



2022 Resumen de Beneficios

1 de enero-31 de diciembre

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 servicios de salud y medicamentos cubiertos por 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 en el Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. H8764_MKT_SB_0821_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

NOTAS:

Los servicios descritos con un ¹ podrían requerir 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 plan en el Condado de Monterey, California.

Prima mensual, deducible y límites en el monto que paga para servicios cubiertos

Prima del plan mensual

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Prima de plan mensual del \$52.00 además de su prima Parte B mensual.	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.

Deducible de servicios médicos

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.

Responsabilidad por gastos de bolsillo máximos (no incluye medicamentos con receta)

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<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>	<p>\$5,000 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>	<p>\$3,450 dentro y fuera del área de servicio combinados</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

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Nuestro plan cubre 90 días de esta día hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$335 de copago por día para días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 7 al 90.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de esta día hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$275 de copago por día para días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 7 al 90.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de esta día hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>En la red: Usted paga \$250 de copago por día para días 1 al 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 6 al 90.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro para días 1-90.</p>

Notas del beneficio: 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.

Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$300 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.	Usted paga \$275 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.	<p>En la red: Usted paga \$200 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios	Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$275 de copago por día de servicio.	<p>En la red: Usted paga \$200 de copago por día de servicio.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia de diagnóstico	Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$60 de copago por día de servicio.	<p>En la red: Usted paga \$40 de copago por día de servicio.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Atención de heridas	Usted paga un copago de \$80 por cada tratamiento de atención de heridas por fecha de servicio.	Usted paga un copago de \$60 por cada tratamiento de atención de heridas por fecha de servicio.	<p>En la red: Usted paga un copago de \$40 por cada tratamiento de atención de heridas por fecha de servicio.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos servicios de transfusión y terapia intravenosa para pacientes ambulatorios	Usted paga \$50 de copago.	Usted paga \$50 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$50 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Visitas médicas

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Atención primaria	Usted paga un copago de \$15 por visita en persona.	Usted paga un copago de \$0 por visita en persona.	<p>En la red: Usted paga un copago de \$0 por visita en persona.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro por visita.</p>
Especialistas	Usted paga un copago de \$45 por visita en persona.	Usted paga un copago de \$25 por visita en persona.	<p>En la red: Usted paga un copago de \$20 por visita en persona.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro por visita.</p>
Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga \$0 de copago.</p>

Cuidados preventivos

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
No hay coseguro, copago ni deducible para todos los servicios preventivos de Original Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para todos los servicios preventivos de Original Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para todos los servicios preventivos de Original Medicare.

Notas del beneficio: 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
- Vacuna de COVID-19
- 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

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga \$90 de copago por visita.	Usted paga \$90 de copago por visita.	<p>En la red: Usted paga \$90 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$90 de copago por visita.</p>

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 emergencia. Consulte la sección “Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados” de este folleto para ver otros costos.

Servicios de urgencia

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga \$45 de copago por visita.	Usted paga \$25 de copago por visita.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga \$0 de copago por visita.</p>

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. Consulte la sección “Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados” de este folleto para ver otros costos.

Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Servicios de radiología compleja de diagnóstico (como son TC, TEP, resonancia magnética, ARM, medicina nuclear, angiografía)	Usted paga \$250 de copago por servicio.	Usted paga \$150 de copago por servicio.	En la red: Usted paga \$100 de copago por servicio. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.
Servicios de radiología de diagnóstico general	Usted paga \$90 de copago por servicio.	Usted paga \$60 de copago por servicio.	En la red: Usted paga \$30 de copago por servicio. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.
Servicios de radiología terapéutica (como son tratamiento de radiaciones para cáncer)	Usted paga 20% de coseguro por servicio.	Usted paga 20% de coseguro por servicio.	En la red: Usted paga 20% de coseguro por servicio. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.
Servicios de laboratorio	Usted paga \$20 de copago por servicio.	Usted paga \$10 de copago por servicio.	En la red: Usted paga \$0 de copago por servicio. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Usted paga \$20 de copago por servicio.	Usted paga \$10 de copago por servicio.	En la red: Usted paga \$0 de copago por servicio. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.
Radiografías para pacientes ambulatorios	Usted paga \$20 de copago por cada rayos-x.	Usted paga \$10 de copago por cada rayos-x.	En la red: Usted paga \$0 de copago por cada rayos-x. Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por cada servicio.

Servicios de audición

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Examen de audición	Usted paga un copago de \$45 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.	En la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.
Servicios de audición adicionales Por favor, consulte la sección beneficio opcional para más detalles.	Disponibles en Beneficios Mejorados — Opción B por una prima adicional de \$49.90 por mes.	Disponibles en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$43.00 por mes.	Disponibles en Beneficios Mejorados — Opción B por una prima adicional de \$49.90 por mes.

Servicios dentales

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
	La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios de Medicare Parte A y médicos de Medicare Parte B.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental preventivo y de diagnóstico aprobado por el plan. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener 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 Por favor, consulte la sección beneficio opcional para más detalles.	Disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes.	Disponibles en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$43.00 por mes.	Disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes.

Servicios de visión¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluido examen de glaucoma anual)</p>	<p>Usted paga \$45 de copago.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
<p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata</p>	<p>Usted paga \$0 de copago, se requiere de autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago, se requiere de autorización previa.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro, se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de visión adicionales Por favor, consulte la sección beneficio opcional para más detalles.</p>	<p>Disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes.</p>	<p>Disponibles en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$43.00 por mes.</p>	<p>Disponibles en las opciones de Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$44.90 o \$49.90 por mes.</p> <p>Los servicios y beneficios adicionales (no cubiertos por Medicare) no están cubiertos fuera de la red.</p>

Servicios de salud mental¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Paciente hospitalizado	<p>Usted paga \$335 de copago por día para días 1 al 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 6 al 90.</p>	<p>Usted paga \$275 de copago por día para días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 7 al 90.</p>	<p>En la red: Usted paga \$250 de copago por día para días 1 al 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para días 6 al 90.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro por día para días 1 al 90.</p>
Visita de terapia grupal ambulatoria	<p>Usted paga \$35 de copago.</p>	<p>Usted paga \$15 de copago.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro.</p>
Visita de terapia individual ambulatoria	<p>Usted paga \$35 de copago.</p>	<p>Usted paga \$15 de copago.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga 20% de coseguro.</p>

Notas del beneficio: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidados de salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico.

El límite de cuidados hospitalarios de internación no se aplica a servicios mentales como paciente internado 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.

Centro de enfermería especializada¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga \$0 de copago por día para días 1 al 20.</p> <p>Usted paga \$184 de copago por día para días 21 al 100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para días 1 al 20.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por día para días 21 al 100.</p>	<p>En la red: Usted paga \$20 por día por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga \$50 dólares por día por los días 21-100.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro por día por los días 1 a 100.</p>

Notas del beneficio: Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.

Servicios de rehabilitación¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)	Usted paga \$25 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Visita de terapia ocupacional	Usted paga \$25 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago..</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Visita de terapia física, terapia del habla y terapia del lenguaje	Usted paga \$25 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Ambulancia¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga \$300 de copago por transporte terrestre.</p> <p>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 paga \$250 de copago por transporte terrestre.</p> <p>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>En la red: Usted paga \$200 de copago por transporte terrestre.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga \$200 de copago por transporte terrestre.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.</p>

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

Transporte¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>6 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>12 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>12 viajes sencillos (de ida o de vuelta) cada año a citas de rutina dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red: El transporte de rutina no está cubierto fuera de la red.</p>

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

Medicamentos Medicare Parte B¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga un copago de \$50 por cada medicamento con receta de la Parte B para pacientes ambulatorios sin quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada medicamento con receta de la Parte B para pacientes ambulatorios sin quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.</p>	<p>En la red: Usted paga un copago de \$50 por cada medicamento con receta de la Parte B para pacientes ambulatorios sin quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por cada tratamiento de quimioterapia ambulatorio cubierto por Medicare, por día.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Centro quirúrgico ambulatorio o cirugía para pacientes ambulatorios¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga \$300 de copago por día de servicio.</p>	<p>Usted paga \$275 de copago por día de servicio.</p>	<p>En la red: Usted paga \$200 de copago por día de servicio.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Cuidados de los pies (servicios de podología)

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones</p>	<p>Usted paga \$45 de copago.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Equipo/suministros médicos¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.</p>	<p>Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.</p>	<p>En la red: Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Programas de bienestar¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<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>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>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>

Beneficio de condicionamiento físico

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Silver&Fit®</p> <p>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.</p>	<p>Silver&Fit®</p> <p>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.</p>	<p>Silver&Fit®</p> <p>Usted paga una cuota anual de \$0 por acceso al gimnasio o una cuota anual de \$10 por dos kits para mantenerse en forma en casa.</p>

Acupuntura

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
<p>Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja</p>	<p>Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.</p>	<p>Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% del costo visita hasta por 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.</p>
<p>Tratamientos de acupuntura de rutina</p>	<p>Usted paga \$20 por visita (hasta 4 visitas por año).</p>	<p>Usted paga \$10 por visita (hasta 6 visitas por año).</p>	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago por visita (hasta 12 visitas por año).</p> <p>Fuera de la red*: Tratamientos de acupuntura de rutina es sin cobertura</p>

Servicios quiroprácticos

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
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.	Usted paga \$10 de copago.	En la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red*: Usted paga un 20% de coseguro.
Visita quiropráctica de rutina	Usted paga \$20 de copago (hasta 4 visitas por año)	Usted paga un copago de \$10 por visita (para un máximo de 6 visitas al año).	En la red: Usted paga \$0 de copago (hasta 12 visitas al año). Fuera de la red*: Los cuidados quiroprácticos de rutina no están cubiertos fuera de la red.

Notas del beneficio: 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

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Suministros de monitoreo de diabetes	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	En la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red*: Usted paga un 20% de coseguro.
Capacitación para la autogestión de diabetes	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	En la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red*: Usted paga un 20% de coseguro.
Plantillas o zapatos terapéuticos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	En la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red*: Usted paga un 20% de coseguro.

Notas del beneficio: 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.

Cuidados de salud en el hogar¹

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Notas del beneficio: Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa que cubre Medicare.

Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios¹

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Visita de terapia grupal	Usted paga \$35 de copago.	Usted paga \$15 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Visita de terapia individual	Usted paga \$35 de copago.	Usted paga \$15 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

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

	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Dispositivos protésicos	Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.	<p>En la red: Usted paga el 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>
Suministros médicos relacionados	Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.	<p>En la red: Usted paga el 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga el 20% de coseguro.</p>

Diálisis renal

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	<p>En la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red*: Usted paga \$0 de copago.</p>

Hospicio

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga \$0 de copago 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.	Usted paga \$0 de copago 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.	Usted paga \$0 de copago 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)

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
No disponible	<p>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 2022.</p> <p>Usted tiene \$30 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Cualquier balance trimestral no se trasladará al siguiente trimestre.</p>	<p>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 2022.</p> <p>Usted tiene \$30 cada trimestre para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Cualquier balance trimestral no se trasladará al siguiente trimestre.</p>

Special supplemental benefits for the chronically ill (SSBCI)

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)
Usted paga un copago de \$0. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.	Usted paga un copago de \$0. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.	Usted paga un copago de \$0. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Notas del beneficio:

Si se le diagnostica la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(es) y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos:

- Cáncer
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Diabetes
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos

El plan requiere que todos los miembros que califiquen para SSBCI participen en el programa de administración de atención del plan.

Se aplican reglas de autorización previa.

Los miembros pueden calificar para los siguientes beneficios:

- Equipos y servicios de calidad del aire interior
- Beneficio de necesidades sociales, incluido el cuidado de acompañantes, clubes sociales
- Mom's Meals para mejorar la salud en general
- Entrega de alimentos y productos frescos

Beneficios de medicamentos de receta para paciente ambulatorio

ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)			ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)		
Cobertura inicial Usted paga el costo total de medicamentos en los niveles 3, 4, 5 y 6 hasta cubrir el deducible anual de \$480.			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			REPARTICIÓN DE COSTOS MINORISTAS ESTÁNDAR		
Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses	Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$9 de copago	\$27 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$4 de copago	\$12 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago	\$54 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$8 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$47 de copago	\$141 de copago	Nivel 3 (Marca preferente)	\$45 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$100 de copago	\$300 de copago	Nivel 4 (Marca no preferente)	\$95 de copago	\$285 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	30% del costo	No disponible
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$33 de copago	Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$33 de copago
REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR			REPARTICIÓN DE COSTOS DE PEDIDO POR CORREO ESTÁNDAR		
Nivel	Suministro para 3 meses		Nivel	Suministro para 3 meses	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$18 de copago		Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$8 de copago	
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$36 de copago		Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$16 de copago	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$94 de copago		Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$90 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$200 de copago		Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$190 de copago	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No disponible		Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No disponible	
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$22 de copago		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.

Beneficios de medicamentos de receta para paciente ambulatorio

ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

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	No disponible
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)	No disponible
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$22 de copago

BRECHA DE COBERTURA:

Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,430, 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 \$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 mayor de lo siguiente: 5% de coseguro o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$9.85 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 para los planes VALUE y PLUS

\$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 paga \$0 de copago
- 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

Beneficios Mejorados — Opción B para los planes VALUE y PLUS

\$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 paga \$0 de copago
- 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

La cobertura de audición es a través de TruHearing™ e incluye:

- Examen anual de audición de rutina: \$20 de copago
- Aparatos auditivos: \$599 o \$899 de 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 paga \$0 de copago

Las comidas a domicilio se realizan a través de Mom's Meals NourishCare® e incluyen:

- 14 comidas refrigeradas, 2 comidas por día por 7 días, personalizadas a la preferencia del miembro: usted paga \$0 de copago
- 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
- Comidas para ciertas afecciones crónicas durante un período temporal

Beneficios Mejorados — Opción C para el plan ADVANTAGE

\$43.00 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:

- 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

La cobertura de audición es a través de TruHearing™ e incluye:

- Examen anual de audición de rutina: \$20 de copago
- Aparatos auditivos: \$599 o \$899 de 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 paga \$0 de copago

Las comidas a domicilio se realizan a través de Mom's Meals NourishCare® e incluyen:

- 14 comidas refrigeradas, 2 comidas por día por 7 días, personalizadas a la preferencia del miembro: usted paga \$0 de copago
- 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
- Comidas para ciertas afecciones crónicas durante un período temporal

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 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_0821_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



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