

2024



RESUMEN DE

BENEFICIOS

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

ASTIVA HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 001

Via de Servicio:

- **LOS ANGELES**
- **ORANGE**
- **RIVERSIDE**
- **SAN BERNARDINO**
- **SAN DIEGO**



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN 2024

Astiva Health Savings Plan (HMO) 001 es un plan HMO con contrato de Medicare.

La inscripción en Astiva Health depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "evidencia de cobertura" llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en este documento o en línea en www.astivahealth.com.

Para inscribirse en Astiva Health Savings Plan (HMO) 001, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores fuera de nuestra red, es posible que sea responsable del pago total.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". véalo en línea www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MeDicAre (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille o letra grande.

La información enumerada no es una descripción completa de los beneficios. Consulte su evidencia de cobertura para obtener más detalles. Algunos de los beneficios mencionados son parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos y no todos los miembros califican. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia.

Astiva Health es una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Astiva Health depende de la renovación del contrato. **ATENCIÓN:** si habla vietnamita/español o otros idiomas, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Documentos disponibles en formatos alternativos como letra grande y braille. llame al 1-866-688-9021 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 am a 8:00 pm, los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo. De 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

RESUMEN DE BENEFICIOS ASTIVA SALUD

| PRIMAS Y BENEFICIOS | PLAN DE AHORRO EN SALUD (HMO) ASTIVA 001 |
|---|---|
| Prima mensual del plan de salud | Parte C: \$0 Parte D: \$0 |
| Reembolso de prima de la Parte B de Medicare | \$1978.80 por año (\$164.90 por mes) |
| Deducible | No deducible |
| Responsabilidad máxima de bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | Usted paga no más de \$2500 al año, incluye copagos y coseguro por los servicios cubiertos por Medicare durante el año. |
| Cobertura hospitalaria para pacientes internados* | Copago de \$0 para los días 1 a 10, Copago de \$200 para los días 11 a 22, Copago de \$0 para los días 23-90 |
| Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios* - Servicios Hospitalarios - Servicios de observación | Copago de \$200 Copago de \$75 |
| Centro de Cirugía Ambulatoria* | Copago de \$75 |
| Visitas al médico* - Primario - Especialista | Copago de \$0 Copago de \$0 |
| Cuidado preventivo | Copago de \$0 Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato están cubiertos. |

| PRIMAS Y BENEFICIOS | PLAN DE AHORRO EN SALUD (HMO) ASTIVA 001 |
|--|---|
| Cuidados de emergencia | Copago de \$125 (renuncia si es admitido dentro de las 48 horas) |
| Servicios necesarios con urgencia | Copago de \$0 |
| Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios* - Trámites, pruebas, servicios de laboratorio. - rayos x - Diagnóstico (como MRI, tomografías computarizadas) - Radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer) | Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 - \$75 20% de coseguro |
| Equipo médico duradero (DME)* | 0% de coseguro para DME cuesta menos o igual a \$99 20 % de coseguro para DME que cueste más de \$99 |
| Servicios de audición - examen de audición de rutina - Subsidio para audífonos* | Copago de \$10 Descubierto |
| Servicios Dentales | \$1000 por año (\$250 por trimestre, transferible de un trimestre a otro) |
| Servicios de visión - examen de rutina* - Límite de cobertura de gafas | Copago de \$0 una vez al año Copago de \$0 Gafas o lentes de contacto de \$125 cada dos años. |

| PRIMAS Y BENEFICIOS | PLAN DE AHORRO EN SALUD (HMO) ASTIVA 001 |
|---|---|
| Servicios de salud mental* - Terapia ambulatoria | Copago de \$25 por visita |
| Centro de enfermería especializada* | \$0 de copago los días 1 a 20, \$200 de copago los días 21 a 100 |
| Terapia física* | Copago de \$10 por visita |
| Servicios de Ambulancia (Tierra) | Copago de \$150 por viaje de ida |
| Transporte (que no sea de emergencia)* | 52 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan dentro de un radio de 25 millas |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare* | 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B (el mínimo se aplica a las fluctuaciones obligatorias de irA. El máximo se aplica a todos los demás medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare). |
| Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare* | Copago de \$35 |
| Medicare Parte B Quimioterapia/radiación Medicamentos* | 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B (el mínimo se aplica a las fluctuaciones obligatorias de irA. El máximo se aplica a todos los demás medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare). |
| Cobertura de medicamentos recetados | |
| Parte D Deducible | \$0 |
| Parte D Límite de cobertura inicial | \$5,030 |
| Parte D Umbral de gastos de bolsillo | \$8,000 |
| Cobertura inicial | |
| Nival 1: Medicamentos genéricos preferidos | Copago de \$0 por suministro de 30 días |
| Nival 2: Drogas genericas | Copago de \$15 por suministro de 30 días |
| Nival 3: Medicamentos de marca preferida | Copago de \$45 por suministro de 30 días |
| Nival 4: Marca no preferida Drugs | Copago de \$98 por suministro de 30 días |
| Nival 5: Specialty Drugs | 33% de coseguro del costo del medicamento para el plan |
| Nival 6: Seleccionar cuidado Medicamentos | Copago de \$0 por suministro de 30 días |

| PRIMAS Y BENEFICIOS | PLAN DE AHORRO EN SALUD (HMO) ASTIVA 001 |
|--|---|
| <p>Niveles 1 y 2 de cobertura sin cobertura</p> | <p>Nivel 1: copago de \$0 Nivel 2: copago de \$15 por suministro de 30 días</p> |
| <p>Cobertura de brecha</p> | <p>Comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$5030.</p> <p>Usted paga los mismos copagos que en la Etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6.</p> <p>Para los medicamentos de otros niveles, usted paga el 25 % del precio negociado (y una parte de la tarifa de dispensación) por sus medicamentos de marca y el 25 % del costo de sus medicamentos genéricos.</p> |
| <p>Etapa de cobertura catastrófica</p> | <p>Después de que los costos anuales de bolsillo de sus medicamentos alcancen \$8000, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> |

| PRIMAS Y BENEFICIOS | PLAN DE AHORRO EN SALUD (HMO) ASTIVA 001 |
|--|---|
| Artículos y servicios de valor agregado | |
| Acupuntura y Masaje Terapéutico* | Copago de \$0 hasta 96 visitas suplementarias de acupuntura o terapia de masajes, combinadas |
| Beneficio de acondicionamiento físico | Asignación mensual de \$50 a través de WeX (card) |
| Productos para la incontinencia | \$25 de subsidio mensual |
| Beneficios de comidas posteriores al hospital* | Hasta \$1350 por año (el beneficio de alimentación cubre 2 comidas por día durante 7 días consecutivos por cada admisión hospitalaria. La asignación máxima es \$15 por comida. El beneficio de comidas cubre hasta 90 comidas por año). |
| Cobertura de emergencia mundial | Reembolso de hasta \$50,000 por gastos calificados (solo servicios de emergencia o de urgencia) |
| Los servicios con un * requieren aprobación previa o una derivación de su médico. | |

Para obtener más información sobre los copagos específicos de farmacia, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en este documento o acceda a su Evidencia de cobertura en www.astivahealth.com