



# 2021 OPCIONES DE PLANES



en colaboración con



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

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
<b>BENEFICIO</b>	<b>USTED PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
Prima de plan mensual	\$52	\$139	\$269
Límite de gastos de bolsillo (beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red)	\$7,550 en la red	\$6,000 en la red	\$3,450 dentro y fuera del área de servicio combinado
Deducible anual para Parte C (todos los servicios excepto medicamentos con receta)	\$0	\$0	\$0
Costo para servicio fuera del área	N/A	N/A	20% coseguro
<b>VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>EN LA RED</b>
Médico de atención primaria (PCP)	\$15 copago	\$5 copago	\$0 copago
Médico especialista	\$45 copago	\$30 copago	\$20 copago
<b>CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO</b>			
Paciente internado en hospital (agudo)	Días 1-6: \$335 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-6: \$275 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-5: \$250 por día Días 6-90: \$0 por día
Centro de Enfermería Especializado (SNF)	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$184 por día	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$100 por día	Días 1-20: \$20 por día Días 21-100: \$50 por día
<b>CUIDADOS COMO PACIENTE EXTERNO</b>			
Servicios de cirugía ambulatoria de hospital/centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	\$300 copago	\$60-\$275 copago	\$40-\$200 copago
Servicios de salud en el hogar (debe cumplir con criterios de necesidad médica)	\$0	\$0	\$0
Salud mental para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$35 copago	\$15 copago	\$0
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$35 copago	\$15 copago	\$0
<b>CUIDADOS 24/7 (CONDICIONES MÉDICAS COMUNES)</b>			
Visita Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)	\$0	\$0	\$0
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>			
Servicios de urgencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$45 copago	\$30 copago	\$0 dentro y fuera del área de servicio
Cuidados de emergencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$90 copago	\$90 copago	\$90 dentro y fuera del área de servicio
Ambulancia, terrestre (cuando sean médicamente necesarios, exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$300 copago	\$250 copago	\$200 copago
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 copago	\$10 copago	\$0
Servicios de laboratorio	\$20 copago	\$10 copago	\$0
Rayos X	\$20 copago	\$10 copago	\$0
Radiología de diagnóstico	\$90-\$250 copago	\$60-\$150 copago	\$30-\$100 copago
Radiología terapéutica	20% coseguro	20% coseguro	20% coseguro
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>			
Equipo médico duradero (DME)	20% coseguro	20% coseguro	20% coseguro
Diabetes — monitoreo, suministros y zapatos terapéuticos	\$0	\$0	\$0
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>			
Terapia del habla, física, ocupacional, cardíaca, pulmonar	\$25 copago	\$15 copago	\$0
<b>MEDICAMENTOS PARTE B</b>			
Todos, incluyendo quimioterapia	20% coseguro	20% coseguro	20% coseguro
<b>EXÁMENES Y EVALUACIONES DE BIENESTAR</b>			
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0	\$0	\$0
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0	\$0	\$0
Mamografía (1 por año)	\$0	\$0	\$0
<b>VISTA</b>			
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 copago	\$30 copago	\$0
<b>AUDICIÓN</b>			
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 copago	\$30 copago	\$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
<b>SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS</b>				
<b>Beneficios cubiertos por Medicare</b> (manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación)	\$10 copago	\$10 copago	\$0	20% coseguro
<b>Cuidados de rutina</b> (limitados a ciertos códigos de tratamiento específicos)	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
<b>Visitas cubiertas por año</b>	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
<b>ACUPUNTURA</b>				
<b>Beneficios cubiertos por Medicare</b> (para dolor de espalda crónico)	\$0	\$0	\$0	20% coseguro
<b>Visitas cubiertas por año</b> (usar en un período de 90 días consecutivos)	12 visitas	12 visitas	12 visitas	12 visitas
<b>Cuidados de rutina</b>	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
<b>Visitas cubiertas por año</b>	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
<b>TRANSPORTE</b>				
<b>Para ir a citas dentro de la red</b>	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
<b>Visitas cubiertas por año</b> (viajes sencillos)	6 (viajes sencillos)	12 (viajes sencillos)	12 (viajes sencillos)	Sin cobertura
<b>PROGRAMA DE CONDICIONAMIENTO FÍSICO SILVER&amp;FIT®</b>				
<b>Kits de condicionamiento en casa</b> (2 por año)	\$10	\$10	\$0	
<b>Membresías anuales al gimnasio</b> (debe usar gimnasios dentro de la red Silver&Fit®)	\$50 (cuota anual de miembro)	\$25 (cuota anual de miembro)	\$0	
<b>MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN RECETA MÉDICA</b>				
<b>Prestación</b>	N/A	N/A	\$30 trimestralmente	

## 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 \$4,130 en 2021, usted pagará la cantidad enumerada.

	Aspire Health Value (HMO) Deducible: \$445 (Niveles 3, 4, 5 y 6)	Aspire Health Advantage (HMO) Deducible: \$150 medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4, 5)	Aspire Health Plus (HMO-POS) Sin deducible
<b>Copagos de 30 días (al por menor)</b>			
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	\$9 copago	\$4 copago	\$0
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$18 copago	\$8 copago	\$10 copago
<b>Nivel 3: Marca preferente</b>	\$47 copago	\$45 copago	\$42 copago
<b>Nivel 4: Medicamento no preferente</b>	\$100 copago	\$95 copago	\$90 copago
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	25% coseguro	30% coseguro	33% coseguro
<b>Nivel 6: Insulinas selectas</b>	\$11 copago	\$11 copago	\$11 copago
<b>Copagos de 90 días (por correo)</b>			
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	\$18 copago	\$8 copago	\$0
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$36 copago	\$16 copago	\$20 copago
<b>Nivel 3: Marca preferente</b>	\$94 copago	\$90 copago	\$84 copago
<b>Nivel 4: Medicamento no preferente</b>	\$200 copago	\$190 copago	\$180 copago
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad*</b>	25% coseguro	30% coseguro	33% coseguro
<b>Nivel 6: Insulinas selectas</b>	\$22 copago	\$22 copago	\$22 copago
<b>Cobertura GAP (Brecha)</b>	N/A	Nivel 1, 2	Nivel 1, 2

**BRECHA DE COBERTURA:** Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,130, 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 \$6,550. 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 \$6,550 en 2021, usted pagará lo que resulte superior de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.70 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.

\*Disponible a través de pedidos por correo con un suministro de 30 días únicamente.

### 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 31 días de la Parte D de medicamentos con receta médica, durante los primeros 90 días de una nueva membresía en nuestro plan.

## BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN A

**\$44.90 en prima adicional por mes (opcional)**

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

<b>Preventivo</b>	\$0
<b>Integral</b>	20%-50% coseguro

### COBERTURA DE VISIÓN (MESVision®)

<b>Examen anual de la vista de rutina</b>	\$10 copago
<b>Anteojos</b> (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. 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\_Annual Benefit Platter\_0820\_M

## BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN B

**\$49.90 en prima adicional por mes (opcional)**

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

<b>Preventivo</b>	\$0
<b>Integral</b>	20%-50% coseguro

### COBERTURA DE VISIÓN (MESVision®)

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

### COBERTURA DE AUDICIÓN (TruHearing™)

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

### TRANSPORTE (a citas dentro 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** \$0  
(2 comidas por día por 7 días, personalizadas a la preferencia del miembro)