

Carmen y Rosemarie
miembros de
Aspire Health Plan

2020 Resumen de Beneficios

1 de enero - 31 de diciembre

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



en colaboración con



Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por Aspire Health Plan (HMO) del 1 de 1 de enero de 2020 — 31 de diciembre de 2020. Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. H8764_MKT_SB_0819_M

Resumen de Beneficios

Los códigos postales incluidos en el área de servicio del Aspire Health Plan incluyen: 93426, 93450, 93901, 93902, 93905, 93906, 93907, 93908, 93912, 93915, 93920, 93921, 93922, 93923, 93924, 93925, 93926, 93927, 93928, 93930, 93932, 93933, 93940, 93942, 93943, 93944, 93950, 93953, 93954, 93955, 93960, 93962, 95004, 95012, 95039, 93451, 95076

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN EL MONTO QUE PAGA	
Prima de Plan Mensual	Prima de plan mensual de \$32.00 además de su prima Parte B mensual.
Deducible de Servicios Médicos	Este plan no tiene un deducible.
Responsabilidad por Gastos de Bolsillo Máximos (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$6,700 anualmente.</p> <p>Lo máximo que podría llegar a pagar por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año en curso por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p> <p>Los montos que pague por sus primas de plan y sus medicamentos con receta Parte D no cuentan contra su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados¹</p> <p>Nota: Los servicios descritos con ¹ podrían requerir autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$300 de copago por día para días 1 al 6.</p> <p>Usted no paga nada por día para días 7 al 90.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

PARA SERVICIOS CUBIERTOS

Prima de plan mensual de \$134.00 además de su prima Parte B mensual.

Prima de plan mensual de \$254.00 además de su prima Parte B mensual.

Este plan no tiene un deducible.

Este plan no tiene un deducible.

\$5,000 anualmente.

\$0 anualmente.

Lo máximo que podría llegar a pagar por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año en curso por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Lo máximo que podría llegar a pagar por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año en curso por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.

Los montos que pague por sus primas de plan y sus medicamentos con receta Parte D no cuentan contra su monto máximo de gastos de bolsillo.

Los montos que pague por sus primas de plan y sus medicamentos con receta Parte D no cuentan contra su monto máximo de gastos de bolsillo.

Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.

Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.

Usted paga \$250 de copago por día para días 1 al 6.

En la red: Usted no paga nada por día para días 1-90.

Usted no paga nada por día para días 7 al 90.

Fuera de la red*: Usted no paga nada por día para días 1-90.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios¹</p>	<p>Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago por día de servicio.</p> <p>Procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia de diagnóstico: Usted paga \$300 de copago por día de servicio.</p> <p>Otros Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluidos servicios de transfusión y terapia intravenosa para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro.</p>
<p>Visitas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> » Atención primaria » Especialistas 	<p>Visita al médico de atención primaria: Usted paga \$12 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga \$35 de copago por visita.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga \$275 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$275 de copago por día de servicio.

Procedimientos quirúrgicos de endoscopía y colonoscopia de diagnóstico: Usted paga \$16 de copago por día de servicio.

Otros Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluidos servicios de transfusión y terapia intravenosa para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro.

Visita al médico de atención primaria: Usted paga \$6 de copago por visita.

Visitas a especialistas: Usted paga \$16 de copago por visita.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada por servicios de centros quirúrgicos ambulatorios, servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios, incluidos cirugías de pacientes ambulatorios, terapia intravenosa de pacientes ambulatorios y servicios de transfusión.

Fuera de la red*: Usted no paga nada por servicios de centros quirúrgicos ambulatorios, servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios, incluidos cirugías de pacientes ambulatorios, terapia intravenosa de pacientes ambulatorios y servicios de transfusión.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red:

Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada por visita.

Visitas a especialistas: Usted no paga nada por visita.

Fuera de la red*:

Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada por visita.

Visitas a especialistas: Usted no paga nada por visita.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Cuidados preventivos

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:

- Evaluación de aneurisma aórtico abdominal
- Orientación sobre el consumo indebido de alcohol
- Visita de salud/bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Evaluación para la detección de cáncer de mama (mamografía)
- Visita de reducción de enfermedad cardiovascular
- Evaluaciones cardiovasculares
- Evaluación de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Evaluación de VIH
- Evaluación de obesidad
- Evaluación de detección de enfermedad de transmisión sexual
- Orientación sobre fumar y el consumo de tabaco

Cuidados de emergencia

Usted paga \$90 de copago por visita.

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de emergencia. Ver la sección "Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados" de este folleto para ver otros costos.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:

- Evaluación de aneurisma aórtico abdominal
- Orientación sobre el consumo indebido de alcohol
- Visita de salud/bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Evaluación para la detección de cáncer de mama (mamografía)
- Visita de reducción de enfermedad cardiovascular
- Evaluaciones cardiovasculares
- Evaluación de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Evaluación de VIH
- Evaluación de obesidad
- Evaluación de detección de enfermedad de transmisión sexual
- Orientación sobre fumar y el consumo de tabaco

Usted paga \$90 de copago por visita.

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de emergencia. Ver la sección "Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados" de este folleto para ver otros costos.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:

- Evaluación de aneurisma aórtico abdominal
- Orientación sobre el consumo indebido de alcohol
- Visita de salud/bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Evaluación para la detección de cáncer de mama (mamografía)
- Visita de reducción de enfermedad cardiovascular
- Evaluaciones cardiovasculares
- Evaluación de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Evaluación de VIH
- Evaluación de obesidad
- Evaluación de detección de enfermedad de transmisión sexual
- Orientación sobre fumar y el consumo de tabaco

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red: Usted no paga nada por visita.

Fuera de la red: Usted no paga nada por visita.

Si usted recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados de internación luego de haberse estabilizado su condición de emergencia, usted debe regresar a un hospital de la red para que sus cuidados continúen siendo cubiertos, O debe obtener autorización por parte del plan para sus cuidados de internación en un hospital fuera de la red , y el costo que deberá pagar será la misma repartición de costos que pagaría en un hospital de la red.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga \$45 de copago por visita.</p> <p>Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de urgencia. Ver la sección “Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados” de este folleto para ver otros costos.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/Laboratorio/ Diagnóstico por imágenes¹</p> <ul style="list-style-type: none"> » Servicio de radiología de diagnóstico » Servicio de radiología terapéutica » Servicios de laboratorio » Procedimientos y pruebas de diagnóstico » Radiografías para pacientes ambulatorios 	<p>Servicios de radiología compleja de diagnóstico (como son TC, TEP, resonancia magnética, ARM, medicina nuclear, angiografía): Usted paga \$190 de copago por servicio.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico general: Usted paga \$60 de copago por servicio.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como son tratamiento de radiaciones para cáncer): Usted paga \$60 de copago por servicio.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted paga \$20 de copago por servicio.</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Usted paga \$20 de copago por servicio.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$20 de copago por cada rayos-x.</p>
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> » Examen de audición 	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Hay servicios de audición adicionales disponibles en Beneficios Mejorados – Opción B por una prima adicional de \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga \$40 de copago por visita.

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de urgencia. Ver la sección “Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados” de este folleto para ver otros costos.

Servicios de radiología compleja de diagnóstico (como son TC, TEP, resonancia magnética, ARM, medicina nuclear, angiografía): Usted paga \$100 de copago por servicio.

Servicios de radiología de Diagnóstico General: Usted paga \$30 de copago por servicio.

Servicios de radiología terapéutica (como son tratamiento de radiaciones para cáncer): Usted paga \$30 de copago por servicio.

Servicios de laboratorio: Usted paga \$10 de copago por servicio.

Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Usted paga \$10 de copago por servicio.

Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$10 de copago por cada rayos-x.

Usted paga un copago de \$16 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.

Hay servicios de audición adicionales disponibles en Beneficios Mejorados – Opción B por una prima adicional de \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada por visita.

Fuera de la red*: Usted no paga nada por visita.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En 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 está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

Hay servicios de audición adicionales disponibles en Beneficios Mejorados – Opción B por una prima adicional de \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Servicios dentales</p>	<p>La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios de Medicare Parte A y médicos de Medicare Parte B.</p> <p>Servicios dentales adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.</p>
<p>Servicios de visión¹</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual): Usted paga \$35 de copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de catarata: Usted no paga nada, se requiere de autorización previa.</p> <p>Servicios de visión adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.

Servicios dentales adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual): Usted paga \$16 de copago.

Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de catarata: Usted no paga nada, se requiere de autorización previa.

Servicios de visión adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.

Servicios dentales adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

En la red / fuera de la red:

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual): Usted no paga nada.

Usted no paga nada por anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios luego de una cirugía de catarata, con autorización previa. Dentro y fuera de la red.

Servicios de visión adicionales están disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes. Por favor, consulte la sección Beneficio Opcional para más detalles.

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

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFIT

Servicios de Salud Mental¹

- » **Paciente hospitalizado**

- » **Visita de terapia grupal ambulatoria**

- » **Visita de terapia individual ambulatoria**

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Visita de paciente hospitalizado:

Usted paga \$300 de copago por día para días 1 al 5.

Usted no paga nada por día para días 6 al 90.

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidados de salud mental de internación en un hospital psiquiátrico.

El límite de cuidados hospitalarios de internación no se aplica a servicios mentales de internación provistos en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.

Visita de terapia grupal ambulatoria:
Usted paga \$35 de copago.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted paga \$35 de copago.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Visita de paciente hospitalizado:

Usted paga \$250 de copago por día para días 1 al 5.

Usted no paga nada por día para días 6 al 90.

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidados de salud mental de internación en un hospital psiquiátrico.

El límite de cuidados hospitalarios de internación no se aplica a servicios mentales de internación provistos en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.

Visita de terapia grupal ambulatoria:
Usted paga \$16 de copago.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted paga \$16 de copago.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

Visita de paciente hospitalizado: Usted no paga nada por día para días 1 al 90.

Visita de terapia grupal ambulatoria:
Usted no paga nada.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted no paga nada.

Fuera de la red*:

Visita de paciente hospitalizado: Usted no paga nada por día para días 1 al 90.

Visita de terapia grupal ambulatoria:
Usted no paga nada.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidados de salud mental de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidados hospitalarios de internación no se aplica a servicios mentales de internación provistos en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se prolonga por más de 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Centro de Enfermería Especializada¹</p>	<p>Usted no paga nada por día para días 1 al 20.</p> <p>\$165 de copago por día para días 21 al 100.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.</p>
<p>Servicios de rehabilitación¹</p> <ul style="list-style-type: none"> » Visita de rehabilitación cardíaca (corazón) » Visita de terapia ocupacional » Visita de terapia física, terapia del habla, y terapia del lenguaje 	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): Usted paga \$25 de copago por cada visita.</p> <p>Visita de terapia ocupacional: Usted paga \$25 de copago por cada visita.</p> <p>Visita de terapia física, terapia del habla y terapia del lenguaje: Usted paga \$25 de copago por cada visita.</p>
<p>Ambulancia¹</p>	<p>Usted paga \$275 de copago.</p> <p>Si es admitido en el hospital en las primeras 24 horas, no tiene que pagar por los servicios de ambulancia.</p> <p>Usted debe recibir Autorización del plan antes de utilizar servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada por día para días 1 al 20.

\$100 de copago por día para días 21 al 100.

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.

Visita de rehabilitación cardíaca (corazón):
Usted paga \$15 de copago por cada visita.

Visita de terapia ocupacional:
Usted paga \$15 de copago por cada visita.

Visita de terapia física, terapia del habla
y terapia del lenguaje:
Usted paga \$15 de copago por cada visita.

Usted paga \$250 de copago.

Si es admitido en el hospital en las primeras
24 horas, no tiene que pagar por los servicios
de ambulancia.

Usted debe recibir Autorización del plan antes de
utilizar servicios de ambulancia que no sean de
emergencia.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de
Enfermería Especializada.

En la red:

Usted no paga nada por día para días 1 al 100.

Fuera de la red*: Usted no paga nada por día para
días 1 al 100.

*La cobertura fuera de la red está restringida a
médicos que participan en Medicare y servicios
cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de
servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red:

Visita de rehabilitación cardíaca (corazón):
Usted no paga nada.

Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada.

Visita de terapia física, terapia del habla y terapia del
lenguaje: Usted no paga nada.

Fuera de la red*:

Visita de rehabilitación cardíaca (corazón):
Usted no paga nada.

Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada.

Visita de terapia física, terapia del habla y terapia del
lenguaje: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a
médicos que participan en Medicare y servicios
cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de
servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

Usted debe recibir Autorización del plan antes de
utilizar servicios de ambulancia que no sean de
emergencia.

*La cobertura fuera de la red está restringida a
médicos que participan en Medicare y servicios
cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de
servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFIT	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Transporte¹</p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>4 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.</p> <p>Para concertar el transporte, por favor contáctese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para posibilitar una debida programación.</p>
<p>Medicamentos Medicare Parte B¹</p>	<p>Usted paga 20% del costo de los medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte B.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.</p>
<p>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago por día de servicio.</p>
<p>Cuidados de los piés (servicios de podología)</p>	<p>Exámenes y tratamientos de los piés si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones: Usted paga \$35 de copago.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada.

12 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.

Para concertar el transporte, por favor contáctese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para posibilitar una debida programación.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

12 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.

Para concertar el transporte, por favor contáctese con el plan con 3 días hábiles de anticipación para posibilitar una debida programación.

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

Usted paga 20% del costo de los medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte B.

Usted paga un copago de \$65 por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios:
Usted paga \$275 de copago por día de servicio.

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios:
Usted paga \$0 de copago por día de servicio.

Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones: Usted paga \$16 de copago.

Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones.

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Equipo/suministros médicos¹</p>	<p>Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.</p>
<p>Programas de Bienestar¹</p>	<p>Programas Educativos para la Salud y el Bienestar</p> <p>El programa de Asesoría de Salud permite a los miembros participar según su conveniencia en un programa educativo relevante, e incluye programas enfocados en la prediabetes, cuidados de la espalda y control de peso, además de diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y enfermedad de las arterias coronarias. La educación es provista por profesionales de la salud certificados con conocimientos sobre la gestión de condiciones crónicas. Los asesores de salud trabajarán para desarrollar estrategias de cambio de conducta y planes de acción de auto-gestión con seguimiento en base al nivel de riesgo. Los participantes recibirán materiales impresos, acceso a videos y recursos de la comunidad, además de información sobre programas y servicios relevantes.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>Silver&Fit[®]</p> <p>Usted paga una cuota anual de miembro de \$50 para acceso al gimnasio, o una cuota de miembro anual de \$10 para dos kits de acondicionamiento físico en casa.</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>Usted paga \$20 por visita (hasta 4 visitas por año).</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

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

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

*Out-of-network coverage is restricted to Medicare-participating practitioners and Medicare-covered services accessed outside of the plan's service area of Monterey County, California.

Programas Educativos para la Salud y el Bienestar

El programa de Asesoría de Salud permite a los miembros participar según su conveniencia en un programa educativo relevante, e incluye programas enfocados en la prediabetes, cuidados de la espalda y control de peso, además de diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y enfermedad de las arterias coronarias. La educación es provista por profesionales de la salud certificados con conocimientos sobre la gestión de condiciones crónicas. Los asesores de salud trabajarán para desarrollar estrategias de cambio de conducta y planes de acción de auto-gestión con seguimiento en base al nivel de riesgo. Los participantes recibirán materiales impresos, acceso a videos y recursos de la comunidad, además de información sobre programas y servicios relevantes.

Programas Educativos para la Salud y el Bienestar

El programa de Asesoría de Salud permite a los miembros participar según su conveniencia en un programa educativo relevante, e incluye programas enfocados en la prediabetes, cuidados de la espalda y control de peso, además de diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y enfermedad de las arterias coronarias. La educación es provista por profesionales de la salud certificados con conocimientos sobre la gestión de condiciones crónicas. Los asesores de salud trabajarán para desarrollar estrategias de cambio de conducta y planes de acción de auto-gestión con seguimiento en base al nivel de riesgo. Los participantes recibirán materiales impresos, acceso a videos y recursos de la comunidad, además de información sobre programas y servicios relevantes.

Silver&Fit®

Usted paga una cuota anual de miembro de \$25 para acceso al gimnasio, o una cuota de miembro anual de \$10 para dos kits de acondicionamiento físico en casa.

Silver&Fit®

Usted paga una cuota anual de miembro de \$25 para acceso al gimnasio, o una cuota de miembro anual de \$10 para dos kits de acondicionamiento físico en casa.

Usted paga \$10 por visita (hasta 6 visitas por año).

En la red: Usted no paga nada por visita (hasta 12 visitas por año).

Fuera de la red: Sin cobertura

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Servicios quiroprácticos

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral se salen de lugar): Usted paga \$10 de copago.

Visita quiropráctica de rutina (hasta 4 visitas por año): Usted paga \$20 de copago.

Las visitas de rutina al quiropráctico están limitadas a la manipulación manual de la columna de apoyo, no para corrección. En ocasiones esto se llama terapia de mantenimiento o cuidados de mantenimiento. Los servicios quiroprácticos están limitados a los siguientes códigos: 98940, 98941, o 98942.

Suministros y Servicios de Diabetes

Suministros de monitoreo de diabetes:
Usted no paga nada.

Capacitación de automanejo de diabetes:
Usted no paga nada.

Plantillas o zapatos terapéuticos:
Usted no paga nada.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral se salen de lugar): Usted paga \$10 de copago.

Visita quiropráctica de rutina (hasta 6 visitas por año): Usted paga \$10 de copago.

Las visitas de rutina al quiropráctico están limitadas a la manipulación manual de la columna de apoyo, no para corrección. En ocasiones esto se llama terapia de mantenimiento o cuidados de mantenimiento. Los servicios quiroprácticos están limitados a los siguientes códigos: 98940, 98941, o 98942.

Suministros de monitoreo de diabetes:
Usted no paga nada.

Capacitación de automanejo de diabetes:
Usted no paga nada.

Plantillas o zapatos terapéuticos:
Usted no paga nada.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral se salen de lugar):
Usted no paga nada.

Visita quiropráctica de rutina
(hasta 12 visitas por año): Usted no paga nada.

Las visitas de rutina al quiropráctico están limitadas a la manipulación manual de la columna de apoyo, no para corrección. En ocasiones esto se llama terapia de mantenimiento o cuidados de mantenimiento. Los servicios quiroprácticos están limitados a los siguientes códigos: 98940, 98941, o 98942.

Fuera de la red*:

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral se salen de lugar): Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California. Los cuidados quiroprácticos de rutina no están cubiertos fuera de la red.

En la red: Usted no paga nada por suministros de monitoreo de diabetes, capacitación de automanejo de diabetes, plantillas y zapatos terapéuticos.

Fuera de la red*: Usted no paga nada por suministros de monitoreo de diabetes, capacitación de automanejo de diabetes, plantillas y zapatos terapéuticos.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Cuidados de Salud en el Hogar¹

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa cubiertos por Medicare.

Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios¹

Visita de terapia grupal:
Usted paga \$35 de copago.

Visita de terapia individual:
Usted paga \$35 de copago.

Dispositivos Protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)¹

Dispositivos protésicos:
Usted paga 20% del costo.

Suministros médicos relacionados:
Usted paga 20% del costo.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa cubiertos por Medicare.

Visita de terapia grupal:
Usted paga \$16 de copago.

Visita de terapia individual:
Usted paga \$16 de copago.

Dispositivos protésicos:
Usted paga 20% del costo.

Suministros médicos relacionados:
Usted paga 20% del costo.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa cubiertos por Medicare.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red:

Visita de terapia grupal: Usted no paga nada.

Visita de terapia individual:
Usted no paga nada.

Fuera de la red*:

Visita de terapia grupal: Usted no paga nada.

Visita de terapia individual:
Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Diálisis Renal</p>	<p>Usted no paga nada.</p>
<p>Hospicio</p>	<p>Usted no paga nada por cuidados de hospicio administrados por un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo de cuidados.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada.

Usted no paga nada por cuidados de hospicio administrados por un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo de cuidados.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted no paga nada.

*La cobertura fuera de la red está restringida a médicos que participan en Medicare y servicios cubiertos por Medicare utilizados fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.

Usted no paga nada por cuidados de hospicio administrados por un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo de cuidados.

BENEFICIO

Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Usted no paga nada.

Ciertos servicios de telesalud, incluyendo para:

- Infección urinaria en mujeres (UTI)
- Candidiasis vaginal
- Úlceras o herpes labial
- Ojo rojo (conjuntivitis)
- Orzuelo (bulto/bultos en párpado)
- Oído de nadador (dolor de oído)
- Quemaduras (menores)
- Dolor de espalda baja
- Piojos
- Picadura de garrapata
- Prevención de influenza (gripe)
- Exposición a pertussis (tos ferina)
- Autoinyector de epinefrina
- Resurtido de medicamentos para asma leve o producido por ejercicios
- Resurtido de medicamentos para control de natalidad oral
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Prevención de malaria
- Exposición a infecciones de transmisión sexual
- Acné
- Pie de atleta
- Sarpullido por pañal
- Eczema
- Culebrilla (herpes zoster)
- Tiña (infección de la piel por hongos)
- Condición desconocida u otra condición de la piel
- Uñas del pie encarnadas
- Tiña inguinal
- Irritación de la piel
- Estreñimiento y/o diarrea (síndrome del intestino irritable)
- Ardor de estómago o acidez estomacal (Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico)
- Prevención de mareos por movimiento
- Dejar el tabaco

Usted tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una visita en persona o vía telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios vía telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca actualmente el servicio vía telesalud. Para acceder a estos servicios vía telesalud debe visitar la siguiente página:

www.aspirehealthplan.org/telehealth

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted no paga nada.

Ciertos servicios de telesalud, incluyendo para:

- Infección urinaria en mujeres (UTI)
- Candidiasis vaginal
- Úlceras o herpes labial
- Ojo rojo (conjuntivitis)
- Orzuelo (bulto/bultos en párpado)
- Oído de nadador (dolor de oído)
- Quemaduras (menores)
- Dolor de espalda baja
- Piojos
- Picadura de garrapata
- Prevención de influenza (gripe)
- Exposición a pertussis (tos ferina)
- Autoinyector de epinefrina
- Resurtido de medicamentos para asma leve o producido por ejercicios
- Resurtido de medicamentos para control de natalidad oral
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Prevención de malaria
- Exposición a infecciones de transmisión sexual
- Acné
- Pie de atleta
- Sarpullido por pañal
- Eczema
- Culebrilla (herpes zoster)
- Tiña (infección de la piel por hongos)
- Condición desconocida u otra condición de la piel
- Uñas del pie encarnadas
- Tiña inguinal
- Irritación de la piel
- Estreñimiento y/o diarrea (síndrome del intestino irritable)
- Ardor de estómago o acidez estomacal (Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico)
- Prevención de mareos por movimiento
- Dejar el tabaco

Usted tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una visita en persona o vía telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios vía telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca actualmente el servicio vía telesalud. Para acceder a estos servicios vía telesalud debe visitar la siguiente página: www.aspirehealthplan.org/telehealth

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

Usted no paga nada.

Ciertos servicios de telesalud, incluyendo para:

- Infección urinaria en mujeres (UTI)
- Candidiasis vaginal
- Úlceras o herpes labial
- Ojo rojo (conjuntivitis)
- Orzuelo (bulto/bultos en párpado)
- Oído de nadador (dolor de oído)
- Quemaduras (menores)
- Dolor de espalda baja
- Piojos
- Picadura de garrapata
- Prevención de influenza (gripe)
- Exposición a pertussis (tos ferina)
- Autoinyector de epinefrina
- Resurtido de medicamentos para asma leve o producido por ejercicios
- Resurtido de medicamentos para control de natalidad oral
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Prevención de malaria
- Exposición a infecciones de transmisión sexual
- Acné
- Pie de atleta
- Sarpullido por pañal
- Eczema
- Culebrilla (herpes zoster)
- Tiña (infección de la piel por hongos)
- Condición desconocida u otra condición de la piel
- Uñas del pie encarnadas
- Tiña inguinal
- Irritación de la piel
- Estreñimiento y/o diarrea (síndrome del intestino irritable)
- Ardor de estómago o acidez estomacal (Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico)
- Prevención de mareos por movimiento
- Dejar el tabaco

Usted tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una visita en persona o vía telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios vía telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca actualmente el servicio vía telesalud. Para acceder a estos servicios vía telesalud debe visitar la siguiente página: www.aspirehealthplan.org/telehealth

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE RECETA PARA PACIENTE AMBULATORIO

Cobertura inicial

Usted paga el costo total de medicamentos en los niveles 2, 3, 4, 5 y 6 hasta cubrir el deducible anual de \$435.

REPARTICIÓN DE COSTOS MINORISTAS ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$7 de copago	\$21 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$14 de copago	\$42 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	25% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$33 de copago

REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$14 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$28 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$94 de copago
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$200 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$22 de copago

Cobertura inicial

Usted paga el costo total de medicamentos en los niveles 3, 4, 5 y 6 hasta cubrir el deducible anual de \$150.

REPARTICIÓN DE COSTOS MINORISTAS ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$4 de copago	\$12 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$8 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$45 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$95 de copago	\$285 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	30% del costo	30% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$33 de copago

REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$8 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$16 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$90 de copago
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$190 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	30% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$22 de copago

La repartición de costos podría variar según la farmacia que usted elija y cuando usted ingrese en otra fase del beneficio de la Parte D. Para más información sobre la repartición de costos específicos de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE RECETA PARA PACIENTE AMBULATORIO

Cobertura inicial

Este plan no tiene un deducible anual.

REPARTICIÓN DE COSTOS MINORISTAS ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$10 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$42 de copago	\$126 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$90 de copago	\$270 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	33% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$0 de copago	\$0 de copago

REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$84 de copago
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$180 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$0 de copago

La repartición de costos podría variar según la farmacia que usted elija y cuando usted ingrese en otra fase del beneficio de la Parte D. Para más información sobre la repartición de costos específicos de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

BRECHA DE COBERTURA: Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,020, 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 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) despacho 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.

Beneficios Complementarios Opcionales

Los planes podrían ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Beneficios Mejorados — Opción A

\$44.90 en prima adicional por mes si elige inscribirse en esta cobertura adicional.

Este beneficio complementario opcional incluye cobertura de visión y dental:

La cobertura dental es a través de Delta Dental™ de la red de Medicare Advantage para el Aspire Health Plan en el Condado de Monterey, CA e incluye:

- Servicios preventivos: usted no paga nada
- Coseguro integral: 20% - 50%
- El plan paga hasta \$1,000 cada año

La cobertura de visión es a través de MESVision® e incluye:

- Examen anual de la vista de rutina: \$10 de copago
- Anteojos: \$25 de copago. El límite de cobertura es de \$460

Verifique la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre cobertura específica y limitaciones.

Tendrá un período de gracia de noventa (90) días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el plan de Medicamentos con Receta Médica de Medicare Advantage (MAPD) para agregar Beneficios Mejorados. Después de que finalice el período de gracia, usted no podrá elegir los Beneficios Mejorados opcionales hasta el siguiente período de inscripción anual.

Beneficios Mejorados — Opción B

\$49.90 en prima adicional por mes si elige inscribirse en esta cobertura adicional.

Este beneficio complementario opcional incluye dental, visión, audición, transporte adicional, y entrega a domicilio de comidas después del alta del hospital:

La cobertura dental es a través de Delta Dental™ de la red de Medicare Advantage para el Aspire Health Plan en el Condado de Monterey, CA e incluye:

- Servicios preventivos: usted no paga nada
- Coseguro integral: 20% - 50%
- El plan paga hasta \$1,000 cada año

La cobertura de visión es a través de MESVision® e incluye:

- Examen anual de la vista de rutina: \$10 de copago
- Anteojos: \$25 de copago. El límite de cobertura es de \$460

Cobertura de audición es a través de TruHearing™ e incluye:

- Examen anual de audición de rutina: \$20 de copago
- Aparatos auditivos: \$599 o \$899 / aparato auditivo

El transporte incluye:

- 10 viajes sencillos (de ida o de regreso) adicionales a citas en la red: usted no paga nada

Las comidas entregadas en el hogar después del alta del hospital son a través de Mom's Meals NourishCare® e incluye:

- 14 comidas refrigeradas, 2 comidas por día por 7 días, personalizadas a la preferencia del miembro: usted no paga nada
- 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.

Verifique la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre cobertura específica y limitaciones.

Tendrá un período de gracia de noventa (90) días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el plan de Medicamentos con Receta Médica de Medicare Advantage (MAPD) para agregar Beneficios Mejorados. Después de que finalice el período de gracia, usted no podrá elegir los Beneficios Mejorados opcionales hasta el siguiente período de inscripción anual.

Lista de verificación para antes de inscribirse

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que usted entienda bien nuestros beneficios y reglas. Si tiene cualquier pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al (888) 864-4611.

Entienda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial para aquellos servicios para los que visita al doctor de manera rutinaria. Visite www.aspirehealthplan.org o llame al (888) 864-4611 (TTY 711) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura (EOC).
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su doctor) para asegurarse que los doctores que ahora ve están en la red. Si no se encuentran en la lista, significa que es probable que tendrá que elegir a un doctor nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que usa ahora para cualquiera de sus medicamentos con receta médica está en la red. Si no se encuentran en la lista, significa que es probable que tendrá que elegir a una farmacia nueva.

Entienda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted deberá continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2021.
- Excepto en casos de urgencia o de emergencia, no cubrimos los servicios por proveedores fuera de la red (doctores que no están en el directorio de proveedores).
- Nuestro plan Aspire Health Plus (HMO-POS) le permite ver a proveedores fuera del Condado de Monterey que no están de la red (sin contrato). Sin embargo, aunque nosotros pagaremos por los servicios cubiertos provistos por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en casos de urgencia o de emergencia, los proveedores sin contrato podrán negarle cuidados.

H8764_MKT_PreChecklist_0819_C

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. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. La información de beneficios provista es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de Cobertura.” Usted puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio Web en www.aspirehealthplan.org o hablando a Servicios a Miembros al (855) 570-1600 (TTY:711) para solicitar una copia. El documento está disponible en otros formatos, como en letra impresa grande. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados.) 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. Para poder unirse a Aspire Health Plan, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio es el condado de Monterey, California. Aspire Health Plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios.

Para cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual vigente “Medicare & You”. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



ASPIRE HEALTH PLAN

Su Medicare Advantage.

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

en colaboración con



Community Hospital
of the Monterey Peninsula
Montage Health



Salinas Valley
Memorial
Healthcare System

Servicios a los miembros (855) 570-1600 (TTY:711)
10 Ragsdale Drive, Suite 101 | Monterey, CA 93940
www.aspirehealthplan.org