



2021 Resumen de Beneficios 1 de enero-31 de diciembre



ASPIRE HEALTH PLAN

en colaboración con



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

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por Aspire Health Plan (HMO) del 1 de enero de 2021—31 de diciembre de 2021. 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_0820_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 del Plan Mensual	Prima de plan mensual del \$52.00 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>\$7,550 anualmente.</p> <p>Lo máximo que paga por los copagos, el coseguro y otros costos de los beneficios cubiertos por Medicare durante el año para los servicios que recibe de proveedores en la red.</p> <p>Los montos que pague por sus primas del plan y sus medicamentos con receta Parte D no cuentan contra su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados¹	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$335 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>

Nota: Los servicios descritos con un ¹ podrán requerir autorización previa.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

PARA SERVICIOS CUBIERTOS

Prima del plan mensual de \$139.00 además de su prima Parte B mensual.

Prima mensual del plan es de \$269.00 además de su prima Parte B mensual.

Este plan no tiene un deducible.

Este plan no tiene un deducible.

\$6,000 anualmente.

\$3,450 dentro y fuera del área de servicio combinados.

Lo máximo que paga por los copagos, el coseguro y otros costos de los beneficios cubiertos por Medicare durante el año para los servicios que recibe de proveedores en la red.

Lo máximo que paga por los copagos, el coseguro y otros costos de los beneficios cubiertos por Medicare para el año.

Los montos que pague por sus primas del 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 del 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 \$275 de copago por día para días 1 al 6.

En la red: Usted paga \$250 de copago por día para días 1 al 5.

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

Usted no paga nada por día para días 6 al 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.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro para días 1-90.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas de beneficios: 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)****Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios¹**

Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago por día de servicio.

Procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia de diagnóstico: Usted paga \$300 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.

Visitas médicas**» Atención primaria**

Visita al médico de atención primaria: Usted paga \$15 de copago por visita.

» Especialistas

Visitas a especialistas: Usted paga \$45 de copago por visita.

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 endoscopia y colonoscopia de diagnóstico: Usted paga \$60 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 \$5 de copago por visita.

Visitas a especialistas: Usted paga \$30 de copago por visita.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga \$200 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$200 de copago por día de servicio.

Procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia de diagnóstico: Usted paga \$40 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.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro por servicios de un centro quirúrgico ambulatorio, servicios hospitalarios ambulatorios incluyendo cirugía ambulatoria, terapia intravenosa ambulatoria y servicios de transfusión.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

En la red:

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

Visitas a especialistas: Usted paga \$20 de copago por visita.

Fuera de la red*:

Visita al médico de atención primaria: Usted paga el 20% de coseguro por visita.

Visitas a especialistas: Usted paga el 20% de coseguro por visita.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Cuidados preventivos

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:

- Evaluación de aneurisma aórtico abdominal
- Evaluación y asesoramiento sobre el abuso del alcohol
- Medición de la masa ósea (densidad ósea)
- Exámenes de enfermedades cardiovasculares
- Detección de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Vacuna contra la influenza
- Prueba de glaucoma
- Detección de cáncer de pulmón
- Examen de la mamografía
- Evaluación de obesidad y asesoramiento
- Detección del cáncer de próstata
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Visita anual de bienestar

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
- Evaluación y asesoramiento sobre el abuso del alcohol
- Medición de la masa ósea (densidad ósea)
- Exámenes de enfermedades cardiovasculares
- Detección de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Vacuna contra la influenza
- Prueba de glaucoma
- Detección de cáncer de pulmón
- Examen de la mamografía
- Evaluación de obesidad y asesoramiento
- Detección del cáncer de próstata
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Visita anual de bienestar

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 paga 20% de coseguro

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:

- Evaluación de aneurisma aórtico abdominal
- Evaluación y asesoramiento sobre el abuso del alcohol
- Medición de la masa ósea (densidad ósea)
- Exámenes de enfermedades cardiovasculares
- Detección de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación para la detección de cáncer colorrectal
- Evaluación por depresión
- Evaluación de diabetes
- Vacuna contra la influenza
- Prueba de glaucoma
- Detección de cáncer de pulmón
- Examen de la mamografía
- Evaluación de obesidad y asesoramiento
- Detección del cáncer de próstata
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Visita anual de bienestar

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

En la red: Usted paga \$90 de copago por visita.

Fuera de la red: Usted paga \$90 de copago por visita.

Notas de beneficios: 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.

BENEFICIO**ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)****Servicios de urgencia**

Usted paga \$45 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 diagnóstico/Laboratorio/
Diagnóstico por imágenes¹**

Servicios de radiología compleja de diagnóstico (como son TC, TEP, resonancia magnética, ARM, medicina nuclear, angiografía): Usted paga \$250 de copago por servicio.

» Servicio de radiología de diagnóstico

Servicios de radiología de diagnóstico general:
Usted paga \$90 de copago por servicio.

» Servicio de radiología terapéutica

Servicios de radiología terapéutica (como son tratamiento de radiaciones para cáncer):
Usted paga 20% de coseguro por servicio.

» Servicios de laboratorio

Servicios de laboratorio:
Usted paga \$20 de copago por servicio.

» Procedimientos y pruebas de diagnóstico

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
Usted paga \$20 de copago por servicio.

» Radiografías para pacientes ambulatorios

Radiografías para pacientes ambulatorios:
Usted paga \$20 de copago por cada rayos-x.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga \$30 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 \$150 de copago por servicio.

Servicios de radiología de diagnóstico general: Usted paga \$60 de copago por servicio.

Servicios de radiología terapéutica (como son tratamiento de radiaciones para cáncer): Usted paga 20% de coseguro 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.

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 profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas del beneficio: 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.

En la red: 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 20% de coseguro por servicio.

Servicios de laboratorio: Usted no paga nada por servicio.

Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Usted no paga nada por servicio.

Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada por cada rayos-x.

Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO**ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)****Servicios de Audición****» Examen de audición**

Usted paga un copago de \$45 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.

Servicios dentales

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

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga un copago de \$30 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.

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

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas de beneficios: 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 dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios de Medicare Parte A y médicos de 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.

BENEFICIO**ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)****Servicios de visión¹**

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual): Usted paga \$45 de copago.

Anteojos o lentes de contacto después de una 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 ADVANTAGE (HMO)

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual): Usted paga \$30 de copago.

Anteojos o lentes de contacto después de una 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)

En 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, se requiere de autorización previa.

Fuera de la red*:

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen anual de glaucoma): Usted paga el 20% de coseguro.

Anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios después de una cirugía de cataratas: Usted paga el 20% de coseguro, se requiere autorización previa

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas de beneficios: 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.

BENEFICIO

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)

Servicios de Salud Mental¹

» Paciente hospitalizado

Visita de paciente hospitalizado:
Usted paga \$335 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

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

» Visita de terapia individual ambulatoria

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

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Visita de paciente hospitalizado:
Usted paga \$275 de copago por día para días 1 al 6.

Usted no paga nada por día para días 7 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 de paciente ambulatorio:
Usted paga \$15 de copago.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted paga \$15 de copago.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

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.

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

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

Fuera de la red*:

Visita de paciente hospitalizado: Usted paga 20% de coseguro por día para días 1 al 90.

Visita de terapia grupal de paciente ambulatorio:
Usted paga 20% de coseguro.

Visita de terapia individual de paciente ambulatorio: Usted paga 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas de beneficios: 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)****Centro de Enfermería Especializada¹**

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

\$184 de copago por día para días 21 al 100.

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

Servicios de rehabilitación¹**» Visita de rehabilitación cardíaca (corazón)**

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón):
Usted paga \$25 de copago por cada visita.

» Visita de terapia ocupacional

Visita de terapia ocupacional:
Usted paga \$25 de copago por cada visita.

**» Visita de terapia física, terapia del habla,
y terapia del lenguaje**

Visita de terapia física, terapia del habla
y terapia del lenguaje:
Usted paga \$25 de copago por cada visita.

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.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

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

En la red:

Usted paga \$20 por día por los días 1 a 20.

Usted paga \$50 dólares por día por los días 21-100.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro por día por los días 1 a 100.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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.

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 paga el 20% de coseguro.

Visita de terapia ocupacional:
Usted paga el 20% de coseguro.

Visita de terapia física, terapia del habla y terapia del
lenguaje: Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Ambulancia¹</p>	<p>Usted paga \$250 de copago por transporte terrestre. Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.</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>
<p>Transporte¹</p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>6 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 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Usted paga \$250 de copago por transporte terrestre.
Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.

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.

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.

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

Usted paga 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted paga \$200 de copago por transporte terrestre.
Usted paga el 20% de coseguro por transporte aéreo.

Fuera de la red*: You pay 20% co-insurance.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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

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.

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

Usted paga 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios¹</p>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$300 de copago por día de servicio.</p>
<p>Cuidados de los pies (servicios de podología)</p>	<p>Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones: Usted paga \$45 de copago.</p>
<p>Equipo/suministros médicos¹</p>	<p>Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.</p>

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios:
Usted paga \$275 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 \$30 de copago.

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

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios: Usted paga \$200 de copago por día de servicio.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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 paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

En la red: Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO**ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)****Programas de Bienestar¹****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.

Beneficio de acondicionamiento físico**Silver&Fit[®]**

Usted paga una cuota anual de \$50 por acceso al gimnasio o una cuota anual de \$10 por dos kits para mantenerse en forma en casa y un kit Stay Fit.

Acupuntura

Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja: Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.

Tratamientos de acupuntura de rutina:
Usted paga \$20 por visita
(hasta 4 visitas por año).

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

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 \$25 por acceso al gimnasio o una cuota anual de \$10 por dos kits para mantenerse en forma en casa y un kit Stay Fit.

Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja: Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.

Tratamientos de acupuntura de rutina:
Usted paga \$10 por visita
(hasta 6 visitas por año).

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

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 \$0 por acceso al gimnasio o una cuota anual de \$0 por dos kits para mantenerse en forma en casa y un kit Stay Fit.

En la red:

Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja: Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.

Tratamientos de acupuntura de rutina: Usted no paga nada por visita (hasta 12 visitas por año).

Fuera de la red*:

Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja: Usted paga el 20% del costo visita hasta por 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.

Tratamientos de acupuntura de rutina:
Sin cobertura

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO**ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)****Servicios quiroprácticos**

Visita cubierta por Medicare para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición): Usted paga \$10 de copago.

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

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 para la autogestión de diabetes:
Usted no paga nada.

Plantillas o zapatos terapéuticos:
Usted no paga nada.

Los suministros para el control de la diabetes se limitan a Abbott Diabetes Care, el fabricante de los productos de la marca FreeStyle y Precision.

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)

Visita cubierta por Medicare para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición): Usted paga un copago de \$10 por visita.

Visita quiropráctica de rutina: Usted paga un copago de \$10 por visita (para un máximo de 6 visitas al año)

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.

Los suministros para el control de la diabetes se limitan a Abbott Diabetes Care, el fabricante de los productos de la marca FreeStyle y Precision.

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red:

Visita cubierta por Medicare para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición): Usted no paga nada.

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

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*:

Visita cubierta por Medicare para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición): Usted paga el 20% de coseguro.

Los cuidados quiroprácticos de rutina no están cubiertos fuera de la red.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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

Fuera de la red*: Usted paga un 20% de coseguro por los suministros de control de la diabetes, entrenamiento para la autogestión de la diabetes, zapatos terapéuticos y plantillas.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

Notas de beneficios: Los suministros para el control de la diabetes se limitan a Abbott Diabetes Care, el fabricante de los productos de la marca FreeStyle y Precision.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
<p>Cuidados de Salud en el Hogar¹</p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa cubiertos por Medicare.</p>
<p>Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios¹</p>	<p>Visita de terapia grupal: Usted paga \$35 de copago.</p> <p>Visita de terapia individual: Usted paga \$35 de copago.</p>
<p>Dispositivos Protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)¹</p>	<p>Dispositivos protésicos: Usted paga 20% del costo.</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted paga 20% del costo.</p>

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 \$15 de copago.

Visita de terapia individual:
Usted paga \$15 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 paga el 20% de coseguro.

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

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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 paga el 20% de coseguro.

Visita de terapia individual:
Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

En la red:

Dispositivos protésicos:
Usted paga 20% del costo.

Suministros médicos relacionados:
Usted paga 20% del costo.

Fuera de la red*:

Dispositivos protésicos:
Usted paga 20% del costo.

Suministros médicos relacionados:
Usted paga 20% del costo.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

BENEFICIO	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)
Diálisis Renal	Usted no paga nada.
Hospicio	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.
Artículos de venta libre (OTC)	No disponible

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.

No disponible

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

En la red: Usted no paga nada.

Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.

*La cobertura fuera de la red está restringida a profesionales elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare que acceda fuera del área de servicio del condado de Monterey, California del plan.

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.

En la red:

Usted paga \$0 por artículos de salud de venta libre sin receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y gripe, y suministros de primeros auxilios cuando se ordenan a través del catálogo de medicamentos de venta libre 2021.

Usted tiene \$30 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.

Cualquier balance trimestral no se trasladará al siguiente trimestre.

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)
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Acné
- Pie de atleta
- 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)
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Acné
- Pie de atleta
- 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)
- Resfrío, infección de senos nasales o influenza (gripe)
- Fiebre de heno/alergias
- Acné
- Pie de atleta
- 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 3, 4, 5 y 6 hasta cubrir el deducible anual de \$445.

REPARTICIÓN DE COSTOS MINORISTAS ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$9 de copago	\$27 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago	\$54 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)	\$18 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$36 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, y 5 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

*Disponibles para un suministro de 30 días únicamente.

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.

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	\$0
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)	\$11 de copago	\$33 de copago

REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR

Nivel	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$0
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)	\$22 de copago

*Disponibles para un suministro de 30 días únicamente.

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 \$4,130, 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 \$6,550. 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 mayor de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$9.25 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) surtido 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 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 copago, un aparato auditivo por oído, por año

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 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 encuentra 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 próximo año calendario.
- 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_0820_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 todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. 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.) 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” (Medicare y Usted). 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