



PRESENTADO POR



# 2025 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)
<b>BENEFICIO</b>	<b>USTED PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
Prima de plan mensual	\$0	\$27	\$146	\$336
Gasto máximo de bolsillo	\$7,000 en la red	\$6,000 en la red	\$4,300 en la red	\$3,900 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
<b>VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>EN LA RED</b>
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
<b>CUIDADOS DE PACIENTE INTERNADO</b>				
Paciente internado en hospital (agudo)	Días 1-6: \$385 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-6: \$375 por día Días 7-90: \$0 por día	Días 1-6: \$275 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: \$214 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
<b>CUIDADOS COMO PACIENTE AMBULATORIO</b>				
Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios/centro quirúrgico ambulatorio	\$300 de copago	\$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	10% de coseguro	\$35 de copago	\$15 de copago	\$0
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>				
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)	\$110 de copago	\$11 de copago	\$110 de copago	\$110 dentro y fuera del área de servicio
Ambulancia, terrestre	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 dentro y fuera del área de servicio
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>				
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	10% 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
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>				
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
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>				
Terapia del habla, física, ocupacional, cardíaca	10% de coseguro	\$25 de copago	\$15 de copago	\$0
Terapia pulmonar	10% 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)	
<b>VISITAS MÉDICAS AL CONSULTORIO MÉDICO</b>	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	
<b>MEDICAMENTOS PARTE B</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	
<b>EXÁMENES Y EVALUACIONES DE BIENESTAR</b>					
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	
<b>VISTA</b>					
Pruebas de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$25 de copago	\$20	
<b>AUDICIÓN</b>					
Exámenes de audición de diagnóstico (beneficios cubiertos por Medicare)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$25 de copago	\$20	
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DEL ÁREA EN LA RED DE SERVICIO
<b>SERVICIOS QUIROPRACTICOS</b>					
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
<b>Visitas cubiertas por año</b>	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
<b>ACUPUNTURA</b>					
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
<b>TRANSPORTE</b>					
A citas dentro de la red	\$0	\$0	\$0	\$0	Sin cobertura
Visitas cubiertas por año (viajes sencillos)	6	6	12	12	Sin cobertura
<b>PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO ONE PASS™</b>					
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	
<b>ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE</b>					
Prestación (por trimestre)	N/A	N/A	\$30 por trimestre	\$30 por trimestre	
<b>DENTAL</b>					
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 alcance los \$2,000 en 2025, usted pagará la cantidad enumerada.

Deducible anual	\$200 Niveles 1-6	\$0	\$0	\$0
<b>Copagos en tiendas minoristas por suministro de 30 días</b>				
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</b>	\$9 de copago	\$9 de copago	\$4 de copago	\$0
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$18 de copago	\$18 de copago	\$8 de copago	\$10 de copago
<b>Nivel 3: Marca preferente</b>	\$47 de copago	\$47 de copago	\$45 de copago	\$42 de copago
<b>Nivel 4: Medicamento no preferente</b>	\$100 de copago	\$100 de copago	\$95 de copago	\$90 de copago
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	30% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
<b>Nivel 6: Insulinas selectas</b>	\$11 de copago	\$11 de copago	\$11 de copago	\$11 de copago
<b>Copagos por suministro de 100 días (en tiendas minoristas y por correo)</b>				
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</b>	\$18 de copago	\$18 de copago	\$8 de copago	\$0
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$36 de copago	\$36 de copago	\$16 de copago	\$20 de copago
<b>Nivel 3: Marca preferente</b>	\$94 de copago	\$94 de copago	\$90 de copago	\$84 de copago
<b>Nivel 4: Medicamento no preferente</b>	\$200 de copago	\$200 de copago	\$190 de copago	\$180 de copago
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
<b>Nivel 6: Insulinas selectas</b>	\$22 de copago	\$22 de copago	\$22 de copago	\$22 de copago

**COBERTURA CATASTRÓFICA:** Después de que sus costos anuales de bolsillo en medicamentos lleguen a \$2,000 en 2025, 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

\$42.00 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

\$46.00 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

\$40.00 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 es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health 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, 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\_0824\_M