



2022 Beneficios Mejorados

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



ASPIRE HEALTH PLAN

en colaboración con



MONTAGE
Health



Salinas Valley
Memorial
Healthcare System

Este es un resumen de los Beneficios Mejorados cubiertos por el Aspire Health Plan (HMO) del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. Aspire Health Plan es un plan HMO auspiciado con un contrato de Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. H8764_MKT_EB_0821_M

Agregue valor a su cobertura de cuidados de salud con un paquete de Beneficios Mejorados.



Aspire Health Plan ofrece beneficios integrales médicos y farmacéuticos, incluyendo cuidados preventivos y evaluaciones para todos nuestros planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés). **Pero, si está buscando la ventaja de cobertura dental, de visión y de audición, además de transporte adicional y cobertura de alimentos para agregar a su Aspire Health Plan, considere agregar uno de nuestros paquetes de Beneficios Mejorados.** Usted tendrá un período de gracia de noventa (90) días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en MAPD para agregar los Beneficios Mejorados. Después de que finalice el período de gracia, usted no podrá elegir los Beneficios Mejorados hasta el siguiente período de inscripción anual.

PAQUETES DE BENEFICIOS MEJORADOS

Opción A — disponible para los planes VALUE y PLUS

Prima adicional de **\$44.90** por mes

- Incluye dental y visión



Opción B — disponible para los planes VALUE y PLUS

Prima adicional de **\$49.90** por mes

- Incluye dental, visión, audición, transporte y comidas



Opción C — disponible para el plan ADVANTAGE

Prima adicional de **\$43** por mes

- Incluye dental, visión, audición, transporte y comidas



Beneficios Mejorados — Opción A

Prima adicional de \$44.90 por mes for VALUE and PLUS plans



BENEFICIO DENTAL

Red: Delta Dental™ de la Red de Medicare Advantage para Aspire Health Plan
Cobertura: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada año.

INCLUYE:

Cuidados preventivos: \$0

- 2 evaluaciones orales por año calendario
- 2 limpiezas por año calendario
- 1 serie de radiografías de aleta de mordida por año calendario

Integral: 20% o 50% de coseguro

Cobertura integral con coseguro del 20% para:

- Reconstructivo básico
- Extracciones simples
- Empastes
- Reparación y realineación de dentaduras

Cobertura integral con coseguro del 50% para:

- Cirugía oral
- Endodoncias
- Coronas
- Dentaduras
- Implantes

Esta es una lista parcial de los procedimientos dentales cubiertos. Por favor vea el folleto de Evidencia de Cobertura para más detalles.



BENEFICIO DE VISIÓN

Red: MESVision®

Cobertura: \$460 en beneficios de la visión cada 12 meses

INCLUYE:

Examen de los ojos de rutina: \$10 de copago (1 por cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

Materiales para la vista: \$25 de copago (1 marco de anteojos, lentes o lentes de contacto cada 12 meses)

- Prestación para marco de lentes hasta un costo minorista total de \$150
- Prestación para lentes de contacto de \$150 en vez de marco y lentes
- Lentes CR29 sencillos, bifocales y trifocales estándar, y lentes progresivos estándar cubiertos al 100%
- Prestación de \$120 para lentes progresivos premium
- Prestación de \$85 para lentes de policarbonato
- Prestación de \$70 para lentes fotocromáticos
- Prestación de \$35 para lentes antireflectantes
- El monto máximo de cobertura de beneficios del plan es por cada 12 meses desde la última fecha de servicio

Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura (EOC) para información de cobertura y las limitaciones.

Beneficios Mejorados — Opción B

Prima adicional de \$49.90 por mes para los planes VALUE y PLUS



BENEFICIO DENTAL

Red: Delta Dental™ de la Red de Medicare Advantage para Aspire Health Plan
Cobertura: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada año.

INCLUYE:

Cuidados preventivos: \$0

- 2 evaluaciones orales por año calendario
- 2 limpiezas por año calendario
- 1 serie de radiografías de aleta de mordida por año calendario

Integral: 20% o 50% de coseguro

Cobertura integral con coseguro del 20% para:

- Reconstructivo básico
- Extracciones simples
- Empastes
- Reparación y realineación de dentaduras

Cobertura integral con coseguro del 50% para:

- Cirugía oral
- Endodoncias
- Coronas
- Dentaduras
- Implantes

Esta es una lista parcial de los procedimientos dentales cubiertos. Por favor vea el folleto de Evidencia de Cobertura para más detalles.



BENEFICIO DE VISIÓN

Red: MESVision®

Cobertura: \$460 en beneficios de la visión cada 12 meses

INCLUYE:

Examen de los ojos de rutina: \$10 de copago (1 por cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

Materiales para la vista: \$25 de copago (1 marco de anteojos, lentes o lentes de contacto cada 12 meses)

- Prestación para marco de lentes hasta un costo minorista total de \$150
- Prestación para lentes de contacto de \$150 en vez de marco y lentes
- Lentes CR29 sencillos, bifocales y trifocales estándar, y lentes progresivos estándar cubiertos al 100%
- Prestación de \$120 para lentes progresivos premium
- Prestación de \$85 para lentes de policarbonato
- Prestación de \$70 para lentes fotocromáticos
- Prestación de \$35 para lentes antireflectantes
- El monto máximo de cobertura de beneficios del plan es por cada 12 meses desde la última fecha de servicio

Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura (EOC) para información de cobertura y las limitaciones.



BENEFICIO DE AUDICIÓN

Red: TruHearing™ Network

INCLUYE:

Examen de audición de rutina: \$20 de copago

1 por año calendario

Aparatos auditivos: Hasta 2 aparatos auditivos TruHearing™ por año, uno por oído

- Aparato auditivo Advanced: \$599 de copago
- Aparato auditivo Premium: \$899 de copago

- La compra de aparatos auditivos incluye:
 - » 3 visitas al proveedor durante el primer año de la compra del aparato auditivo
 - » Periodo de prueba de 45 días
 - » Garantía extendida de 3 años
 - » 48 baterías por aparato auditivo para modelos no-recargables
 - » Opción de batería recargable en el modelo premium sin costo adicional



BENEFICIO DE TRANSPORTE

INCLUYE:

10 viajes sencillos adicionales: \$0

por año calendario a citas médicas de rutina dentro de la red

Deben ser programados con un mínimo de 3 días hábiles por adelantado.

Por favor póngase en contacto con Servicio a Miembros para programar el transporte



BENEFICIO DE COMIDAS

Red: Mom's Meals NourishCare®

- Disponible después de una hospitalización o una estadía en enfermería especializada, o después de una cirugía
 - » Debe solicitarse dentro de los 14 días de su estadía. El beneficio es por estadía
- Disponible para ciertas afecciones crónicas por un período temporal

INCLUYE:

Comidas a domicilio: \$0

- 14 comidas refrigeradas, 2 comidas por día por 7 días
- Entregadas directamente a su hogar
- Personalizadas a la preferencia del miembro

Beneficios Mejorados — Opción C

Prima adicional de \$43 por mes para el plan ADVANTAGE



BENEFICIO DENTAL

Red: Delta Dental™ de la Red de Medicare Advantage para Aspire Health Plan
Cobertura: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada año.

INCLUYE:

Integral: 20% o 50% de coseguro

Cobertura integral con coseguro del 20% para:

- Reconstructivo básico
- Extracciones simples
- Empastes
- Reparación y realineación de dentaduras

Cobertura integral con coseguro del 50% para:

- Cirugía oral
- Endodoncias
- Coronas
- Dentaduras
- Implantes

Esta es una lista parcial de los procedimientos dentales cubiertos. Por favor vea el folleto de Evidencia de Cobertura para más detalles.



BENEFICIO DE VISIÓN

Red: MESVision®
Cobertura: \$460 en beneficios de la visión cada 12 meses

INCLUYE:

Examen de los ojos de rutina: \$10 de copago (1 por cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

Materiales para la vista: \$25 de copago (1 marco de anteojos, lentes o lentes de contacto cada 12 meses)

- Prestación para marco de lentes hasta un costo minorista total de \$150
- Prestación para lentes de contacto de \$150 en vez de marco y lentes
- Lentes CR29 sencillos, bifocales y trifocales estándar, y lentes progresivos estándar cubiertos al 100%
- Prestación de \$120 para lentes progresivos premium
- Prestación de \$85 para lentes de policarbonato
- Prestación de \$70 para lentes fotocromáticos
- Prestación de \$35 para lentes antireflectantes
- El monto máximo de cobertura de beneficios del plan es por cada 12 meses desde la última fecha de servicio

Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura (EOC) para información de cobertura y las limitaciones.



BENEFICIO DE AUDICIÓN

Red: TruHearing™ Network

INCLUYE:

Examen de audición de rutina: \$20 de copago

1 por año calendario

Aparatos auditivos: Hasta 2 aparatos auditivos TruHearing™ por año, uno por oído

- Aparato auditivo Advanced: \$599 de copago
- Aparato auditivo Premium: \$899 de copago

- La compra de aparatos auditivos incluye:
 - » 3 visitas al proveedor durante el primer año de la compra del aparato auditivo
 - » Periodo de prueba de 45 días
 - » Garantía extendida de 3 años
 - » 48 baterías por aparato auditivo para modelos no-recargables
 - » Opción de batería recargable en el modelo premium sin costo adicional



BENEFICIO DE TRANSPORTE

INCLUYE:

10 viajes sencillos adicionales: \$0

por año calendario a citas médicas de rutina dentro de la red

Deben ser programados con un mínimo de 3 días hábiles por adelantado.

Por favor póngase en contacto con Servicio a Miembros para programar el transporte



BENEFICIO DE COMIDAS

Red: Mom's Meals NourishCare®

- Disponible después de una hospitalización o una estadía en enfermería especializada, o después de una cirugía
 - » Debe solicitarse dentro de los 14 días de su estadía. El beneficio es por estadía
- Disponible para ciertas afecciones crónicas por un período temporal

INCLUYE:

Comidas a domicilio: \$0

- 14 comidas refrigeradas, 2 comidas por día por 7 días
- Entregadas directamente a su hogar
- Personalizadas a la preferencia del miembro

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Beneficios Mejorados — Opción A

Si usted se inscribe en nuestro paquete de Beneficios Mejorados — Opción A, puede ponerse en contacto con las siguientes compañías para servicios.

- Delta Dental™ — **(800) 626-3023**
- MESVision® — **(800) 877-6372**

Beneficios Mejorados — Opción B o C

Si usted se inscribe en nuestros paquetes de Beneficios Mejorados — Opción B o C, puede ponerse en contacto con las siguientes compañías para servicios.

- Delta Dental™ — **(800) 626-3023**
- MESVision® — **(800) 877-6372**
- TruHearing™ — **(844) 208-2631**
- Comidas después una estadía en el hospital o un centro de enfermería especializada — **(855) 570-1600** (TTY 711)
- Transporte a proveedores de la red — **(855) 570-1600** (TTY 711)

Este es un resumen de los Beneficios Mejorados cubiertos por el Aspire Health Plan (HMO) del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. 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. 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).

H8764_MKT_EB_0821_M



ASPIRE HEALTH PLAN

en colaboración con



MONTAGE
Health



Salinas Valley
Memorial
Healthcare System

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