



## 2025 Guía Todo-En-Uno de Medicare Advantage

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



PRESENTADO POR



MONTAGE  
Health



Salinas Valley  
HEALTH

H8764\_MKT\_Kit cover\_0824\_C

# Inspirándole para vivir una vida sana

# Estimado(a) vecino(a),

Bienvenido a Aspire Health, su plan de salud local de confianza. Estamos aquí cuando nos necesite. Nuestros planes de Medicare Advantage y de medicamentos con receta fueron creados por los principales médicos y hospitales del condado de Monterey, los cuales se unieron para ofrecer mejores opciones de atención médica a personas que son elegibles para Medicare. Cada plan está diseñado para mantenerlo sano. Servimos a miles de miembros del condado de Monterey y estamos agradecidos por la confianza y el apoyo de la comunidad.

## **Aspire es una organización sin fines de lucro, por lo tanto, no está motivado por las ganancias**

Nos enfocamos en mejorar vidas y en inspirar a cada individuo a que viva su mejor vida. Consideramos a usted como nuestro vecino, no como un número. Nuestros planes todo-en-uno le brindan atención personalizada que le ayuda a obtener el cuidado que necesita, todo con una sola tarjeta. Además, obtiene más beneficios que los que ofrece con el plan Original de Medicare.

## **Precios justos sin importar su edad o estado de salud**

Todos nuestros miembros pagan la misma prima mensual para el plan que elijan. Las condiciones preexistentes o la edad no afectarán lo que le cuesta, algo que la mayoría de los planes suplementarios de Medicare no pueden ofrecer.

## **También puede escoger entre 4 opciones**

- **Aspire Health Protect, Aspire Health Value, y Aspire Health Advantage** son tres planes integrales de HMO que abarcan nuestra amplia red de proveedores, además de atención de urgencia o emergencia a nivel nacional y muchos beneficios adicionales al Medicare Original
- **Aspire Health Plus** es nuestro plan HMO-POS que le permite recibir atención de rutina dentro o fuera del Condado de Monterey, incluyendo atención de urgencia o emergencia en todo el país y muchos beneficios adicionales más allá del Medicare Original

## **Todo lo que necesita para empezar está aquí**

Aquí encontrará información básica de Medicare, información del plan, más detalles sobre nuestra organización y el formulario de inscripción. Gracias por considerar a Aspire Health Plan. Agradecemos la oportunidad de ser su compañero en su salud.



Atentamente,

Tyler W. Munson  
Director Ejecutivo, Aspire Health





# Tabla de contenidos

<b>Bienvenido a Aspire</b>	<b>2</b>
Acerca de Medicare	4
Preguntas frecuentes	5
<b>Resumen de beneficios</b>	<b>7</b>
Aspire Health Protect (HMO)	
Aspire Health Value (HMO)	
Aspire Health Advantage (HMO)	
Aspire Health Plus (HMO-POS)	
Lista de verificación para antes de inscribirse	30
<b>Instrucciones y formularios de inscripción</b>	<b>31</b>
Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas	45
Calificación del plan en base a estrellas	47
<b>Siguientes pasos</b>	<b>48</b>
Números telefónicos importantes	49



**Si tiene preguntas o desea hablar con un asesor de planes de salud, por favor llámenos sin costo para usted al número (888) 864-4611 (TTY: 711).**

# Bienvenidos a Aspire Health

## Confiable, local, sin fines de lucro

Usted espera que su plan de salud Medicare haga más que solo ofrecerle atención médica. En Aspire, creemos que su plan de salud debería mejorar su vida, no ser un obstáculo. Trabajamos con médicos locales, hospitales locales y otros proveedores líderes para brindarle una experiencia de Medicare verdaderamente personal.

## Los principales sistemas de salud y grupos de médicos de Monterey se unieron para crear Aspire Health.

Nuestra meta fue crear una cobertura Medicare que respalde su bienestar con el tipo de atenciones y experiencia que usted valora y confía. Como resultado, colaboramos estrechamente con las siguientes organizaciones:

- Montage Health
- Salinas Valley Health
- Monterey Bay Independent Physician Association

Esto significa que nuestra vasta red de proveedores incluye a más de 700 proveedores locales respetados. **(Lo más probable es que su médico sea parte de nuestra red.)**

Además, conocemos las farmacias, los centros de bienestar, los programas de gestión de enfermedades y los profesionales médicos que administran su atención médica.



PRESENTADO POR





## Manteniéndolo simple

- Económico
- Sencillo de entender
- Excelente atención y servicio
- Beneficios que satisfacen sus necesidades de salud integral
- Asesores de salud, administradores de atención y trabajadores sociales



### Abogamos por su buena salud

Como miembro de Aspire, usted tendrá un defensor que coordinará su atención médica, desde el papeleo hasta la prevención y los procedimientos. Contará con todo un equipo que relacione todos los aspectos de manera que usted no tenga que hacerlo. Este es el tipo de atención personalizada que ofrece mayor tranquilidad cuando la necesita.



### Cobertura y atención de la misma familia

Usted sabe lo complicado que puede ser... puede ser Medicare Original. Por ello, lo hicimos lo más sencillo y conveniente posible. Hemos diseñado planes que satisfacen las necesidades de nuestra comunidad local.

- Beneficios que van **más allá** del Medicare Original
- Cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos con receta, todo con solo **una tarjeta** y con primas tan bajas como \$0 al mes. No se requiere tarjetas por separado o facturación; sin problemas
- Cobertura para cuidados de urgencia y de emergencia en **todo el país**
- **Beneficios valiosos adicionales** como acondicionamiento físico, transporte, artículos de venta libre, acupuntura y quiropráctica
- Creado por médicos y hospitales **locales** en el condado de Monterey







### Un plan de salud Medicare asequible con el que puede sentirse bien

La calidad de atención médica no debe depender del tamaño de su cuenta bancaria. Todos los miembros de Aspire pagan la misma prima mensual para el plan que elijan, sin importar su edad o estado de salud.

# Las partes de Medicare

Comprender los detalles básicos de Medicare aumentará su confianza y le ayudará a tomar una decisión informada.

PARTE A	PARTE B	PARTE C	PARTE D
<b>Seguro de hospital</b>	<b>Seguro médico</b>	<b>Medicare Advantage</b>	<b>Cobertura de medicamentos con receta de Medicare</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pacientes internados en un hospital</li> <li>■ Cuidados de salud en el hogar</li> <li>■ Atención de hospicio</li> <li>■ Centro de Enfermería Especializada (SNF)</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Seguro médico</li> <li>■ Consultas médicas</li> <li>■ Atención médica preventiva</li> <li>■ Atención médica ambulatoria</li> <li>■ Servicios clínicos de laboratorio</li> <li>■ Equipo Médico Duradero (DME)</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Parte A</li> <li>■ Parte B</li> <li>■ A menudo la Parte D</li> <li>■ Beneficios que no son comúnmente ofrecidos por el Plan Medicare Original</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se añade a Medicare Original</li> <li>■ A menudo incluida en planes Parte C</li> <li>■ Debe tener derecho a la Parte A y/o estar inscrito en la Parte B</li> </ul> 

## GLOSARIO DE TÉRMINOS DE MEDICARE

**Medicare Original:** Deberá tener derecho a la Parte A y estar inscrito en la Parte B. Medicare proporciona cobertura para el hospital y la atención médica bajo reglas especificadas. Puede elegir cualquier médico u hospital que acepte Medicare, sin una derivación. También puede optar por añadir la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

**Medicare Parte A:** La Parte A de Medicare cubre la atención médica hospitalaria necesaria como paciente internado. También ayuda a cubrir los cuidados de salud en el hogar, centros de enfermería especializada y atención de hospicio. La mayoría de las personas tienen derecho a la Parte A a través de los impuestos que pagaron mientras trabajaban y no tienen que pagar una prima. Usted es responsable de cualquier coseguro y deducible para los servicios de la Parte A.

**Medicare Parte B:** Esta es la parte de Medicare que cubre visitas médicas y atención ambulatoria. Ayuda a pagar algunos servicios preventivos de salud que ayudan a mantener su salud y a manejar ciertas enfermedades crónicas. Usted tiene que inscribirse y pagar una prima mensual por los servicios de la Parte B. Al igual que la Parte A, usted es responsable de cualquier coseguro y deducible para los servicios de la Parte B.

**Juntas, las partes A y B constituyen el plan Original o tradicional de Medicare y cubren gran parte de lo que pudiera necesitar.**

**Plan Medicare Advantage:** Conocido como cobertura de la “Parte C,” esta opción combina su cobertura de la Parte A y la Parte B y se administra a través de compañías de seguros privados, como Aspire Health Plan. Los beneficios ofrecidos en estos planes varían ampliamente, pero generalmente incluyen beneficios que no se ofrecen en Medicare Original. En la mayoría de los casos, la cobertura de la Parte D está incluida o se puede agregar al plan. El coseguro y los copagos pueden ser más bajos en un Plan Medicare Advantage que en Medicare Original.

**Plan suplementario de Medicare:** A menudo llamado “Medigap,” este plan ayuda a pagar algunos de los costos de atención médica que Medicare Original no cubre. Las compañías privadas que son aprobadas por el gobierno ofrecen y administran estos programas. Existen primas mensuales así como restricciones asociadas con estos planes.

**Plan Medicare Parte D:** Si está inscrito en Medicare Original o en un plan suplementario, puede obtener beneficios de medicamentos con receta a través de un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare (PDP por sus siglas en inglés) independiente, el cual funciona conjuntamente con la cobertura de la Parte A y/o la Parte B de Medicare. O, si tiene la Parte C de Medicare, puede obtener cobertura de medicamentos con receta a través de un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MAPD por sus siglas en inglés) que cubre sus beneficios de Parte A, Parte B y Parte D.



## ¿Qué incluye Medicare?

El plan original o tradicional de Medicare incluye la Parte A y Parte B.

**La Parte A de Medicare** es un seguro de hospital y ayuda a cubrir:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
- Atención de hospicio
- Servicios de salud en el hogar

**La Parte B de Medicare** es un seguro médico y ayuda a cubrir:

- Servicios de médicos y de otros proveedores de atención médica
- Atención médica ambulatoria
- Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)
- Servicios preventivos

## ¿Cómo funciona Medicare?

Los beneficiarios de Medicare Original por lo general no pagan una prima mensual por la Parte A de Medicare (seguro de hospital) si ellos o su cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban. Sin embargo, aquellos que no califican para la Parte A sin costo aún pueden comprar la Parte A.

La Parte B (seguro médico) requiere que los beneficiarios de Medicare paguen una prima mensual. Esta cantidad puede variar, dependiendo del nivel de ingresos, y a menudo se deduce de su cheque del Seguro Social.

Puede comunicarse con la oficina del Seguro Social para obtener más información sobre las primas de la Parte A y Parte B. Además, hay deducibles y copagos para las Partes A y B de Medicare.

## ¿Y qué hay sobre los medicamentos con receta?

Para contar con cobertura de medicamentos con receta médica, puede inscribirse en un Plan de Medicamentos con Receta Médica (PDP) independiente o un plan Medicare Advantage Parte C (MAPD) como Aspire Health Plan que incluya la Parte D.

En un plan independiente, los participantes pagan una prima mensual por la cobertura de la Parte D. Pero con Aspire Health Plan, su cobertura de medicamentos con receta médica está incluida en una prima combinada: es todo-en-uno.

## ¿Por qué elegir un Plan Medicare Advantage en lugar de Medicare Original?

Una tercera parte de los beneficiarios de Medicare están en un plan de Medicare Advantage. Los planes de Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Medicare Original y más. Muchos planes de Medicare Advantage, incluyendo los planes de Aspire Health Plan, cubren medicamentos con receta de la Parte D, transporte a las citas, acupuntura y quiropráctica. Más aún, nuestros planes no tienen un deducible anual médico u hospitalario, por lo que está cubierto desde el principio. Nuestros copagos y coseguro bajos hacen que sus costos de atención médica sean predecibles y a menudo le ahorrarán cantidades substanciales de dinero en comparación con Medicare Original.

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco**





**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)
Hospital para pacientes ambulatorios	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.		
Procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia de diagnóstico	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 \$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.			
Atención de heridas	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	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>		
<p><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.</p>		

### Visitas al doctor

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Atención primaria</b>	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>		
	<p><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.</p>		
<b>Especialistas<sup>1</sup></b>	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>		
	<p><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.</p>		
<b>Telesalud</b>	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>		
	<p><b>En la red:</b> Usted paga un copago de \$0.  <b>Fuera de la red*:</b> Usted paga un copago de \$0.</p>		

## 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.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<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.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	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 incluye servicios cubiertos por Medicare y servicios preventivos a través de nuestra red Delta Dental en el condado de Monterey.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)			
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
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	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>**

	<b>ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)</b>	<b>ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)</b>	<b>ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)</b>
<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.		
<b>Visita de terapia individual/grupal de paciente ambulatorio</b>	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	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>			
Rehabilitación pulmonar	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	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.
	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.		
Visita de terapia del habla, ocupacional y cardíaca	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)		
	<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)			
Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con diabetes y/o cumple ciertas condiciones.	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
	Usted paga \$45 de copago.	Usted paga \$45 de copago.	Usted paga \$25 de copago.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<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.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<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.
ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<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

	ASPIRE HEALTH PROTECT (HMO)	ASPIRE HEALTH VALUE (HMO)	ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO)
<b>Visita cubierta por Medicare para dolor crónico de la espalda baja</b>	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.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<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).
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
<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.
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 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.
	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.		

## 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.
	ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)		
	<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>			<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.			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





# Formulario de solicitud de inscripción individual

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage

### Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (seguro de hospital)
- Medicare Parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo puedo usar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todas las preguntas de la Sección 1. Las preguntas de la Sección 2 son opcionales — no se le puede negar la cobertura por no responderlas.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima ser un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, así como completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

**No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como son reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que obtengamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga que representa la recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "Sigüientes pasos" en esta página para enviar su formulario completado al plan.**

H8764\_ENR\_IndEnrForm\_0824\_C

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación para Ferrovianos).

## Sigüientes pasos

Envíe su formulario completado y firmado a:  
Aspire Health Plan  
PO Box 5490  
Salem, OR 97304

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611 (TTY:711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar su dirección de residencia permanente uno de los siguientes: un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, sus cheques del seguro social).

Esta página se dejó intencionalmente en blanco



## 2025 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual al Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (MA-PD por sus siglas en inglés)

Contacte a Aspire Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (letras grandes).

**Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (MAPD) solamente durante el Período de Elección Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.**

Hay excepciones llamadas Períodos de Elección Especiales (SEP) que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica para usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, indica que, según su mejor saber, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo a Medicare.
- He tenido Medicare antes y ahora estoy cumpliendo 65 años.
- Estoy en el período de elección anual (15 de octubre al 7 de diciembre cada año).
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente obtuve legalización de mi presencia en Estados Unidos. Obtuve este estatus el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve por primera vez Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi "Extra Help" (Ayuda Extra) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve por primera vez Extra Help, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Extra Help, o perdí Extra Help) el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Me estoy mudando o a, vivo en, o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos). Me mudé/me voy a mudar a/saldré del centro el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Soy nuevo a Medicare y fui notificado por la Parte A y/o la Parte B acerca de obtener Medicare después de que comenzó la cobertura
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción con ese plan empezó el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Estaba inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido el estatus de necesidad especial requerido para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted, o no está seguro, llame a Aspire Health Plan al número gratuito (855) 570-1600 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre; y de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto ciertos días festivos).

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

**Sección 1 — todos los campos en esta página son obligatorios (excepto aquellos indicados como opcionales)**

Por favor marque el plan al cual quiere inscribirse:

- Aspire Health Protect (HMO) (\$0)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$42.00 + \$0 = \$42.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$0 = \$46.00/mes
- Aspire Health Value (HMO) (\$27.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$42.00 + \$27.00= \$69.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$27.00 = \$73.00/mes
- Aspire Health Advantage (HMO) (\$146.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción C = \$40.00 + \$146.00 = \$186.00/mes
- Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$336.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$42.00 + \$336.00 = \$378.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$336.00 = \$382.00/mes

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Inicial del segundo nombre (opcional):	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>(MM / DD / AAAA)</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono principal ( ) - ____ - ____		Teléfono alternativo (opcional): ( ) - ____ - ____	

Dirección de Residencia Permanente (para personas sin hogar, se puede usar un apartado postal como su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Contacto de emergencia (opcional) :	Teléfono: ( ) - ____ - ____	Relación con usted:
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------

Correo electrónico (opcional):

Doy mi consentimiento para que Aspire Health, incluidos sus socios comerciales, utilicen mi número de teléfono celular para llamar y/o enviar mensajes de texto sobre la atención y las actividades de coordinación de la atención (opcional).  Sí  No      Numero de celular: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Su información de Medicare**

Nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare: \_\_\_\_\_

Número de Medicare:     -    -

(Opcional) Fecha de entrada en vigor: Hospital (Parte A): \_\_\_\_\_ Médico (Parte B): \_\_\_\_\_

**FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN**

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

**Responda estas preguntas importantes**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Aspire Health Plan?

Sí  No

Nombre de la otra cobertura:	ID #:	Grupo #:
------------------------------	-------	----------

**Sección 1 (continuación) — todos los campos de esta página son obligatorios (excepto aquellos indicados como opcionales)**

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo conservar tanto la Parte A de hospital como la Parte B médica para permanecer en Aspire Health Plan
- Reconozco que al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, Aspire Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA)
- Entiendo que una vez que comience mi cobertura de Aspire Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta por parte de Aspire Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Aspire Health Plan e incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Aspire Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Aspire Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa en este formulario, de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se ha descrito anteriormente), esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada en virtud de la ley del estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Su firma:	Fecha de hoy: _____ (MM / DD / AAAA)
-----------	---

**Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:**

Nombre y dirección:	Teléfono: (____) - ____ - ____	Relación con la persona inscrita:
---------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco**



## Sección 2 — todos los campos en esta página son opcionales

Usted puede elegir responder o no responder a estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlos.

**¿Es usted de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todo lo que aplica:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino/a o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano/a, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño                           | <input type="checkbox"/> Sí, cubano                                 |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino/a o español  | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>                  |

**¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que aplica:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena de América o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano     |
| Asiático:   | Nativo hawaiano o isleño del Pacífico:             |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                         | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro        |
| <input type="checkbox"/> Chino                                  | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano           |
| <input type="checkbox"/> Filipino                               | <input type="checkbox"/> Samoano                   |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico  |
| <input type="checkbox"/> Coreano                                | <input type="checkbox"/> Blanco                    |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                             | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b> |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                          |  |

**¿Cuál es su sexo? Seleccione uno.**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Yo uso término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |
| <input type="checkbox"/> No binario |  |

**¿Cuál de los siguientes representa mejor cómo piensa de sí mismo? Seleccione uno.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                             | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé                           |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                   | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |

**Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible.**

- Letra grande  Braille  CD de audio  CD de datos

Contáctese con Aspire Health Plan llamando gratuitamente al (855) 570-1600 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de lo que está listado arriba. Nuestros horarios son: 8 a.m. – 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. – 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto ciertos días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**¿Usted trabaja?**  Sí  No

**¿Trabaja su cónyuge?**  Sí  No

**Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP) de nuestra lista de médicos de la red, la cual puede obtener de su agente o en nuestro sitio web en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org).**

Nombre del médico (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ ¿Es usted actualmente es paciente de este proveedor?  Sí  No

**¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (opcional)**  Sí  No

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**¿Puede participar en una cita por video con un médico? (opcional)**  Sí  No

Necesitará un dirección de correo electrónico, una laptop, un teléfono inteligente o una tableta y una conexión a Internet.

**¿Preguntas? Llame al (888) 864-4611 (TTY: 711) 39**

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

**Sección 2 (continuación) — todos los campos en esta página son opcionales**

**Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.**

Aviso anual de cambio  Evidencia de cobertura  Directorio de proveedores  Formulario

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Pago de la prima de su plan**

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pudiera deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito/débito cada mes. **También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a Aspire Health Plan por la Parte D-IRMAA.**

**Seleccione una opción de pago de la prima:**

Obtener una factura mensual

Tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica de fondos. Para configurar sus pagos con tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica de fondos (EFT), llame al número gratuito de Aspire Health Plan (833) 367-4259 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.aspirehealthplan.org/payments](http://www.aspirehealthplan.org/payments)

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Esta opción de pago sólo está disponible si la prima total mensual del plan es de \$300 o menos. Yo recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB pueda iniciar hasta dos o más meses después de que el Seguro Social o RRB aprueben la deducción. Usted recibirá una factura en papel y será responsable por pagar su prima mensual hasta que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.)

**Solo para aquellos individuos que están ayudando a la persona que inscribe a completar este formulario**

Complete esta sección si es un individuo (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que está ayudando a la persona que se inscribe a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la persona que se inscribe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Núm. de Productor Nacional: \_\_\_\_\_  
(Sólo agentes/corredores)

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM / DD / AAAA)

ID de agente: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción del agente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco**

### **DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS podrá utilizar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.

H8764\_ENR\_IndEnrForm\_0824\_C

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco**



## Formulario de confirmación de temas para la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes de ventas documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar la comprensión de lo que se tratará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**Ponga abajo sus iniciales junto al tipo de producto(s) que desea que el agente le platique.**

### Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (Parte C y D)

Organización de mantenimiento de la salud de Medicare (HMO por sus siglas en inglés) — un plan de Medicare Advantage que proporciona cobertura de salud de la Parte A y la Parte B del Medicare Original y cubre a veces cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solamente puede obtener sus cuidados de salud por parte de los médicos u hospitales en la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de Punto de Servicio de Medicare (HMO-POS) — Un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores características de un HMO con un beneficio de fuera de la red. Al igual que en un HMO, los miembros están obligados a designar a un médico dentro de la red para que sea el proveedor de atención primaria de salud. Se puede usar doctores, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

### Dental / Visión / Productos para la audición

Aspire Health Plan ofrece cobertura opcional para los consumidores que buscan beneficios dentales, de visión y para la audición mejorados. Esta cobertura adicional no está afiliada ni endosada por Medicare.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que indicó arriba con sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es empleada de un plan de Medicare o tiene contrato con este. Dicha persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Este individuo también puede que sea pagado en base a su inscripción en un plan.

No hay obligación de inscribirse, el estado de inscripción actual o futura de Medicare no se verá afectado y no se producirá la inscripción automática.

**Firma del beneficiario o de su representante autorizado y fecha de la firma:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

H8764\_MKT\_Scope of Appt\_0723\_C



**Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y escriba con letra de molde a continuación:**

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva este formulario a:**

Aspire Health Plan  
PO Box 5490  
Salem, OR 97304

**A ser completado por el agente:**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario (opcional):

Dirección del beneficiario (opcional):  
\_\_\_\_\_

Método de contacto inicial:  
(Indique aquí si el beneficiario no tenía cita previa)  
\_\_\_\_\_

Firma del agente:  
\_\_\_\_\_

Plan(es) representado(s) por el agente durante esta cita:  
\_\_\_\_\_

Fecha en que se llevó a cabo la cita:  
\_\_\_\_\_

[Para uso del plan únicamente:]  
\_\_\_\_\_

*\* La documentación de los temas para la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS \**

Agente: si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué el Formulario de temas para la cita no fue documentado antes de la reunión:



## INFORMACION IMPORTANTE:

# Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno del los Estados Unidos



Aspire Health Plan — H8764

**En el 2024, Aspire Health — H8764 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:**

**Calificación general por estrellas:** ★★★★★

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★



Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

## Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas indica que tan bien funciona el plan.**

★★★★★	EXCELENTE
★★★★☆	SUPERIOR AL PROMEDIO
★★★☆☆	PROMEDIO
★★☆☆☆	DEBAJO DEL PROMEDIO
★☆☆☆☆	DEFICIENTE

## Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

## ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Aspire Health 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 888-839-3991 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico. Miembros actuales favor de llamar 855-570-1600 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

H8764\_MKT\_2024StarRatings\_0724\_M



# ¿Qué viene después?

## □ CARTA QUE VERIFICA SU INSCRIPCIÓN

Esta carta es requerida por Medicare para asegurar que usted entiende su nuevo plan y confirmar que usted quiere inscribirse en Aspire Health. La carta también incluirá su número de identificación de miembro, el cual puede utilizar para hacer citas hasta que reciba su tarjeta de membresía de Aspire.

- Si está inscrito actualmente en un **plan suplementario de Medicare, usted DEBE llamar y cancelar** su póliza antes de la fecha de vigencia de su Aspire Health Plan.

Fecha de cancelación del plan suplementario: \_\_\_\_\_

## □ PAQUETE DE BIENVENIDA

Este paquete está lleno de información útil, incluyendo la encuesta de evaluación de riesgos de la salud  
• Folleto de Beneficios Mejorados • Programa de Premios Aspire


## □ PORTAL DE MIEMBROS DE ASPIRE

Regístrese en el portal de miembros en **www.aspirehealthplan.org** para acceder a los premios para miembros, uso de farmacia, gasto mensual en atención médica y más.

## □ SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE ASPIRE

Su tarjeta de membresía llegará por correo en unas cuantas semanas después de haberse inscrito en Aspire Health Plan. Hasta entonces, puede referirse a la información en la tarjeta que se encuentra abajo. Una vez que reciba su tarjeta física por correo, colóquela en su billetera.

Ahora también puede guardar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro.



**TARJETA TEMPORAL DE INFORMACIÓN**

Médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Número telefónico de su PCP: \_\_\_\_\_

Número telefónico de Servicios a Miembros: (855) 570-1600

# 2025 Números telefónicos importantes

Hacemos que le sea fácil recibir respuesta a sus preguntas. Sencillamente, hable a nuestro departamento de Servicios para Miembros para sus preguntas sobre los beneficios de su plan, o llame a nuestro departamento de servicios de farmacia las 24 horas al día, 7 días de la semana para preguntas sobre su cobertura de medicamentos con receta médica. Mantenga esta lista a la mano, para que siempre sepa a quién llamar.

## Departamento de Servicios para Miembros

**Línea gratuita: (855) 570-1600** (usuarios de TTY llamar al 711)

1 de octubre–31 de marzo — siete días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m., excepto en ciertos días festivos

1 de abril–30 de septiembre — de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m.

## Cobertura de medicamentos con receta

Para preguntas de farmacia, MedImpact Healthcare Systems

**Línea gratuita: (888) 495-3160** (usuarios de TTY llamar al 711)

24 horas al día, 7 días de la semana

## Beneficio de acondicionamiento físico One Pass™

**(877) 504-6830** (TTY: 711)

## Artículos de venta libre

Para miembros de los planes Advantage y Plus

**(855) 657-7546** (usuarios de TTY llamar al 711)

## Beneficios Mejorados — Opción A

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

- Delta Dental™ — **(800) 626-3023**
- VSP™ Vision Care — **(855) 492-9028**

## Beneficios Mejorados — Opción B y Opción C (solo el plan Advantage)

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

- Delta Dental™ — **(800) 626-3023**
- VSP™ Vision Care — **(855) 492-9028**
- TruHearing™ — **(844) 208-2631**
- Comidas después una estancia en el hospital o un centro de enfermería especializada — **(855) 570-1600** (usuarios de TTY llamar al 711)
- Transporte a proveedores de la red — **(855) 570-1600** (usuarios de TTY llamar al 711)

## Línea telefónica para reportar fraudes, desperdicios y abuso

Línea gratuita: **(800) 810-0176**

24 horas al día, 7 días de la semana. Todas las comunicaciones son confidenciales y anónimas.

# 2025 Guía Todo-En-Uno de Medicare Advantage

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. Medicare evalúa los planes cada año en base a un sistema de clasificación de 5 estrellas. 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. Los beneficios mencionados son parte de un programa especial suplementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos. Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse al Aspire Health Plan a través del centro de inscripciones en línea de CMS Medicare en: <http://www.medicare.gov>.

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.)



PRESENTADO POR



10 Ragsdale Drive, Suite 101  
Monterey, CA 93940  
(888) 864-4611 (TTY: 711)