

¿PREGUNTAS? **(866) 798-9356** (TTY 711)



2022 OPCIONES DE PLANES

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
BENEFICIO	USTED PAGA	USTED PAGA	USTED PAGA
Prima de plan mensual	\$52	\$139	\$269
Su gasto máximo de bolsillo (beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red)	\$7,550 en la red	\$5,000 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
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED
Médico de atención primaria (PCP)	\$15 copago	\$0	\$0 copago
Médico especialista	\$45 copago	\$25 copago	\$20 copago
CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO			
Paciente internado en hospital (agudo)			
	Días 1-6: \$335 per day	Días 1-6: \$275 per day	Días 1-5: \$250 per day
	Días 7-90: \$0 per day	Días 7-90: \$0 per day	Días 6-90: \$0 per day
Centro de Enfermería Especializado (SNF)			
Días 1-20	\$0 por día	\$0 por día	\$20 por día
Días 21-100	\$184 por día	\$100 por día	\$50 por día

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED
CUIDADOS COMO PACIENTE EXTERNO			
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
CUIDADO VIRTUAL			
Visita Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Servicios de urgencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$45 copago	\$25 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 sea médicamente necesario, exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$300 copago	\$250 copago	\$200 dentro y fuera del área de servicio
SERVICIOS DE LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO			
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
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS			
Equipo médico duradero (DME)	20% coseguro	20% coseguro	20% coseguro
Diabetes — monitoreo, suministros y zapatos terapéuticos	\$0	\$0	\$0

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN			
Terapia del habla, física, ocupacional, cardíaca, pulmonar	\$25 copago	\$15 copago	\$0
MEDICAMENTOS PARTE B			
Quimioterapia	20% coseguro	20% coseguro	20% coseguro
Todos los demás medicamentos de la Parte B	\$50 copago	\$50 copago	\$50 copago
EXÁMENES Y EVALUACIONES DE BIENESTAR			
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio
Mamografía (1 por año)	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio
VISTA			
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 copago	\$25 copago	\$0
AUDICIÓN			
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 copago	\$25 copago	\$0

	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
BENEFICIOS ADICIONALES	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS				
Beneficios cubiertos por Medicare (manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación)	\$10 copago	\$10 copago	\$0	20% coseguro
Cuidados de rutina (limitados a ciertos códigos de tratamiento específicos)	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visits	6 visits	12 visits	Sin cobertura
ACUPUNTURA				
Beneficios cubiertos por Medicare (para dolor de espalda crónico)	\$0	\$0	\$0	20% coseguro
Visitas cubiertas por año (usar en un período de 90 días consecutivos)	12 visitas	12 visitas	12 visitas	12 visitas
Cuidados de rutina	\$20 copago	\$10 copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
TRANSPORTE				
Para ir a citas dentro de la red	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año (viajes sencillos)	6 viajes sencillos	12 viajes sencillos	12 viajes sencillos	Sin cobertura
PROGRAMA DE CONDICIONAMIENTO FÍSICO SILVER&FIT®				
Kits de condicionamiento en casa (2 por año)	\$10	\$10	\$10	
Membresías anuales al gimnasio (debe usar gimnasios dentro de la red Silver&Fit®)	\$50 cuota anual de miembro	\$25 cuota anual de miembro	\$0	
MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN RECETA MÉDICA				
Prestación	N/A	\$30 trimestralmente	\$30 trimestralmente	
DENTAL				
Servicios preventivos	N/A	\$0	N/A	

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 \$4,430 en 2022, usted pagará la cantidad enumerada.

	Aspire Health Value (HMO) Deducible: \$480 (Niveles 3, 4, 5, 6)	Aspire Health Advantage (HMO) Deducible: \$150 medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4, 5)	Aspire Health Plus (HMO-POS) Sin deducible
--	--	---	--

Copagos de 30 días (al por menor)

Nivel 1: Genéricos preferentes	\$9 copago	\$4 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$18 copago	\$8 copago	\$10 copago
Nivel 3: Marca preferente	\$47 copago	\$45 copago	\$42 copago
Nivel 4: Medicamento no preferente	\$100 copago	\$95 copago	\$90 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% coseguro	30% coseguro	33% coseguro
Nivel 6: Insulinas selectas	\$11 copago	\$11 copago	\$11 copago

Copagos de 90 días (surtido por correo)

Nivel 1: Genéricos preferentes	\$18 copago	\$8 copago	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$36 copago	\$16 copago	\$20 copago
Nivel 3: Marca preferente	\$94 copago	\$90 copago	\$84 copago
Nivel 4: Medicamento no preferente	\$200 copago	\$190 copago	\$180 copago
Nivel 5: Nivel de especialidad	No disponible	No disponible	No disponible
Nivel 6: Insulinas selectas	\$22 copago	\$22 copago	\$22 copago
Cobertura GAP (Brecha)	N/A	Tier 1, 2	Tier 1, 2

BRECHA DE COBERTURA:

Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,430, 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 \$7,050. 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 \$7,050 en 2022, usted pagará lo que resulte superior de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.95 de copago para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos.

COBERTURA DE TRANSICIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS:

Para medicamentos para pacientes ambulatorios, hasta un (1) resurtido de transición de 30 días de medicamentos recetados de la Parte D, durante los primeros 90 días de la nueva membresía en nuestro plan. Si usted está en un Centro de Cuidados a Largo Plazo puede obtener hasta un (1) resurtido de recetas de transición de 31 días de la Parte D de medicamentos con receta médica, durante los primeros 90 días de una nueva membresía en nuestro plan.

Todos nuestros planes le permiten añadir beneficios mejorados a su paquete de cuidados de salud.

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN A

\$44.90 en prima adicional por mes (opcional) para el plan VALUE y PLUS

COBERTURA DENTAL

(Delta Dental™ — \$1,000 máx/año)

Preventivo	\$0
Integral	20%–50% coseguro

COBERTURA DE VISIÓN

(MESVision®)

Examen anual de la vista de rutina	\$10 copago
Anteojos	\$25 copago

(el límite de cobertura es de \$460)

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN B

\$49.90 en prima adicional por mes (opcional) para el plan VALUE y PLUS

COBERTURA DENTAL

(Delta Dental™ — \$1,000 máx/año)

Preventivo	\$0
Integral	20%–50% coseguro

COBERTURA DE VISIÓN

(MESVision®)

Examen anual de la vista de rutina	\$10 copago
Anteojos	\$25 copago

(el límite de cobertura es de \$460)

COBERTURA DE AUDICIÓN (TruHearing™)

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

TRANSPORTE (a citas dentro de la red)

10 viajes sencillos adicionales \$0

COMIDAS A DOMICILIO

(Mom's Meals NourishCare®)

- Disponible después de una hospitalización o una estadía en enfermería especializada, o después de una cirugía
- Disponible para ciertas afecciones crónicas por un período temporal

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

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN C

\$43 en prima adicional por mes (opcional) para el plan ADVANTAGE

COBERTURA DENTAL

(Delta Dental™ — \$1,000 máx/año)

Integral	20%–50% coseguro
----------	------------------

COBERTURA DE VISIÓN

(MESVision®)

Examen anual de la vista de rutina	\$10 copago
Anteojos	\$25 copago

(el límite de cobertura es de \$460)

COBERTURA DE AUDICIÓN (TruHearing™)

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

TRANSPORTE (a citas dentro de la red)

10 viajes sencillos adicionales \$0

COMIDAS A DOMICILIO

(Mom's Meals NourishCare®)

- Disponible después de una hospitalización o una estadía en enfermería especializada, o después de una cirugía
- Disponible para ciertas afecciones crónicas por un período temporal

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

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_0821_M