



PRESENTADO POR



2024 OPCIONES DE PLANES

¿PREGUNTAS?
(866) 798-9356 (TTY 711)

	Aspire Health Protect (HMO)	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
BENEFICIO	USTED PAGA	USTED PAGA	USTED PAGA	USTED PAGA
Prima de plan mensual	\$0	\$31	\$142	\$312
Gasto máximo de bolsillo	\$8,600 en la red	\$5,500 en la red	\$3,800 en la red	\$3,400 dentro y fuera del área de servicio combinado
Deducible anual para Parte C (excepto para medicamentos con receta)	\$0	\$0	\$0	\$0
Costo para servicio fuera del área	N/A	N/A	N/A	30% de coseguro
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED
Médico de atención primaria (PCP)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$0	\$0 de copago
Médico especialista	\$45 de copago	\$45 de copago	\$25 de copago	\$20 de copago
Visita de telesalud	\$0	\$0	\$0	\$0
CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO				
Paciente internado en hospital (agudo)	Días 1-6: \$335 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-6: \$335 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-6: \$250 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-5: \$250 por día Días 6-90: \$0 por día
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$203 por día	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$184 por día	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$100 por día	Días 1-20: \$0 por día Días 21-100: \$100 por día

	Aspire Health Protect (HMO)	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED
CUIDADOS COMO PACIENTE AMBULATORIO				
Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios/centro quirúrgico ambulatorio	20% de coseguro	\$300 de copago	\$60-\$275 de copago	\$40-\$200 de copago
Servicios de salud en el hogar	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud mental para pacientes ambulatorios, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	20% de coseguro	\$35 de copago	\$15 de copago	\$0
SERVICIOS DE EMERGENCIA				
Servicios de atención de urgencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$25 de copago	\$25 de copago	\$0 de copago	\$0 dentro y fuera del área de servicio
Cuidados de emergencia (exento si es admitido en las primeras 24 horas)	\$100 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago	\$90 dentro y fuera del área de servicio
Ambulancia, terrestre	\$300 de copago	\$300 de copago	\$300 de copago	\$300 dentro y fuera del área de servicio
SERVICIOS DE LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO				
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago	\$0
Servicios de laboratorio y rayos X	\$20 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago	\$0
Radiología de diagnóstico	20% de coseguro	\$90-\$250 de copago	\$60-\$150 de copago	\$30-\$100 de copago
Radiología terapéutica	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS				
Equipo médico duradero (DME)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Diabetes — monitoreo, suministros y zapatos terapéutico	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN				
Terapia del habla, física, ocupacional, cardíaca	20% de coseguro	\$25 de copago	\$15 de copago	\$0
Terapia pulmonar	20% de coseguro	\$15 de copago	\$15 de copago	\$0

	Aspire Health Protect (HMO)	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	
MEDICAMENTOS PARTE B					
Quimioterapia	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	
Insulina parte B	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	
Todos los demás medicamentos de la Parte B	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	
EXÁMENES Y EVALUACIONES DE BIENESTAR					
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio	
Vacuna contra la influenza (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio	
Mamografía (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0 dentro y fuera del área de servicio	
VISTA					
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$25 de copago	\$20	
AUDICIÓN					
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$25 de copago	\$20	
BENEFICIOS ADICIONALES	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA EN LA RED DE SERVICIO
SERVICIOS QUIROPRACTICOS					
Beneficios cubiertos por Medicare	\$15 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$0	30% de coseguro
Cuidados de rutina (limitado a códigos de tratamiento específicos)	\$20 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visitas	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura

	Aspire Health Protect (HMO)	Aspire Health Value (HMO)	Aspire Health Advantage (HMO)	Aspire Health Plus (HMO-POS)	
BENEFICIOS ADICIONALES	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA EN LA RED DE SERVICIO
ACUPUNTURA					
Beneficios cubiertos por Medicare	\$0	\$0	\$0	\$0	30% de coseguro
Visitas cubiertas por año	12 visitas	12 visitas	12 visitas	12 visitas	12 visitas
Cuidados de rutina	\$20 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año	4 visitas	4 visitas	6 visitas	12 visitas	Sin cobertura
TRANSPORTE					
A citas dentro de la red	\$0	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año (viajes sencillos)	6	6	12	12	Sin cobertura
PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO ONE PASS™					
Kits de acondicionamiento físico en el hogar (1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0	
Membresía anual al gimnasio (red One Pass™)	\$0	\$0	\$0	\$0	
Aplicación de entrenamiento cerebral en línea	\$0	\$0	\$0	\$0	
ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE					
Prestación (por trimestre)	N/A	N/A	\$30 por trimestre	\$30 por trimestre	
DENTAL					
Servicios preventivos	N/A	N/A	\$0	N/A	

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS
CON RECETA Cobertura inicial**

**Aspire Health
Protect (HMO)**

**Aspire Health
Value (HMO)**

**Aspire Health
Advantage (HMO)**

**Aspire Health
Plus (HMO-POS)**

Nuestro plan usa un formulario. El surtido de sus recetas médicas lo puede obtener a través de una farmacia minorista dentro de la red, una farmacia fuera de la red, una farmacia de pedido por correo o a través 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 \$5,030 en 2024, usted pagará la cantidad enumerada.

Copagos en tiendas minoristas por suministro de 30 días

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes	\$9 de copago	\$9 de copago	\$4 de copago	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$18 de copago	\$18 de copago	\$8 de copago	\$10 de copago
Nivel 3: Marca preferente	\$47 de copago	\$47 de copago	\$45 de copago	\$42 de copago
Nivel 4: Medicamento no preferente	\$100 de copago	\$100 de copago	\$95 de copago	\$90 de copago
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6: Insulinas selectas	\$11 de copago	\$11 de copago	\$11 de copago	\$11 de copago
Cobertura GAP (Brecha)	N/A	N/A	Nivel 1, 2	Nivel 1, 2

Copagos por suministro de 100 días (en tiendas minoristas y por correo)

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

BRECHA DE COBERTURA: Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$5,030, 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 lleguen a \$8,000. Algunos de

nuestros planes ofrecen cobertura adicional para la brecha. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información.

COBERTURA CATASTRÓFICA: Después de que sus costos anuales de bolsillo en medicamentos lleguen a \$8,000 en 2024, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

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) despacho 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 agregar Beneficios Mejorados a su paquete de atención médica.

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN A

\$44.90 de prima adicional por mes (opcional) para los planes **PROTECT, VALUE y PLUS**

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

Preventivo	\$0
Integral	20%–50% de coseguro

COBERTURA DE LA VISTA (VSP™ Vision Care)

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

BENEFICIOS MEJORADOS — OPCIÓN B

\$49.90 de prima adicional por mes (opcional)
para los planes **PROTECT, VALUE y PLUS**

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

Preventivo	\$0
Integral	20%–50% de coseguro

COBERTURA DE LA VISTA (VSP™ Vision Care)

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

COBERTURA AUDITIVA (TruHearing™)

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

TRANSPORTE (to in-network appointments)

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 de prima adicional por mes (opcional)
para el plan **ADVANTAGE**

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

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

COBERTURA DE LA VISTA (VSP™ Vision Care)

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

COBERTURA AUDITIVA (TruHearing™)

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

TRANSPORTE (to in-network appointments)

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_0823_M