



# 2025 Resumen de Beneficios

1 DE ENERO-31 DE DICIEMBRE

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



PRESENTADO POR



**MONTAGE**  
Health



**Salinas Valley**  
HEALTH

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por Aspire Health (HMO) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Aspire Health es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Aspire Health depende de la renovación del contrato.  
H8764\_MKT\_SB\_0824\_M

# Resumen de Beneficios

El área de servicio de Aspire Health Plan es el condado de Monterey, California

## NOTAS:

Los servicios descritos con un <sup>1</sup> 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 del condado de Monterey, California.

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

### Prima mensual del plan

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Prima mensual del plan es de \$0 además de su prima Parte B mensual.	Prima mensual del plan es de \$27.00 además de su prima Parte B mensual.	Prima mensual del plan es de \$146.00 además de su prima Parte B mensual.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
Prima mensual del plan es de \$336.00 además de su prima Parte B mensual.		

### Deducible de servicios médicos

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

## Responsabilidad máxima para gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<p>\$7,000 anualmente</p> <p>Lo máximo que usted paga por copagos y coseguro por los <b>beneficios médicos cubiertos por Medicare</b> durante el año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>	<p>\$6,000 anualmente</p> <p>Lo máximo que usted paga por copagos y coseguro por los <b>beneficios médicos cubiertos por Medicare</b> durante el año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>	<p>\$4,300 anualmente</p> <p>Lo máximo que usted paga por copagos y coseguro por los <b>beneficios médicos cubiertos por Medicare</b> durante el año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p>\$3,900 dentro y fuera de la zona de servicio combinado</p> <p>Lo máximo que usted paga por copagos y coseguro por los <b>beneficios médicos cubiertos por Medicare</b> durante el año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</p>		

## Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$385 de copago por día por los días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 7 al 90.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$375 de copago por día por los días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 7 al 90.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Usted paga \$275 de copago por día por los días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 7 al 90.</p>
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria para pacientes internados.</p> <p><b>En la red:</b> Usted paga \$250 de copago por día por los días 1 al 5. Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 al 90.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro por los días 1 a 90.</p>		

**Notas de beneficios:** 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 ambulatorios<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Hospital para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$300 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.	Usted paga \$300 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.	Usted paga \$275 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$200 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
<b>Procedimientos quirúrgicos de endoscopía y colonoscopia de diagnóstico</b>	Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$60 de copago por día de servicio.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$40 de copago por día de servicio. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
<b>Atención de heridas</b>	Usted paga un copago de \$80 por cada tratamiento de atención de heridas por fecha de servicio.	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.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga un copago de \$40 por cada tratamiento de atención de heridas por fecha de servicio. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Centro quirúrgico ambulatorio<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$300 de copago por día de servicio.	Usted paga \$275 de copago por día de servicio.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga \$200 de copago por día de servicio. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Visitas al doctor

<b>Atención primaria</b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$5 de copago por visita en persona.	Usted paga \$5 de copago por visita en persona.	Usted paga un copago de \$0 por visita en persona.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por visita en persona. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro por visita.			
<b>Especialistas<sup>1</sup></b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga un copago de \$45 por visita en persona.	Usted paga un copago de \$45 por visita en persona.	Usted paga un copago de \$25 por visita en persona.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por visita en persona. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro por visita.			
<b>Telesalud</b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga un copago de \$0. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga un copago de \$0.			

## Cuidados preventivos

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

## Atención de emergencia

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$110 de copago por visita.	Usted paga \$110 de copago por visita.	Usted paga \$110 de copago por visita.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<b>En la red:</b> Usted paga \$110 de copago por visita. <b>Fuera de la red:</b> Usted paga \$110 de copago por visita.		

**Notas de beneficios:** Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de emergencia. Vea la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes internados” en este folleto para ver otros costos.

## Servicios de urgencia

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

**Notas de beneficios:** Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por cuidados de urgencia. Vea la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes internados” en este folleto para ver otros costos.

## Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes<sup>1</sup>

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

## Servicios de audición

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Examen de audición cubierto por Medicare</b>	Usted paga un copago de \$45 por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.	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.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$20 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Servicios de audición adicionales</b> Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales para más detalles.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción B por una prima adicional de \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción B por una prima adicional de \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$40.00 al mes.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción B por una prima adicional de \$46.00 por mes.		

## Servicios dentales<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.	La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.	La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	La cobertura dental se limita a servicios cubiertos por Medicare según los beneficios hospitalarios Medicare Parte A y médicos Medicare Parte B.		
	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Servicios dentales adicionales</b> Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales para más detalles.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$40.00 al mes
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.		

## Servicios de visión<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista (incluido examen anual de glaucoma)</b>	Usted paga \$45 de copago por cada examen cubierto por Medicare.	Usted paga \$45 de copago por cada examen cubierto por Medicare.	Usted paga \$25 de copago por cada examen cubierto por Medicare.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$20 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
<b>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de catarata</b>	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
<b>Servicios de visión adicionales</b> Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales para más detalles.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.	Disponible en Beneficios Mejorados — Opción C por una prima adicional de \$40.00 al mes.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	Disponible en Beneficios Mejorados — Opciones A y B por una prima adicional de \$42.00 o \$46.00 por mes.  Los servicios y beneficios adicionales (no cubiertos por Medicare) no están cubiertos fuera de la red.		

## Servicios de Salud Mental<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Visita de paciente hospitalizado</b>	Usted paga \$385 de copago por día por los días 1 al 5.	Usted paga \$375 de copago por día por los días 1 al 5.	Usted paga \$275 de copago por día por los días 1 al 6.
	Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 al 90.	Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 al 90.	Usted paga \$0 de copago por día por los días 7 al 90.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$250 de copago por día por los días 1 al 5. Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 al 90. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro por día durante los días 1 a 90.		
	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Visita de terapia individual/grupal de paciente ambulatorio</b>	Usted paga el 10% de coseguro.	Usted paga \$35 de copago.	Usted paga \$15 de copago.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

**Notas de beneficios:** Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidados de salud mental de internación en un hospital psiquiátrico.

El límite de cuidados hospitalarios como paciente internado 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 especializado<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 al 20. Usted paga \$214 de copago por día por los días 21 al 100.	Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 al 20. Usted paga \$184 de copago por día por los días 21 al 100.	Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 al 20. Usted paga \$100 de copago por día por los días 21 al 100.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p><b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 al 20. Usted paga \$100 de copago por día por los días 21 al 100.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro por día por los días 1 a 100.</p>		

**Notas de beneficios:** Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.

## Terapia física<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga el 10% de coseguro por cada visita.	Usted paga \$25 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p><b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.</p>		

## Ambulancia<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$325 de copago por transporte terrestre. Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.	Usted paga \$325 de copago por transporte terrestre. Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.	Usted paga \$325 de copago por transporte terrestre. Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p><b>En la red:</b> Usted paga \$325 de copago por transporte terrestre. Usted paga 20% de coseguro por transporte aéreo.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga \$325 de copago por transporte terrestre. Usted paga el 30% de coseguro via air transportation.</p>		

**Notas de beneficios:** Usted debe recibir autorización del plan antes de utilizar servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

## Transporte<sup>1</sup>

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

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

## Medicamentos Parte B de Medicare<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$35 para la insulina de la Parte B. Usted paga un coseguro del 20% para todos los demás medicamentos de la Parte B, incluyendo la quimioterapia.	Usted paga \$35 para la insulina de la Parte B. Usted paga un coseguro del 20% para todos los demás medicamentos de la Parte B, incluyendo la quimioterapia.	Usted paga \$35 para la insulina de la Parte B. Usted paga un coseguro del 20% para todos los demás medicamentos de la Parte B, incluyendo la quimioterapia.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<p><b>En la red:</b> Usted paga \$35 para la insulina de la Parte B. Usted paga un coseguro del 20% para todos los demás medicamentos de la Parte B, incluyendo la quimioterapia.</p> <p><b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.</p>		

**Notas de beneficios:** Es posible que se apliquen reglas de autorización previa y terapia escalonada.

# Beneficios adicionales

## Servicios de rehabilitación<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Rehabilitación pulmonar	Usted paga el 10% de coseguro por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		
	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Visita de terapia del habla, ocupacional y cardíaca	Usted paga el 10% de coseguro por cada visita.	Usted paga \$25 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Cuidados de los pies (servicios de podología)

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones.	Usted paga \$45 de copago.	Usted paga \$45 de copago.	Usted paga \$25 de copago.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$20 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Equipo/suministros médicos<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.	Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.	Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga 20% del costo por cada suministro o equipo médico duradero. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Beneficio de acondicionamiento físico

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>One Pass™</b> Usted paga una tarifa de miembro anual de \$0 para el acceso al gimnasio, 1 kit de ejercicios para el hogar y una aplicación de entrenamiento mental en línea.	<b>One Pass™</b> Usted paga una tarifa de miembro anual de \$0 para el acceso al gimnasio, 1 kit de ejercicios para el hogar y una aplicación de entrenamiento mental en línea.	<b>One Pass™</b> Usted paga una tarifa de miembro anual de \$0 para el acceso al gimnasio, 1 kit de ejercicios para el hogar y una aplicación de entrenamiento mental en línea.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>One Pass™</b> Usted paga una tarifa de miembro anual de \$0 para el acceso al gimnasio, 1 kit de ejercicios para el hogar y una aplicación de entrenamiento mental en línea.		

## Acupuntura

<b>Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja</b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.	Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.	Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% del costo por visita hasta 12 visitas en 90 días, sin exceder 20 tratamientos al año.			
<b>Cuidados de acupuntura de rutina</b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$20 por visita (hasta 4 visitas por año).	Usted paga \$20 por visita (hasta 4 visitas por año).	Usted paga \$10 por visita (hasta 6 visitas por año).
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago por visita (hasta 12 visitas cada año). <b>Fuera de la red*:</b> La acupuntura de rutina no está cubierta fuera de la red.			

## Servicios quiroprácticos

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)	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$15 de copago por visita.	Usted paga \$10 de copago por visita.	Usted paga \$10 de copago por visita.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>			
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.			
Visita quiropráctica de rutina	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga un copago de \$20 por visita (hasta 4 visitas al año)	Usted paga un copago de \$20 por visita (hasta 4 visitas al año)	Usted paga \$10 por visita (hasta 6 visitas por año).
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>			
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago (hasta 12 visitas cada año). <b>Fuera de la red*:</b> Los cuidados quiroprácticos de rutina no están cubiertos fuera de la red.			

**Notas de beneficios:** 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 de rutina están limitados a los siguientes códigos: 98940, 98941, o 98942.

## Suministros y servicios para la diabetes<sup>1</sup>

Suministros para el monitoreo de la diabetes, capacitación en autocontrol, calzado terapéutico y plantillas para calzado terapéutico	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>			
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.			

**Notas de beneficios:** Los suministros para el control de la diabetes que se obtienen a través de nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D están limitados a Abbott Diabetes Care, el fabricante de los productos de marca FreeStyle y Precision.

## Cuidados de salud en el hogar<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

**Notas de beneficios:** Nuestro plan cubre los costos de servicios de salud en casa que cubre Medicare.

## Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Visita de terapia grupal/individual	Usted paga el 20% de coseguro.	Usted paga \$35 de copago.	Usted paga \$15 de copago.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga \$0 de copago. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Dispositivos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)<sup>1</sup>

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Dispositivos protésicos y suministros médicos afines	Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.
	<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
	<b>En la red:</b> Usted paga el 20% de coseguro. <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga el 30% de coseguro.		

## Diálisis renal<sup>1</sup>

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.	Usted paga 20% del costo.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<p><b>En la red:</b> Usted paga 20% del costo.  <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga 20% del costo.</p>		

## Cuidados paliativos (Hospice)

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
Usted paga un copago de \$0 por cuidados paliativos brindados por un hospicio certificado por Medicare. Usted podría tener que pagar parte del costo de medicamentos y cuidados paliativos.	Usted paga un copago de \$0 por cuidados paliativos brindados por un hospicio certificado por Medicare. Usted podría tener que pagar parte del costo de medicamentos y cuidados paliativos.	Usted paga un copago de \$0 por cuidados paliativos brindados por un hospicio certificado por Medicare. Usted podría tener que pagar parte del costo de medicamentos y cuidados paliativos.
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
Usted paga un copago de \$0 por cuidados paliativos brindados por un hospicio certificado por Medicare. Usted podría tener que pagar parte del costo de medicamentos y cuidados paliativos.		

## Artículos de venta libre (OTC)

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
No disponible.	No disponible.	<p>Usted paga \$0 de copago por artículos de salud de venta libre sin receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y gripe, suministros de primeros auxilios y suplementos nutricionales cuando se ordenan a través del catálogo de medicamentos de venta libre de 2025.</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>
<b>ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)</b>		
<p>Usted paga \$0 de copago por artículos de salud de venta libre sin receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y gripe, suministros de primeros auxilios y suplementos nutricionales cuando se ordenan a través del catálogo de medicamentos de venta libre de 2025.</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>		

## Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI)

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

### Notas de beneficios:

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 congestiva
- Diabetes
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Derrame cerebral
- 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.

Los beneficios mencionados son parte de un programa especial suplementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos.

*Se aplican reglas de autorización previa.*

### Los miembros pueden calificar para los siguientes beneficios:

- Comidas para mejorar la salud en general
- Alimentos y productos agrícolas para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales
- Servicios de transporte
- Apoyos generales para la vida\*

*\* El beneficio máximo es de \$2,000 anuales*

## Beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)			ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)		
<b>Cobertura inicial</b> Usted paga el costo total de los medicamentos en todos los niveles hasta que se alcance el deducible anual de \$200.			<b>Cobertura inicial</b> Sin deducible.		
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN TIENDA MINORISTA			COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN TIENDA MINORISTA		
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	\$18 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$9 de copago	\$18 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago	\$36 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago	\$36 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$47 de copago	\$94 de copago	Nivel 3 (Marca preferente)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$100 de copago	\$200 de copago	Nivel 4 (Marca no preferente)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	30% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$22 de copago	Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$22 de copago
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN PEDIDOS POR CORREO			COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN PEDIDOS POR CORREO		
Nivel	Suministro para 3 meses		Nivel	Suministro para 3 meses	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$18 de copago		Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$18 de copago	
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$36 de copago		Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$36 de copago	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$94 de copago		Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$94 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$200 de copago		Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$200 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	

El costo compartido 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 costos compartidos específicos de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

## Beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)			ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<b>Cobertura inicial</b> Sin deducible.			<b>Cobertura inicial</b> Sin deducible.		
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN TIENDA MINORISTA			COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN TIENDA MINORISTA		
Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses	Nivel	Suministro para 1 mes	Suministro para 3 meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$4 de copago	\$8 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$8 de copago	\$16 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 (Marca preferente)	\$45 de copago	\$90 de copago	Nivel 3 (Marca preferente)	\$42 de copago	\$84 de copago
Nivel 4 (Marca no preferente)	\$95 de copago	\$190 de copago	Nivel 4 (Marca no preferente)	\$90 de copago	\$180 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$22 de copago	Nivel 6 (insulinas selectas)	\$11 de copago	\$22 de copago
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN PEDIDOS POR CORREO			COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR EN PEDIDOS POR CORREO		
Nivel	Suministro para 3 meses		Nivel	Suministro para 3 meses	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$8 de copago		Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferentes)	\$0	
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$16 de copago		Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$90 de copago		Nivel 3 (Medicamentos de marca preferentes)	\$84 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$190 de copago		Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferentes)	\$180 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	

El costo compartido 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 costos compartidos específicos de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

## **Beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios**

### **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.

# Beneficios complementarios opcionales

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

## Beneficios Mejorados — Opción A para los planes PROTECT, VALUE y PLUS

\$42.00 en prima adicional por mes si elige inscribirse en esta cobertura opcional.

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 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 la vista es a través de VSP™ Vision Care e incluye:

- Examen de los ojos de rutina anual: \$10 de copago
- Anteojos: copago de \$25
- Prestación de \$150 para marcos o lentes de contacto

## Beneficios Mejorados — Opción B para los planes PROTECT, VALUE y PLUS

\$46.00 en prima adicional por mes si elige inscribirse en esta cobertura opcional.

Este beneficio complementario opcional incluye dental, visión, audición, transporte adicional y entrega de comidas a domicilio después del alta del hospital:

La cobertura dental es a través de Delta Dental™ de la Red de Medicare Advantage para el Aspire Health 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 la vista es a través de VSP™ Vision Care e incluye:

- Examen de los ojos de rutina anual: \$10 de copago
- Anteojos: copago de \$25
- Prestación de \$150 para marcos o lentes de contacto

Cobertura de audición es a través de TruHearing™ e incluye:

- Examen anual de audición de rutina: \$20 de copago
- Aparatos auditivos: copago de \$599 o \$899, un aparato auditivo por oído, por año

El transporte incluye:

- 10 viajes sencillos adicionales a citas dentro de 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 o inmediatamente después de tener una cirugía
- Comidas para ciertas afecciones crónicas durante un período temporal

## **Beneficios Mejorados — Opción C para el plan ADVANTAGE**

\$40.00 de prima adicional por mes si elige inscribirse en esta cobertura opcional.

Este beneficio complementario opcional incluye dental, visión, audición, transporte adicional y entrega de comidas a domicilio después del alta del hospital:

La cobertura dental es a través de Delta Dental™ de la Red de Medicare Advantage para el Aspire Health en el Condado de Monterey, CA e incluye:

- Coseguro integral: 20%–50%
- El plan paga hasta \$1,000 cada año

La cobertura de la vista es a través de VSP™ Vision Care e incluye:

- Examen de los ojos de rutina anual: \$10 de copago
- Anteojos: copago de \$25
- Prestación de \$150 para marcos o lentes de contacto

Cobertura de audición es a través de TruHearing™ e incluye:

- Examen anual de audición de rutina: \$20 de copago
- Aparatos auditivos: copago de \$599 o \$899, un aparato auditivo por oído, por año

El transporte incluye:

- 10 viajes sencillos adicionales a citas dentro de 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 o inmediatamente después de tener una cirugía
- 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 vigor 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 para antes de inscribirse

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que usted entienda bien nuestros beneficios y reglas. Visite [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org) o llame al (888) 864-4611 (TTY 711) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura (EOC).

## Entienda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial para aquellos servicios para los que visita al doctor de manera rutinaria. Visite [www.aspirehealthplan.org](http://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 ve ahora 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.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

## 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.
- Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- 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 en 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 la atención médica.

H8764\_MKT\_PreChecklist\_0824\_C

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. 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](http://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 , 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 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.







**Su Medicare Advantage.**  
Planes todo-en-uno. Servicio excepcional. Excelente valor.

PRESENTADO POR



**MONTAGE**  
Health



**Salinas Valley**  
**HEALTH**

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