normas de autorización.

Atención para pacientes internados:

Nuestro plan cubre un límite de por vida de hasta 190 días por servicios de atención psiquiátrica para

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Copago de \$50

No tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.

Exámenes y tratamiento de pies si tiene daño en el sistema nervioso relacionado con diabetes o cumple con determinadas condiciones:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Exámenes de diagnóstico y tratamientos auditivos y relacionados con el equilibrio:

Dentro de la red: Copago de \$15

Fuera de la red: 20 % del costo

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California

Dentro de la red: No paga nada

Fuera de la red: 20 % del costo

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare que sean médicamente necesarios; sin embargo, es posible que se apliquen normas de autorización.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Atención para pacientes internados:

Nuestro plan cubre un límite de por vida de hasta 190 días por servicios de atención psiquiátrica para

BENEFICIO

Atención psiquiátrica¹ (cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados prestados en un hospital general.

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

Copago de \$300 por día durante los días 1 a 4

No paga nada por día durante los días 5 a 90
Sesión de terapia grupal para pacientes externos:
Copago de \$35

Sesión de terapia individual para pacientes externos:
Copago de \$35

Se aplican normas de autorización solo para la atención psiquiátrica de pacientes internados.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados prestados en un hospital general.

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

Copago de \$275 por día durante los días 1 a 4
No paga nada por día durante los días 5 a 90

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:
Copago de \$30

Sesión de terapia individual para pacientes externos:
Copago de \$30

Se aplican normas de autorización solo para la atención psiquiátrica de pacientes internados.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados prestados en un hospital general.

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

Dentro de la red:
Copago de \$250 por día durante los días 1 a 4
No paga nada por día durante los días 5 a 90

Fuera de la red: En 2015, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

Deducible de \$1,260 para los días 1 a 60
Copago de \$315 por día durante los días 61 a 90
Copago de \$630 por día durante 60 días de reserva de por vida

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Atención psiquiátrica¹ (cont.)

Rehabilitación para pacientes externos ¹

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (durante un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones, por un máximo de 36 semanas): Copago de \$35

Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$35

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: Copago de \$35

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Atención por abuso de sustancias para pacientes externos ¹

Sesión de terapia grupal: Copago de \$35

Sesión de terapia individual: Copago de \$35

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Estos montos pueden cambiar en 2016.

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Sesión de terapia individual para pacientes externos:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Se aplican normas de autorización solo para la atención psiquiátrica de pacientes internados.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (durante un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones, por un máximo de 36 semanas): Copago de \$30

Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$30

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: Copago de \$30

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (durante un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones, por un máximo de 36 semanas):

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Consulta de terapia ocupacional:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

Es posible que se apliquen normas de autorización. La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California

Sesión de terapia grupal: Copago de \$30

Sesión de terapia individual: Copago de \$30

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Sesión de terapia grupal:

Dentro de la red: Copago de \$20

Fuera de la red: 20 % del costo

BENEFICIO

Atención por abuso de sustancias para pacientes externos ¹ (cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Cirugía para pacientes externos ¹

Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$35-\$300, según el servicio.

Hospital para pacientes externos: Copago de \$35-\$300 o 20 % del costo, según el servicio.

Se aplica un copago de \$35 solo para procedimientos quirúrgicos de colonoscopia y endoscopia cubiertos por Medicare y realizados en centros ambulatorios cubiertos por Medicare. Se aplica un copago de \$300 por otros procedimientos quirúrgicos para pacientes externos en hospitales cubiertos por Medicare y servicios de observación en centros y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.

Se aplica un coseguro del 20 % para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare que incluyen tratamientos de infusión, como una sesión de quimioterapia, terapia por vía intravenosa (IV) para pacientes externos, servicios de transfusión y administración de medicamentos de la Parte B.

A cada servicio se le aplicará un copago o un coseguro. Ningún servicio exigirá ambos, un copago y un coseguro.

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$30-\$275, según el servicio

Hospital para pacientes externos: Copago de \$30-\$275 o 20 % del costo, según el servicio

Se aplica un copago de \$30 solo para procedimientos quirúrgicos de colonoscopia y endoscopia cubiertos por Medicare y realizados en centros ambulatorios cubiertos por Medicare. Se aplica un copago de \$275 por otros procedimientos quirúrgicos para pacientes externos en hospitales cubiertos por Medicare y servicios de observación en centros y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.

Se aplica un coseguro del 20 % para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare que incluyen tratamientos de infusión, como una sesión de quimioterapia, terapia por vía intravenosa (IV) para pacientes externos, servicios de transfusión y administración de medicamentos de la Parte B.

A cada servicio se le aplicará un copago o un coseguro. Ningún servicio exigirá ambos, un copago y un coseguro.

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Sesión de terapia individual:
Dentro de la red: Copago de \$20
Fuera de la red: 20 % del costo

Es posible que se apliquen normas de autorización. La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Centro quirúrgico ambulatorio:
Dentro de la red: Copago de \$20-\$250, según el servicio
Fuera de la red: 20 % del costo

Hospital para pacientes externos:
Dentro de la red: Copago de \$20-\$250, según el servicio
Fuera de la red: 20 % del costo

Se aplica un copago de \$20 solo para procedimientos quirúrgicos de colonoscopia y endoscopia cubiertos por Medicare y realizados en centros ambulatorios cubiertos por Medicare. Se aplica un copago de \$250 por otros procedimientos quirúrgicos para pacientes externos en hospitales cubiertos por Medicare y servicios de observación en centros y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.

Se aplica un coseguro del 20 % para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare que incluyen tratamientos de infusión, como una sesión de quimioterapia, terapia por vía intravenosa (IV) para pacientes externos, servicios de transfusión y administración de medicamentos de la Parte B.

A cada servicio se le aplicará un copago o un coseguro. Ningún servicio exigirá ambos, un copago y un coseguro.

Es posible que se apliquen normas de autorización.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

En los artículos de venta libre

Sin cobertura

Dispositivos protésicos (aparatos dentales, prótesis ortopédicas, etc.) ¹

Dispositivos protésicos: 20 % del costo

Suministros médicos relacionados: 10 % del costo

Se requiere autorización previa para los suministros protésicos/médicos superiores a \$250.

Diálisis renal

No paga nada

Transporte ¹

No paga nada (hasta 12 viajes de ida por año) para citas médicas que estén dentro de la red y no sean urgentes.

Para acordar el transporte, comuníquese con un representante del plan con 3 días hábiles de anticipación, como mínimo, para permitir una correcta programación.

Atención de urgencia

Copago de \$35

No tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.

Servicios oftalmológicos

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): Copago de \$25

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

Sin cobertura

Sin cobertura

Dispositivos protésicos: 20 % del costo

Dispositivos protésicos:
Dentro de la red: 20 % del costo
Fuera de la red: 20 % del costo

Suministros médicos relacionados: 10 % del costo

Suministros médicos relacionados:
Dentro de la red: 10 % del costo
Fuera de la red: 20 % del costo

Se requiere autorización previa para los suministros protésicos/médicos superiores a \$250.

Se requiere autorización previa para los suministros protésicos/médicos superiores a \$250.
La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

No paga nada

Dentro de la red: No paga nada
Fuera de la red: 20 % del costo

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

No paga nada (hasta 12 viajes de ida por año) para citas médicas que estén dentro de la red y no sean urgentes.

Dentro de la red: No paga nada (hasta 12 viajes de ida por año) para citas médicas que estén dentro de la red y no sean urgentes.

Para acordar el transporte, comuníquese con un representante del plan con 3 días hábiles de anticipación, como mínimo, para permitir una correcta programación.

Para acordar el transporte, comuníquese con un representante del plan con 3 días hábiles de anticipación, como mínimo, para permitir una correcta programación.

Copago de \$30

Copago de \$20

No tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.
\$20 co-pay

No tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para obtener otros costos.

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): Copago de \$20

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma):

BENEFICIO

Vision Services (cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Copago de \$0

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Examen de la vista de rutina (hasta 1): Copago de \$10

Lentes de contacto (hasta 1): Copago de \$25

Anteojos (monturas y lentes) (hasta 1): Copago de \$25

Monturas para anteojos (hasta 1): Copago de \$25

Lentes para anteojos (hasta 1): Copago de \$25

Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Copago de \$0

Nuestro plan paga un máximo de \$100 por anteojos o lentes de contacto.

Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios (cubiertos en su totalidad luego de la autorización).

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red: Copago de \$15

Fuera de la red: 20 % del costo

Examen de la vista de rutina:

Dentro de la red: Copago de \$10 Tiene cobertura de hasta 1.

Lentes de contacto:

Dentro de la red: Copago de \$25 Tiene cobertura de hasta 1.

Anteojos (monturas y lentes):

Dentro de la red: Copago de \$25 Tiene cobertura de hasta 1.

Monturas para anteojos:

Dentro de la red: Copago de \$25 Tiene cobertura de hasta 1.

Lentes para anteojos:

Dentro de la red: Copago de \$25 Tiene cobertura de hasta 1.

Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas:

Dentro de la red: Copago de \$0

Fuera de la red: 20 % del costo

Nuestro plan paga un máximo de \$150 por anteojos o lentes de contacto de un proveedor dentro de la red.

Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios (cubiertos en su totalidad luego de la autorización).

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

ATENCIÓN PREVENTIVA

Atención preventiva

No paga nada

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:

- » Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- » Asesoramiento sobre abuso de alcohol
- » Medición de la masa ósea
- » Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- » Enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual)
- » Prueba de detección cardiovascular
- » Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- » Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- » Prueba de detección de depresión
- » Prueba de detección de diabetes
- » Prueba de detección de VIH
- » Servicios de tratamiento nutricional médico
- » Examen de obesidad y asesoramiento
- » Pruebas de detección de cáncer de próstata (Prostate Cancer Screening, PSA)
- » Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento
- » Asesoramiento sobre cómo dejar de fumar tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)
- » Vacunas, incluidas las vacunas antigripales, contra la Hepatitis B y antineumocócicas
- » Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)
- » Consulta anual de “bienestar”

Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de vigencia del contrato será cubierto.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

No paga nada

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:

- » Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- » Asesoramiento sobre abuso de alcohol
- » Medición de la masa ósea
- » Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- » Enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual)
- » Prueba de detección cardiovascular
- » Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- » Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- » Prueba de detección de depresión
- » Prueba de detección de diabetes
- » Prueba de detección de VIH
- » Servicios de tratamiento nutricional médico
- » Examen de obesidad y asesoramiento
- » Pruebas de detección de cáncer de próstata (Prostate Cancer Screening, PSA)
- » Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento
- » Asesoramiento sobre cómo dejar de fumar tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)
- » Vacunas, incluidas las vacunas antigripales, contra la Hepatitis B y antineumocócicas
- » Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)
- » Consulta anual de “bienestar”

Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de vigencia del contrato será cubierto.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red: No paga nada

Fuera de la red: 20 % del costo

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:

- » Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- » Asesoramiento sobre abuso de alcohol
- » Medición de la masa ósea
- » Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- » Enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual)
- » Prueba de detección cardiovascular
- » Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- » Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- » Prueba de detección de depresión
- » Prueba de detección de diabetes
- » Prueba de detección de VIH
- » Servicios de tratamiento nutricional médico
- » Examen de obesidad y asesoramiento
- » Pruebas de detección de cáncer de próstata (Prostate Cancer Screening, PSA)
- » Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento
- » Asesoramiento sobre cómo dejar de fumar tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)
- » Vacunas, incluidas las vacunas antigripales, contra la Hepatitis B y antineumocócicas
- » Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)
- » Consulta anual de “bienestar”

Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de vigencia del contrato

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Centro de cuidados paliativos

No debe pagar nada para recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados paliativos.

ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS

Atención hospitalaria para pacientes internados¹

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

será cubierto.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

No debe pagar nada para recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados paliativos.

No debe pagar nada para recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados paliativos.

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

Copago de \$275 por día durante los días 1 a 5

Los copagos para los beneficios de hospital y de atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) dependen de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es internado y finaliza cuando no haya recibido atención como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para paciente internado se limitará a 90 días.

BENEFICIO

Atención hospitalaria para pacientes internados¹
(cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Copago de \$300 por día durante los días 1 a 5
No paga nada por día durante los días 6 a 90

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Atención psiquiátrica para pacientes internados

Para obtener información sobre atención psiquiátrica para pacientes internados, consulte la sección “Atención psiquiátrica” de este folleto.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF)¹

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

No paga nada por día durante los días 1 a 20

Copago de \$150 por día durante los días 21 a 100

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

No paga nada por día durante los días 6 a 90

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Para obtener información sobre atención psiquiátrica para pacientes internados, consulte la sección “Atención psiquiátrica” de este folleto.

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

No paga nada por día durante los días 1 a 20

Copago de \$125 por día durante los días 21 a 100

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red:

Copago de \$250 por día durante los días 1 a 5

No paga nada por día durante los días 6 a 90

Fuera de la red: En 2015, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

Deducible de \$1,260 para los días 1 a 60

Copago de \$315 por día durante los días 61 a 90

Copago de \$630 por día durante 60 días de reserva de por vida

Estos montos pueden cambiar en 2016.

Es posible que se apliquen normas de autorización.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Para obtener información sobre atención psiquiátrica para pacientes internados, consulte la sección “Atención psiquiátrica” de este folleto.

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Dentro de la red:

No paga nada por día durante los días 1 a 20

Copago de \$125 por día durante los días 21 a 100

Fuera de la red: En 2015, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

No paga nada por día durante los días 1 a 20

Copago de \$157.50 por día durante los días 21 a 100

Estos montos pueden cambiar en 2016.

Es posible que se apliquen normas de autorización.

La cobertura fuera de red se restringe a los médicos y servicios a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Beneficios de medicamentos con receta¹

¿Cuánto debo pagar?

Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: 20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B1: 20 % del costo

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Cobertura inicial

Después de que paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$3,310. Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con pedidos por correo de la red.

Deducible: \$280 (se aplica a los niveles 2, 3, 4 y 5)

COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$15	Copago de \$30
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$85	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	26 % del costo	26% del costo

¿Cuánto debo pagar?

Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: 20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B1: 20 % del costo

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Cobertura inicial

Después de que paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$3,310. Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con pedidos por correo de la red.

Deducible: \$150 (se aplica a los niveles 3, 4 y 5)

COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$5	Copago de \$10
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$85	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	29% del costo	29% del costo

¿Cuánto debo pagar?

Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia:

Dentro de la red: 20 % del costo

Fuera de la red: 20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B1:

Dentro de la red: 20 % del costo

Fuera de la red: 20 % del costo

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Cobertura inicial

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$3,310. Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con pedidos por correo de la red.

COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$5	Copago de \$10
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$85	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	33% del costo	33% del costo

BENEFICIO

Beneficios de medicamentos con receta¹
(cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$8
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$30
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	26% del costo

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, debe pagar lo mismo que si fuera una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es probable que deba pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado en inglés el “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en el costo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$3,310.

Después de ingresar en el período sin cobertura, usted paga el 45 % de los costos del plan por medicamentos de marca y el 58 % de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos alcancen los \$4,850, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas están sujetas al período sin cobertura

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de una farmacia minorista y los pedidos por correo) alcancen los \$4,850, usted

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$10
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	29% del costo

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, debe pagar lo mismo que si fuera una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es probable que deba pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado en inglés el “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en el costo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$3,310.

Después de ingresar en el período sin cobertura, usted paga el 45 % de los costos del plan por medicamentos de marca y el 58 % de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos alcancen los \$4,850, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas están sujetas al período sin cobertura.

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de una farmacia minorista y los pedidos por correo) alcancen los \$4,850, usted

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$10
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$170
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	33% del costo

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, debe pagar lo mismo que si fuera una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es probable que deba pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado en inglés el “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en el costo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$3,310.

Después de ingresar en el período sin cobertura, usted paga el 45 % de los costos del plan por medicamentos de marca y el 58 % de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos alcancen los \$4,850, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas están sujetas al período sin cobertura.

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de una farmacia minorista y los pedidos por correo) alcancen los \$4,850, usted

BENEFICIO

Beneficios de medicamentos con receta¹
(cont.)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

paga la suma que sea mayor entre las siguientes opciones:

5 % del costo o

un copago de \$2.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$7.40 por todos los demás medicamentos.

BENEFICIOS OPCIONALES (usted debe pagar una prima adicional mensual por estos beneficios)

Paquete N.º 1: opcional
Beneficio odontológico
complementario

Los beneficios incluyen los siguientes:
Servicio odontológico preventivo
Cobertura odontológica integral

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

Adicional de \$29.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan de \$31.00.

¿Cuánto es el deducible?

Este paquete no tiene deducible.

¿Existe un límite sobre lo que pagará el plan?

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año. Nuestro plan tiene límites de cobertura adicionales para determinados beneficios.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

paga la suma que sea mayor entre las siguientes opciones:

5 % del costo o

un copago de \$2.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$7.40 por todos los demás medicamentos.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Paga la suma que sea mayor entre las siguientes opciones:

5 % del costo o

un copago de \$2.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$7.40 por todos los demás medicamentos.

Los beneficios incluyen los siguientes:

Cobertura odontológica integral

Adicional de \$23.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan de \$95.00.

Este paquete no tiene deducible.

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año. Nuestro plan tiene límites de cobertura adicionales para determinados beneficios.

Los beneficios incluyen los siguientes:

Cobertura odontológica integral

Adicional de \$23.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan de \$165.00.

Este paquete no tiene deducible.

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año. Nuestro plan tiene límites de cobertura adicionales para determinados beneficios.

Seccion III: Información adicional

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)
<p>Beneficios complementarios elegibles:</p> <p>EDUCACIÓN SOBRE SALUD: Taller Cómo vivir bien (Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas) — Taller basado en evidencias, desarrollado en la Universidad de Stanford, para ayudar a las personas que tienen distintas enfermedades crónicas. Los temas cubiertos en el programa incluyen (entre otros) nutrición, control de los síntomas, habilidades de comunicación, uso de medicamentos y técnicas para tratar la frustración, la fatiga y el dolor.</p> <p>Los talleres tienen una duración de 2 horas y media, y se realizan una vez a la semana en ciclos de seis semanas. Los talleres se llevan a cabo en entornos comunitarios, como por ejemplo centros para personas de edad avanzada, iglesias, bibliotecas y hospitales. Se cuenta con la asistencia conjunta de personas con diferentes problemas de salud crónicos. Los facilitadores de los talleres son dos instructores certificados, de los cuales uno o ambos no son profesionales de salud y padecen enfermedades crónicas.</p> <p>No se requiere una derivación para el beneficio de Educación sobre salud.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>
<p>MANEJO DE ENFERMEDADES MEJORADO: Programa de prevención de la diabetes — este programa basado en evidencias, y adaptado de los Centros para el Control de Enfermedades, ha demostrado ser exitoso al ayudar a las personas a evitar o retrasar la diabetes tipo 2. Se llevan a cabo sesiones grupales durante 16 semanas, seguidas de 8 reuniones mensuales. Se incluye entrenamiento sobre el estilo de vida relacionado con la alimentación saludable, el ejercicio y la pérdida de peso, y las metas se persiguen de manera segura y gradual.</p> <p>Conexiones con la vida — para las personas que han recibido un diagnóstico de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes o enfermedad coronaria arterial. Este programa incluye clases específicas enfocadas en mejorar la afección de la persona, entrenamiento de salud individual con un nutricionista o enfermero certificado, y envío de informes regulares a los médicos para garantizar que se brinde la atención adecuada.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Copago de \$0

Es posible que se apliquen normas de autorización.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Copago de \$0

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Copago de \$0

Es posible que se apliquen normas de autorización.

Copago de \$0

Es posible que se apliquen normas de autorización.



ASPIREHEALTHPLAN

Para obtener más información, llame a Aspire Health Plan, al número local: Número gratuito: (855) 570-1600; los usuarios de TTY deben llamar al: 711.

Aspire Health Plan es un patrocinador de los planes HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a nuestro número gratuito de servicio al cliente (855) 570-1600; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos de 8 am a 8 pm, hora estándar del Pacífico, de lunes a viernes (excepto determinados feriados) del 15 de febrero al 30 de septiembre, y de 8 am a 8 pm, hora del estándar del Pacífico, los siete días de la semana, durante el período comprendido entre el 1.º de octubre y el 14 de febrero. Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a nuestro número de atención al cliente al (855) 570-1600; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos de 8 am a 8 pm, hora estándar del Pacífico, de lunes a viernes (excepto determinados feriados) del 15 de febrero al 30 de septiembre, y de 8 am a 8 pm, hora del estándar del Pacífico, los siete días de la semana, durante el período comprendido entre el 1.º de octubre y el 14 de febrero.

Aspire Health Plan
10 Ragsdale Drive, Suite 101
Monterey, CA 93940

www.aspirehealthplan.org

