



2020 OPCIONES DE PLANES

Fidel M. Soto, miembro de Aspire Health Plan



en colaboración con



Su Medicare Advantage.

Planes todo-en-uno. Servicio excepcional. Excelente valor.

BENEFICIO	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
	USTED PAGA	USTED PAGA	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO
Prima de plan mensual	\$32	\$134	\$254	
Límite de gastos de bolsillo (beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red)	\$6,700 en la red	\$5,000 en la red	\$0	
Deducible anual para Parte C (todos los servicios excepto medicamentos con receta)	\$0	\$0	\$0	
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO
Médico de atención primaria (PCP)	\$12 copago	\$6 copago	\$0	\$0
Médico especialista	\$35 copago	\$16 copago	\$0	\$0
CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO				
Paciente internado en hospital (agudo)				
Días 1-6:	\$300 copago por día	\$250 copago por día	\$0	\$0
Días 7-90:	\$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	\$16 copago	\$0	\$0
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$35 copago	\$16 copago	\$0	\$0
CUIDADOS 24/7 (CONDICIONES MÉDICAS COMUNES)				
Visita Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)	\$0	\$0	\$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)	\$90 copago	\$90 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	20% coseguro	\$0	\$0
Dispositivos protésicos	20% coseguro	20% coseguro	\$0	\$0
Diabetes — monitoreo, suministros y zapatos terapéuticos	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN				
Terapia del habla, física, ocupacional, cardíaca, 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
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
Mamografía (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
VISTA				
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$35 copago	\$16 copago	\$0	\$0
AUDICIÓN				
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$35 copago	\$16 copago	\$0	\$0

Para obtener más información, por favor llame al Aspire Health Plan Línea gratuita: **(866) 798-9356** (Usuarios de TTY: 711)

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
BENEFICIOS ADICIONALES	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS				
Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (beneficios cubiertos por Medicare)	\$10 copago	\$10 copago	\$0	\$0
Cuidados de rutina (limitados a ciertos códigos de tratamiento específicos)	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
ACUPUNTURA				
Cuidados de rutina	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
TRANSPORTE				
Para ir a citas dentro de la red	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año (viajes sencillos)	4 (viajes sencillos)	12 (viajes sencillos)	12 (viajes sencillos)	Sin cobertura
PROGRAMA DE CONDICIONAMIENTO FÍSICO SILVER&FIT®				
Kits de condicionamiento en casa (2 por año)	\$10	\$10	\$10	
Membresías anuales al gimnasio (debe usar gimnasios dentro de la red Silver&Fit®)	\$50 (cuota anual de miembro)	\$25 (cuota anual de miembro)	\$25 (cuota anual de miembro)	

Beneficios de medicamentos con receta

Cobertura inicial

Nuestro plan usa un formulario. El surtido de sus recetas médicas lo puede hacer 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 \$4,020 en 2020, usted pagará la cantidad enumerada.

BRECHA DE COBERTURA: Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,020, usted recibirá cobertura limitada por el plan para ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en los medicamentos de marca y generalmente no pagará más del 25% de los costos del plan por los medicamentos de marca y el 25% de los costos del plan por los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los \$6,350. Algunos de nuestros planes ofrecen cobertura

adicional para la brecha. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

COBERTURA CATASTRÓFICA: Después de que su gasto anual de bolsillo llegue a \$6,350 en 2020, usted pagará lo que resulte superior de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.60 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos.

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 usted está en un Centro de Cuidados a Largo Plazo puede obtener hasta un (1) resurtido de recetas de transición de 30 días de la Parte D de medicamentos con receta médica, durante los primeros 90 días de una nueva membresía en nuestro plan.

	Aspire Health Value (HMO) Deducible: \$435 (Niveles 2, 3, 4, 5 y 6)	Aspire Health Advantage (HMO) Deducible: \$150 medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4, 5 y 6)	Aspire Health Plus (HMO-POS) Sin deducible
Copagos de 30 días (al por menor)			
Nivel 1: Genéricos preferentes	\$7 copago	\$4 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$14 copago	\$8 copago	\$10 copago
Nivel 3: Marca preferente	\$47 copago	\$45 copago	\$42 copago
Nivel 4: Medicamento no preferente	\$100 copago	\$95 copago	\$90 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% coseguro	30% coseguro	33% coseguro
Nivel 6: Insulinas selectas	\$11 copago	\$11 copago	\$0
Copagos de 90 días (por correo)			
Nivel 1: Genéricos preferentes	\$14 copago	\$8 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$28 copago	\$16 copago	\$20 copago
Nivel 3: Marca preferente	\$94 copago	\$90 copago	\$84 copago
Nivel 4: Medicamento no preferente	\$200 copago	\$190 copago	\$180 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% coseguro	30% coseguro	33% coseguro
Nivel 6: Insulinas selectas	\$22 copago	\$22 copago	\$0
Cobertura GAP (Brecha)	N/A	Nivel 1, 2	Nivel 1, 2

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN A

\$44.90 en prima adicional por mes (opcional)

COBERTURA DENTAL (Delta Dental™ — \$1,000 máx/año)

Preventivo	\$0
Integral	20% - 50% coseguro

COBERTURA DE VISIÓN (MESVision®)

Examen anual de la vista de rutina	\$10 copago
Anteojos (el límite de cobertura es de \$460)	\$25 copago

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. 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. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. Los proveedores fuera de la red o sin contrato no tienen la obligación de tratar a miembros de Aspire Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame a nuestro número de servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo los costos compartidos que aplican para servicios fuera de la red. H8764_MKT_Benefit Brochure_0819_M

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN B

\$49.90 en prima adicional por mes (opcional)

COBERTURA DENTAL (Delta Dental™ — \$1,000 máx/año)

Preventivo	\$0
Integral	20% - 50% coseguro

COBERTURA DE VISIÓN (MESVision®)

Examen anual de la vista de rutina	\$10 copago
Anteojos (el límite de cobertura es de \$460)	\$25 copago

COBERTURA DE AUDICIÓN (TruHearing™)

Examen anual de audición de rutina	\$20 copago
Aparatos auditivos (por aparato auditivo)	\$599 o \$899

TRANSPORTE (a citas de la red)

10 viajes sencillos adicionales	\$0
--	-----

COMIDAS ENTREGADAS EN CASA DESPUÉS DEL ALTA DEL HOSPITAL

Ofrecido a través de Mom's Meals NourishCare®. El beneficio de comidas debe solicitarse dentro de un plazo de 14 días de una estancia como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

14 comidas refrigeradas (2 comidas por día por 7 días, personalizadas a la preferencia del miembro)	\$0
---	-----