

Su Medicare Advantage.
Planes todo-en-uno. Servicio excepcional. Excelente valor.

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
BENEFICIO	USTED PAGA	USTED PAGA	USTED PAGA	
Prima de Plan Mensual	\$35.50	\$129	\$247	
Límite de gastos de bolsillo (beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red)	\$6,000 en la red	\$3,400 en la red	\$0	
Deducible anual para Parte C (todos los servicios excepto medicamentos con receta)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	ÁREA FUERA DE SERVICIO
Médico de atención primaria (PCP)	\$10 copago	\$0	\$0	\$0
Médico especialista	\$35 copago	\$15 copago	\$0	\$0
CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO				
Paciente internado en hospital (agudo)				
Días 1-6:	\$300 copago por día	\$275 copago por día	\$0	\$0
Días 7-90:	\$0 por día	\$0 por día	\$0	\$0
Paciente internado en instalación de Cuidados de Salud Mental				
Días 1-5:	\$300 copago por día	\$275 copago por día	\$0	\$0
Días 6-90:	\$0 por día	\$0 por día	\$0	\$0
Centro de Enfermería Especializado (SNF)				
Días 1-20:	\$0 por día	\$0 por día	\$0	\$0
Días 21-100:	\$165 copago por día	\$100 copago por día	\$0	\$0
CUIDADOS COMO PACIENTE EXTERNO				
Servicios de cirugía ambulatoria de hospital / centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	\$300 copago	\$275 copago	\$0	\$0
Servicios de salud en el hogar (debe cumplir con criterios de necesidad médica)	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud mental para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$35 copago	\$15 copago	\$0	\$0
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$35 copago	\$15 copago	\$0	\$0
SERVICIOS DE EMERGENCIA				
Servicios de urgencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$45 copago	\$40 copago	\$0	\$0
Cuidados de emergencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$80 copago	\$80 copago	\$0	\$0
Servicios de ambulancia (cuando sean médicamente necesarios, exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$275 copago	\$250 copago	\$0	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO				
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 copago	\$10 copago	\$0	\$0
Servicios de laboratorio	\$20 copago	\$10 copago	\$0	\$0
Rayos X	\$20 copago	\$10 copago	\$0	\$0
Radiología de diagnóstico	\$60-\$190 copago	\$30-\$100 copago	\$0	\$0
Radiología terapéutica	\$60 copago	\$30 copago	\$0	\$0
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS				
Equipo médico duradero (DME)	20% coseguro	15% coseguro	\$0	\$0
Dispositivos protésicos	20% coseguro	20% coseguro	\$0	\$0
Monitoreo de diabetes	\$0	\$0	\$0	\$0
Suministros para diabetes	\$0	\$0	\$0	\$0
Diabetes — calzado terapéutico	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN				
Terapia del habla, física, ocupacional, cardiaca, pulmonar	\$25 copago	\$15 copago	\$0	\$0
MEDICAMENTOS PARTE B				
Quimioterapia	\$75 copago	\$65 copago	\$0	\$0
Todos los demás	20% coseguro	20% coseguro	\$0	\$0
EXÁMENES Y EVALUACIONES DE BIENESTAR				
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0	\$0	\$0	\$0
Medición de masa ósea (1 medición de masa ósea cada 2 años)	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia nutricional (para personas con diabetes y enfermedad renal)	\$0	\$0	\$0	\$0
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
Mamografía (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0

En colaboración con



Para obtener más información, por favor llame al Aspire Health Plan | Línea gratuita: **(866) 798-9356**

Los usuarios de TTY deben llamar al: 711 | Abierto de 8 a.m.-8 p.m. | 7 días a la semana | 1 de octubre - 14 de febrero, y lunes a viernes | 15 de febrero - 30 de septiembre (excepto en ciertos días festivos)

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
BENEFICIOS ADICIONALES	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	ÁREA FUERA DE SERVICIO
DENTAL PREVENTIVO				
Limpieza de rutina (1 cada 6 meses)	Sin cobertura	\$0	\$0	Sin cobertura
Examen oral (1 cada 6 meses)	Sin cobertura	\$0	\$0	Sin cobertura
Rayos X (1 por año)	Sin cobertura	\$0	\$0	Sin cobertura
VISTA				
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$35 copago	\$15 copago	\$0	\$0
Examen de vista de rutina	Sin cobertura	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Lentes de contacto	Sin cobertura	\$25 copago	\$0	Sin cobertura
Armazones y lentes	Sin cobertura	\$25 copago	\$0	Sin cobertura
Límite de cobertura del plan para el cuidado de la vista	N/A	\$100/12 meses	\$100/12 meses	N/A
AUDICIÓN				
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$35 copago	\$15 copago	\$0	\$0
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS				
Manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación (beneficios cubiertos por Medicare)	\$10 copago	\$0	\$0	\$0
Cuidados de rutina	Sin cobertura	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	Sin cobertura	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
ACUPUNTURA				
Cuidados de rutina	\$10 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	6 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
TRANSPORTE				
Para ir a citas médicas dentro de la red	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año (viajes sencillos)	12 Viajes sencillos	12 Viajes sencillos	12 Viajes sencillos	Sin cobertura
BENEFICIOS DE SALUD MEJORADOS				
ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES CONTIENE BENEFICIOS DENTALES, DE LA VISIÓN Y DE AUDICIÓN INTEGRALES POR UNA PRIMA MENSUAL ADICIONAL. VEA EL RESUMEN DE BENEFICIOS PARA MÁS DETALLES.				
Prima mensual adicional	\$35	\$31	\$31	

Beneficios de medicamentos con receta

Cobertura inicial

Nuestro plan usa un formulario. El surtido de sus recetas médicas lo puede obtener a través de una farmacia minorista dentro de la red, una farmacia fuera de la red, una farmacia de pedido por correo o por medio de una farmacia de cuidados a largo plazo. Hasta que el costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte D pagados por usted y por nosotros (y cualquier otro plan de la Parte D) alcance los \$3,750 en 2018, usted pagará la cantidad enumerada.

	DEDUCIBLE PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	Aspire Health Value (HMO) Deducible: \$380 (Niveles 2, 3, 4 y 5)	Aspire Health Advantage (HMO) Deducible: \$150 medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5)	Aspire Health Plus (HMO-POS) Sin deducible
Copagos al por menor de 30 días				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes		\$3 copago	\$2 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos		\$13 copago	\$8 copago	\$8 copago
Nivel 3: Marca preferente		\$47 copago	\$45 copago	\$42 copago
Nivel 4: Marca no preferente		50% de coseguro	\$95 copago	\$90 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad		25% de coseguro	30% de coseguro	33% de coseguro
Copagos de 90 días (al por menor y por correo)				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes		\$6 copago	\$4 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos		\$26 copago	\$16 copago	\$16 copago
Nivel 3: Marca preferente		\$94 copago	\$90 copago	\$84 copago
Nivel 4: Marca no preferente		50% de coseguro	\$190 copago	\$180 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad		25% de coseguro	30% de coseguro	33% de coseguro
Cobertura GAP (Brecha)		N/A	Nivel 1, 2	Nivel 1, 2

COBERTURA DE TRANSICIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS: Para medicamentos para pacientes ambulatorios, hasta un (1) resurtido de transición de 30 días de medicamentos recetados de la Parte D, durante los primeros 90 días de la nueva membresía en nuestro plan. Si Ud. está en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener hasta tres (3) surtidos de transición de 31 días de medicamentos con receta de la Parte D, durante los primeros 90 días de la nueva membresía en nuestro plan.

BRECHA DE COBERTURA: Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$3,750, usted recibe cobertura limitada por el plan para ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en los medicamentos de marca y generalmente no pagará más del 35% de los costos del plan por los medicamentos de marca y el 44% de los costos del plan por los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los \$5,000. Algunos de nuestros planes ofrecen cobertura adicional para la brecha. Consulte la EOC para obtener más información.

COBERTURA CATASTRÓFICA: Después de que su gasto anual de bolsillo llegue a \$5,000 en 2018, usted pagará lo que resulte superior de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$8.35 por todos los demás medicamentos.

Aspire Health Plan es un plan HMO auspiciado con un contrato de Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Póngase en contacto con el plan para más información. Podrían aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. El formulario, la red de farmacias, y/o la red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711) 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). Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.