



# Resumen de beneficios

DEL 1.º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE

# 2017



**ASPIREHEALTHPLAN**

**Su Medicare Advantage.**

Un plan, servicio excepcional, excelente valor.

Este es un resumen de los servicios de salud y los medicamentos que cubre Aspire Health Plan (HMO) desde el 1.º de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Aspire Health Plan es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)
<b>PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LO QUE LE CORRESPONDE PAGAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS</b>	
Prima mensual del plan	Prima mensual del plan de \$36.00 además de la prima mensual de la Parte B.
Deducible para servicios médicos	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$5,000 anuales.</p> <p>El monto máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos durante el año, para servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p>Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>
Cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital <sup>1</sup>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Usted no paga nada por día durante los días 7 a 90.</p> <p>Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.</p>

Nota:

Es posible que los servicios marcados con <sup>1</sup> requieran autorización previa.

Es posible que los servicios marcados con <sup>2</sup> requieran derivación de su médico.

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

Prima mensual del plan de \$95.00 además de la prima mensual de la Parte B.

Prima mensual del plan de \$239.00 además de la prima mensual de la Parte B.

Este plan no tiene deducible.

Este plan no tiene deducible.

\$4,500 anuales.

El monto máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos durante el año, para servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

\$50 anuales.

El monto máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos durante el año, para servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Usted paga un copago de \$275 por día durante los días 1 a 6.

Usted no paga nada por día durante los días 7 a 90.

Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.

Dentro de la red: Usted no paga nada durante los días 1 a 90.

Fuera de la red\*: Usted no paga nada durante los días 1 a 90.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



<b>BENEFICIO</b>	<b>ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)</b>
<p>Consultas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Atención primaria</li><li>» Especialistas</li></ul>	<p>Consulta de atención primaria: Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Consulta con un especialista: Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>No paga nada.</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li><li>• Asesoramiento sobre abuso de alcohol</li><li>• Consulta anual de bienestar</li><li>• Medición de la masa ósea</li><li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li><li>• Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares</li><li>• Pruebas de detección cardiovascular</li><li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li><li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal</li><li>• Prueba de detección de depresión</li><li>• Prueba de detección de diabetes</li><li>• Prueba de detección de VIH</li><li>• Prueba de detección de obesidad</li><li>• Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual</li><li>• Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</li></ul>

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Consulta de atención primaria: Usted paga un copago de \$10 por consulta.

Consulta con un especialista: Usted paga un copago de \$30 por consulta.

No paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento sobre abuso de alcohol
- Consulta anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Pruebas de detección cardiovascular
- Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección de obesidad
- Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual
- Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red:

Consulta de atención primaria: No paga nada por consulta.

Consulta con un especialista: No paga nada por consulta.

Fuera de la red\*:

Consulta de atención primaria: No paga nada por consulta.

Consulta con un especialista: No paga nada por consulta.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare 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\*: No paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento sobre abuso de alcohol
- Consulta anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Pruebas de detección cardiovascular
- Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección de obesidad
- Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual
- Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



<b>BENEFICIO</b>	<b>ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)</b>
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por consulta.  No tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Cobertura para pacientes internados en un hospital” de este folleto para obtener otros costos.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$45 por consulta.  No tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia si ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Consulte la sección “Cobertura para pacientes internados en un hospital” de este folleto para obtener otros costos.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes <sup>1</sup>  » Servicio radiológico de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética)  » Servicios de laboratorio  » Procedimientos y análisis de diagnóstico  » Radiografías para pacientes externos	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): Usted paga un copago de \$60 por consulta.  Servicios de laboratorio: Usted paga un copago de \$20 por consulta.  Procedimientos y análisis de diagnóstico: Usted paga un copago de \$20 por consulta.  Radiografías para pacientes externos: Usted paga un copago de \$20 por radiografía.  Servicios de radiación terapéutica (como tratamiento con radiación para el cáncer): Usted paga un copago de \$60 por consulta.

### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga un copago de \$75 por consulta.

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

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

Dentro de la red: No paga nada por consulta.

Fuera de la red: No paga nada por consulta.

Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, O si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Usted paga un copago de \$40 por consulta.

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

Dentro de la red: No paga nada por consulta.

Fuera de la red\*: No paga nada por consulta.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare 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):

Usted paga un copago de \$40 por consulta.

Servicios de laboratorio: Usted paga un copago de \$15 por consulta.

Procedimientos y análisis de diagnóstico: Usted paga un copago de \$15 por consulta.

Radiografías para pacientes externos: Usted paga un copago de \$15 por radiografía.

Servicios de radiación terapéutica (como tratamiento con radiación para el cáncer): Usted paga un copago de \$40 por consulta.

Dentro de la red: Usted no paga nada por cada servicio.

Fuera de la red\*: Usted no paga nada por cada servicio.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

Servicios auditivos

» Examen auditivo

Usted paga un copago de \$35 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios auditivos adicionales por una prima adicional de \$33.00 por mes.

Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

Servicios odontológicos

La cobertura odontológica se limita a los servicios cubiertos por los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare y los beneficios médicos de la Parte B de Medicare.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios odontológicos adicionales por una prima adicional de \$33.00 por mes.

Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.



## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga un copago de \$30 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios auditivos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

Servicios odontológicos preventivos:

Examen bucal (hasta 1 cada seis meses):  
No paga nada.

Limpieza (hasta 1 cada seis meses):  
No paga nada.

Radiografías dentales:  
(hasta 1 serie de radiografías de toda la boca/  
panorámicas cada 12 meses): No paga nada.  
(hasta 1 serie de radiografías con aleta de mordida  
cada 12 meses):  
No paga nada.

No se requiere autorización previa para los servicios cubiertos a los que se accede dentro de la red.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios odontológicos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red: No paga nada.

Fuera de la red\*: No paga nada.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios auditivos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Servicios odontológicos preventivos:

Examen bucal (hasta 1 cada seis meses):  
No paga nada.

Limpieza (hasta 1 cada seis meses):  
No paga nada.

Radiografías dentales:  
(hasta 1 serie de radiografías de toda la boca/  
panorámicas cada 12 meses): No paga nada.  
(hasta 1 serie de radiografías con aleta de mordida  
cada 12 meses):  
No paga nada.

Se requiere la autorización previa de Liberty Dental para los servicios cubiertos fuera de la red. No se requiere autorización previa para los beneficios cubiertos a los que se accede dentro de la red.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios odontológicos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

**BENEFICIO**

Servicios oftalmológicos<sup>1</sup>

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): Usted paga un copago de \$35.

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

No paga nada, se requiere autorización previa.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios oftalmológicos adicionales por una prima adicional de \$33.00 por mes.

Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): Usted paga un copago de \$30.

Examen de la vista de rutina (hasta 1):  
Usted paga un copago de \$10.

Lentes de contacto (hasta 1):  
Usted paga un copago de \$25.

Anteojos (monturas y lentes) (hasta 1 cada 12 meses): Usted paga un copago de \$25.

Monturas para anteojos (hasta 1 cada 12 meses):  
Usted paga un copago de \$25.

Lentes para anteojos (hasta 1 cada 12 meses):  
Usted paga un copago de \$25.

Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: No paga nada.

Nuestro plan paga un máximo de \$100 cada 12 meses por anteojos o lentes de contacto.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios oftalmológicos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red:

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): No paga nada.

Fuera de la red\*:

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluso detección anual de glaucoma): No paga nada.

No paga nada por los anteojos o lentes de contacto cuando son necesarios por razones médicas después de una cirugía de cataratas, se requiere autorización previa. Dentro y fuera de la red.

### **Servicios oftalmológicos adicionales:**

Dentro de la red:

Examen de la vista de rutina (hasta 1): Usted paga un copago de \$10.

Lentes de contacto (hasta 1): Usted paga un copago de \$25.

Anteojos (monturas y lentes) (hasta 1 cada 12 meses): Usted paga un copago de \$25.

Monturas para anteojos (hasta 1 cada 12 meses):  
Usted paga un copago de \$25.

Lentes para anteojos (hasta 1 cada 12 meses):  
Usted paga un copago de \$25.

Nuestro plan paga un máximo de \$100 cada 12 meses por anteojos o lentes de contacto.

En la opción de beneficios de salud mejorados se ofrecen servicios oftalmológicos adicionales por una prima adicional de \$29.00 por mes. Para obtener más detalles, consulte la sección de Beneficios opcionales.

Los servicios y beneficios adicionales (no cubiertos por Medicare) no tienen cobertura fuera de la red.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

## BENEFICIO

Servicios de salud mental<sup>1</sup>

- » Pacientes internados
- » Sesión de terapia grupal para pacientes externos
- » Sesión de terapia individual para pacientes externos

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Atención para pacientes internados:

Usted paga un copago de \$300 por día durante los días 1 a 5.

Usted no paga nada por día durante los días 6 a 90.

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

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:  
Usted paga un copago de \$35.

Sesión de terapia individual para pacientes externos:  
Usted paga un copago de \$35.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Atención para pacientes internados:

Usted paga un copago de \$275 por día durante los días 1 a 5.

Usted no paga nada por día durante los días 6 a 90.

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

Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:  
Usted paga un copago de \$30.

Sesión de terapia individual para pacientes externos:  
Usted paga un copago de \$30.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días por servicios de atención psiquiátrica para 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. Nuestro plan cubre 90 días de internación en un hospital.

Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si debe permanecer hospitalizado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado estará limitada a 90 días.

Dentro de la red:

Atención para pacientes internados: Usted no paga nada por día durante los días 1 a 90.

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:  
No paga nada.

Sesión de terapia individual para pacientes externos:  
No paga nada.

Fuera de la red\*:

Atención para pacientes internados: Usted no paga nada por día durante los días 1 a 90.

Sesión de terapia grupal para pacientes externos:  
No paga nada.

Sesión de terapia individual para pacientes externos:  
No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

Centro de atención de enfermería especializada<sup>1</sup>

Usted no paga nada por día durante los días 1 a 20.

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

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Servicios de rehabilitación<sup>1</sup>

- » Consulta de rehabilitación cardíaca (corazón)
- » Consulta de terapia ocupacional
- » Consulta de fisioterapia y terapia del lenguaje y del habla

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón):  
Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.

Consulta de terapia ocupacional: Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.

### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada por día durante los días 1 a 20.

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

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

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

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Dentro de la red: No paga nada por día durante los días 1 a 100.

Fuera de la red\*: Usted no paga nada por día durante los días 1 a 100.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Consulta de rehabilitación cardíaca (corazón):  
Usted paga un copago de \$30 por cada consulta.

Consulta de terapia ocupacional: Usted paga un copago de \$30 por cada consulta.

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: Usted paga un copago de \$30 por cada consulta.

Dentro de la red:  
Consulta de rehabilitación cardíaca (corazón):  
No paga nada.

Consulta de terapia ocupacional: No paga nada.

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: No paga nada.

Fuera de la red\*:  
Consulta de rehabilitación cardíaca (corazón):  
No paga nada.

Consulta de terapia ocupacional: No paga nada.

Consultas de fisioterapia o terapia del lenguaje y del habla: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



<b>BENEFICIO</b>	<b>ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)</b>
Ambulancia <sup>1</sup>	<p>Usted paga un copago de \$250.</p> <p>No tiene que pagar los servicios de ambulancia si es hospitalizado.</p> <p>Debe recibir autorización del plan antes de usar servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>
Transporte <sup>1</sup>	<p>No paga nada.</p> <p>12 viajes de ida o de vuelta cada año a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Para coordinar el transporte, comuníquese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para permitir una correcta programación.</p>
Cuidado de pies (servicios de podiatría)	<p>Exámenes y tratamiento de pies si tiene daño en el sistema nervioso relacionado con diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted paga un copago de \$35.</p>



### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga un copago de \$250.

No tiene que pagar los servicios de ambulancia si es hospitalizado.

Debe recibir autorización del plan antes de usar servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

No paga nada.

12 viajes de ida o de vuelta cada año a lugares aprobados por el plan.

Para acordar el transporte, comuníquese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para permitir una correcta programación.

Exámenes y tratamiento de pies si tiene daño en el sistema nervioso relacionado con diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted paga un copago de \$30.

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

Dentro de la red: No paga nada.

Fuera de la red\*: No paga nada.

No tiene que pagar los servicios de ambulancia si es hospitalizado.

Debe recibir autorización del plan antes de usar servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Dentro de la red: No paga nada.

12 viajes de ida o de vuelta cada año a lugares aprobados por el plan.

Para acordar el transporte, comuníquese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para permitir una correcta programación.

Fuera de la red: El transporte de rutina no está cubierto fuera de la red

Dentro de la red: No paga nada.

Fuera de la red\*: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

Equipos/suministros médicos<sup>1</sup>

Usted paga el 20 % del costo por cada suministro o equipo médico duradero.



Programas sobre bienestar<sup>1, 2</sup>

**Programa para un Mejor Tratamiento de las Enfermedades**

Usted no paga nada para un tratamiento mejorado de las enfermedades

Los miembros que participan en estos programas son asignados a un médico clínico calificado con conocimientos especializados de su(s) enfermedad(es), que controla de forma rutinaria el estado de salud del miembro y su participación en el programa.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Programa de prevención de la diabetes: basado en evidencias y adaptado de los Centros para el Control de Enfermedades, este programa ha demostrado ser exitoso para 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.
- 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.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga el 15 % del costo por cada suministro o equipo médico duradero.

### Programa para un Mejor Tratamiento de las Enfermedades

Usted no paga nada para un tratamiento mejorado de las enfermedades

Los miembros que participan en estos programas son asignados a un médico clínico calificado con conocimientos especializados de su(s) enfermedad(es), que controla de forma rutinaria el estado de salud del miembro y su participación en el programa.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Programa de prevención de la diabetes: basado en evidencias y adaptado de los Centros para el Control de Enfermedades, este programa ha demostrado ser exitoso para 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.
- 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.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red: No paga nada.

Fuera de la red\*: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

### Programa para un Mejor Tratamiento de las Enfermedades

Dentro de la red: Usted no paga nada para un tratamiento mejorado de las enfermedades

Los miembros que participan en estos programas son asignados a un médico clínico calificado con conocimientos especializados de su(s) enfermedad(es), que controla de forma rutinaria el estado de salud del miembro y su participación en el programa.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Programa de prevención de la diabetes: basado en evidencias y adaptado de los Centros para el Control de Enfermedades, este programa ha demostrado ser exitoso para 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.
- 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.

Fuera de la red: Los beneficios del programa de manejo de enfermedades mejorado no están cubiertos fuera de la red.

## BENEFICIO

Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup>

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)

Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de \$45 por día por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare.

## MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS

Beneficios de medicamentos con receta<sup>1</sup>

### Cobertura inicial

Usted paga el costo total de los medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual de \$360.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando pasa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido específico de la farmacia adicional y las etapas del beneficio, comuníquese con nosotros o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

### COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$15	Copago de \$30
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25 % del costo	25 % del costo

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de \$45 por día por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare.

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Dentro de la red: No paga nada.

Fuera de la red\*: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

### Cobertura inicial

Usted paga el costo total de los medicamentos en los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual de \$150.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando pasa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido específico de la farmacia adicional y las etapas del beneficio, comuníquese con nosotros o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

#### COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$8	Copago de \$16
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$45	Copago de \$90
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	30 % del costo	30 % del costo

### Cobertura inicial

Este plan no tiene un deducible anual.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando pasa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido específico de la farmacia adicional y las etapas del beneficio, comuníquese con nosotros o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

#### COSTO COMPARTIDO MINORISTA ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$8	Copago de \$16
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$45	Copago de \$90
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	33 % del costo	33 % del costo

**BENEFICIO****ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)****MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS (continuación)**

Beneficios de medicamentos con receta<sup>1</sup>  
(continuación)

**COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO  
POR CORREO ESTÁNDAR**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$8
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$30
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$94
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25 % del costo

**BENEFICIOS MÉDICOS ADICIONALES**

Acupuntura y otras terapias alternativas

Sin cobertura.

Atención quiropráctica

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna): Usted paga un copago de \$10.

Atención quiropráctica de rutina: Sin cobertura.

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)****ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)****COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO  
POR CORREO ESTÁNDAR**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$16
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	30 % del costo

**COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO  
POR CORREO ESTÁNDAR**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
Nivel 1 (genérico preferido)	Copago de \$4
Nivel 2 (genérico)	Copago de \$16
Nivel 3 (marca preferida)	Copago de \$90
Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	33 % del costo

Usted paga \$10 por consulta (hasta 6 consultas por año).

Dentro de la red: No paga nada por consulta (hasta 6 consultas por año).

Fuera de la red\*: Sin cobertura

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna): Usted paga un copago de \$10.

Dentro de la red:  
Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna): No paga nada.

Consultas quiroprácticas de rutina (hasta 6 consultas por año): Usted paga un copago de \$10.

Consulta quiropráctica de rutina (hasta 12 consultas por año): No paga nada.

Fuera de la red\*:

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna): No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

La atención quiropráctica no está cubierta fuera de la red.



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

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.

Atención médica a domicilio<sup>1</sup>

No paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Atención por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1</sup>

Sesión de terapia grupal: Usted paga un copago de \$35.

Sesión de terapia individual: Usted paga un copago de \$35.



### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

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.

No paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Sesión de terapia grupal: Usted paga un copago de \$30.

Sesión de terapia individual: Usted paga un copago de \$30.

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

Dentro de la red: Usted no paga nada por los suministros para el control de la diabetes, la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos terapéuticos y las plantillas.

Fuera de la red\*: Usted no paga nada por los suministros para el control de la diabetes, la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos terapéuticos y las plantillas.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare 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: No paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Dentro de la red:

Sesión de terapia grupal: No paga nada.

Sesión de terapia individual: No paga nada.

Fuera de la red\*:

Sesión de terapia grupal: No paga nada.

Sesión de terapia individual: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

<p>Cirugía para pacientes externos<sup>1</sup></p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: Usted paga un copago de \$300.</p> <p>Hospital para pacientes externos: Usted paga un copago de \$0 a \$300 o del 0 al 20 % del costo, según el servicio.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la cirugía para pacientes externos: Usted paga \$300.</p> <p>Consulta por infusión para quimioterapia: Usted paga un copago de \$45 por día por tratamiento.</p> <p>Servicios de terapia intravenosa y de transfusión para pacientes externos: Coseguro del 20 %.</p> <p>Colonoscopia de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos de endoscopia: Usted paga un copago de \$35 por procedimiento.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos: Coseguro del 20 %.</p> <p>El coseguro de los medicamentos de la Parte B se aplicará a los medicamentos administrados.</p>
<p>Dispositivos protésicos (aparatos dentales, prótesis ortopédicas, etc.)<sup>1</sup></p>	<p>Dispositivos protésicos: Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted paga el 20 % del costo.</p>
<p>Diálisis renal<sup>1</sup></p>	<p>No paga nada.</p>

### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Centro quirúrgico ambulatorio: Usted paga un copago de \$275.

Hospital para pacientes externos: Usted paga un copago de \$0 a \$275 o del 0 al 20 % del costo, según el servicio.

Servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la cirugía para pacientes externos: Usted paga \$275.

Consulta por infusión para quimioterapia: Usted paga un copago de \$45 por día por tratamiento.

Servicios de terapia intravenosa y de transfusión para pacientes externos: Coseguro del 20 %.

Colonoscopia de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos de endoscopia: Usted paga un copago de \$30 por procedimiento.

Servicios hospitalarios para pacientes externos: Coseguro del 20 %.

El coseguro de los medicamentos de la Parte B se aplicará a los medicamentos administrados.

Dispositivos protésicos: Usted paga el 20 % del costo.

Suministros médicos relacionados: Usted paga el 15 % del costo.

No paga nada.

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

Dentro de la red: Usted no paga nada por los servicios del centro quirúrgico ambulatorio, los servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la cirugía para pacientes externos, la terapia intravenosa para pacientes externos, la infusión para quimioterapia y los servicios de transfusión.

Fuera de la red\*: Usted no paga nada por los servicios del centro quirúrgico ambulatorio, los servicios hospitalarios para pacientes externos, incluida la cirugía para pacientes externos, la terapia intravenosa para pacientes externos, la infusión para quimioterapia y los servicios de transfusión.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare 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: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare 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\*: No paga nada.

\*La cobertura fuera de la red se restringe a los médicos participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

**BENEFICIO**

Centro de cuidados paliativos

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

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

**BENEFICIOS DE SALUD MEJORADOS OPCIONALES  
(usted debe pagar una prima adicional mensual por estos beneficios)**

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

Adicional de \$33.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan de \$36.00.

Beneficios odontológicos

Usted no paga nada por los servicios odontológicos preventivos cubiertos.

Usted paga un coseguro del 20 % por cada consulta odontológica por los servicios odontológicos integrales, a excepción de las cirugías bucales/maxilofaciales.

Usted paga un coseguro del 50 % por las cirugías bucales/maxilofaciales.

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año.

Atención preventiva:

- Hasta 1 examen bucal cada seis meses
- Hasta 1 limpieza cada seis meses
- Hasta 1 serie de radiografías de toda la boca/ panorámicas cada 12 meses y hasta 1 serie de radiografías con aleta de mordida cada 12 meses

Cobertura integral:

- Servicios de restauración: 1 consulta cada 36 meses
- Prostodoncia, otras cirugías bucales/ maxilofaciales: hasta 2 consultas cada 24 meses
- Endodoncia/periodoncia/extracciones: 1 consulta cada 24 meses

### ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

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

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

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

Adicional de \$29.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan de \$95.00.

Adicional de \$29.00 por mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan de \$239.00.

Usted paga un coseguro del 20 % por cada consulta odontológica por los servicios odontológicos integrales, a excepción de las cirugías bucales/maxilofaciales.

Usted paga un coseguro del 20 % por cada consulta odontológica por los servicios odontológicos integrales, a excepción de las cirugías bucales/maxilofaciales.

Usted paga un coseguro del 50 % por las cirugías bucales/maxilofaciales.

Usted paga un coseguro del 50 % por las cirugías bucales/maxilofaciales.

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año.

Nuestro plan paga un máximo de \$1,000 cada año.

- Servicios de restauración: 1 consulta cada 36 meses
- Prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales hasta 2 consultas cada 24 meses
- Endodoncia/periodoncia/extracciones: 1 consulta cada 24 meses

- Servicios de restauración: 1 consulta cada 36 meses
- Prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales: hasta 2 consultas cada 24 meses
- Endodoncia/periodoncia/extracciones: 1 consulta cada 24 meses



**BENEFICIO**

**ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO)**

Beneficio de anteojos

Usted paga un copago de \$10 por cada examen de la vista de rutina.

Usted paga un copago de \$25 por los materiales para anteojos (monturas, lentes o lentes de contacto).

- Un examen de la vista de rutina cada 12 meses desde la fecha del último servicio. El límite de cobertura de los beneficios oftalmológicos es de \$460 cada 12 meses
- Un par de lentes correctivas cada 12 meses
- Una montura cada 12 meses hasta un costo minorista de \$150 en total
- Asignación para lentes de contacto de \$150 en total en lugar de monturas y lentes
- Asignación de \$120 para lentes progresivos
- Asignación de \$85 para lentes de policarbonato
- Asignación de \$70 para lentes fotocromáticas
- Asignación de \$35 para recubrimiento antirreflejo
- El monto máximo de la cobertura de beneficios del plan es por 12 meses desde la fecha del último servicio

Examen auditivo y beneficio de audífonos:

Usted paga un copago de \$20 por examen.

Usted paga un copago de \$599 por cada audífono 700.

Usted paga un copago de \$899 por cada audífono 900.

- Examen auditivo de rutina una vez al año
- Hasta 2 audífonos TruHearing Flyte por año, uno por oído
- TruHearing Flyte 700
- TruHearing Flyte 900

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga un copago de \$25 por los materiales para anteojos (monturas, lentes o lentes de contacto).

- Adicional de \$188 en beneficios oftalmológicos cada 12 meses.
- Asignación de \$50 adicionales para monturas
- Asignación de \$33 adicionales para cobertura de lentes progresivos
- Asignación de \$70 para lentes fotocromáticas
- Asignación de \$35 para recubrimiento antirreflejo
- El monto máximo de la cobertura de beneficios del plan es por 12 meses desde la fecha del último servicio

Usted paga un copago de \$20 por examen.

Usted paga un copago de \$599 por cada audífono 700.

Usted paga un copago de \$899 por cada audífono 900.

- Examen auditivo de rutina una vez al año
- Hasta 2 audífonos TruHearing Flyte por año, uno por oído
- TruHearing Flyte 700
- TruHearing Flyte 900

## ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

Usted paga un copago de \$25 por los materiales para anteojos (monturas, lentes o lentes de contacto).

- Adicional de \$188 en beneficios oftalmológicos cada 12 meses.
- Asignación de \$50 adicionales para monturas
- Asignación de \$33 adicionales para cobertura de lentes progresivos
- Asignación de \$70 para lentes fotocromáticas
- Asignación de \$35 para recubrimiento antirreflejo
- El monto máximo de la cobertura de beneficios del plan es por 12 meses desde la fecha del último servicio

Usted paga un copago de \$20 por examen.

Usted paga un copago de \$599 por cada audífono 700.

Usted paga un copago de \$899 por cada audífono 900.

- Examen auditivo de rutina una vez al año
- Hasta 2 audífonos TruHearing Flyte por año, uno por oído
- TruHearing Flyte 700
- TruHearing Flyte 900

*La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de los servicios cubiertos y lo que le corresponde pagar a usted. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios, solicite la “Evidencia de cobertura”. Puede ver la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org).*

*Para inscribirse en Aspire Health Plan (HMO), 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.*

*Aspire Health Plan (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recurre a proveedores que no se encuentran en nuestra red, el plan no pagará esos servicios.*

*Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.*

*This information is available for free in other language. Please call our customer service number toll free at (855) 570-1600 (TTY users call 711). We are open 8 a.m.–8 p.m. PST Monday through Friday (except certain holidays) from February 15 through September 30 and 8 a.m.–8 p.m. PST seven days a week from October 1 through February 14.*

*Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de atención al cliente al (855) 570-1600; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes (excepto ciertos feriados) y desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8.00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días a la semana.*





# ASPIREHEALTHPLAN

## **Su Medicare Advantage.**

Un plan, servicio excepcional, excelente valor.

*Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que figura debajo o visítenos en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org).*

*Número gratuito: 855-570-1600; los usuarios de TTY deben llamar al 711.*

*Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos los 7 días de la semana de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del Pacífico.*

*Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del Pacífico.*

*Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org).*

*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 en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org).*

*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.*

*Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como tamaño de letra grande.*

Aspire Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aspire Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aspire Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
  
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Aspire Health Plan Grievance Coordinator.

Si considera que Aspire Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Grievance Coordinator, Aspire Health Plan, 10 Ragsdale Dr. Suite 101, Monterey, CA 93940, phone: (855) 570-1600, TTY: 711, fax: (831) 657-0703, email: [compliance@aspirehealthplan.org](mailto:compliance@aspirehealthplan.org). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Aspire Health Plan Grievance Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# ASPIREHEALTHPLAN

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. **Call 1-855-570-1600 (TTY: 711).**

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-570-1600 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

## Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-570-1600 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

## Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما رایگان برای 1-855-570-1600 (TTY: 711) تماس بگیرید.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-570-1600 (телетайп: 711).

## Japanese

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
1-855-570-1600 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 0061 075 558 (رقم هاتف الصم والبكم : (117:YTT)).

## Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-570-1600 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Mon-Khmer, Cambodia

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-570-1600 (TTY: 711)។

## Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-570-1600 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-570-1600 (TTY: 711).