

2024



RESUMEN DE

BENEFICIOS

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

ASTIVA HEALTH PREMIER PLAN (HMO) 010

Via de Servicio:

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



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN 2024

Astiva Health Premier Plan (HMO) 010 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 Premier Plan (HMO) 010**, 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	SALUD ASTIVA PLAN PREMIER (HMO) 010
Prima mensual del plan de salud	Parte C: \$0 Parte D: \$0
Deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Usted paga no más de \$1900 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 5, Copago de \$150 para los días 6 a 10, Copago de \$0 para los días 11 a 90
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios* - Servicios Hospitalarios - Servicios de observación	Copago de \$100 Copago de \$30
Centro de Cirugía Ambulatoria*	Copago de \$30
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	SALUD ASTIVA PLAN PREMIER (HMO) 010
Cuidados de emergencia	Copago de \$75 (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 - \$30 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 \$0 \$1000 máximo por año
Servicios Dentales	\$3500 por año (\$875 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 \$300 vasos o \$150 por lentes de contacto cada dos años

PRIMAS Y BENEFICIOS	SALUD ASTIVA PLAN PREMIER (HMO) 010
Servicios de salud mental* - Terapia ambulatoria	Copago de \$0 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 \$0 por visita
Servicios de Ambulancia (Tierra)	Copago de \$100 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 \$10 por suministro de 30 días
Nival 3: Medicamentos de marca preferida	Copago de \$35 por suministro de 30 días
Nival 4: Marca no preferida Drugs	Copago de \$95 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	SALUD ASTIVA PLAN PREMIER (HMO) 010
<p>Niveles 1 y 2 de cobertura sin cobertura</p>	<p>Nivel 1: copago de \$0 Nivel 2: copago de \$10 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	SALUD ASTIVA PLAN PREMIER (HMO) 010
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 <ul style="list-style-type: none"> - OTC/Salud y Bienestar/ Utilidades Asignación de gastos Flexibles - Asignación dental adicional - SSBCI Alimentos Saludables / Abarrotes Beneficios 	Asignación mensual de \$50 a través de WeX (card) <ul style="list-style-type: none"> - \$50 por mes para OTC y Asignación de gastos flexibles o \$150 por trimestre para subsidio dental adicional. (La asignación OTC se transfiere mensualmente dentro del trimestre) - Descubierto
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).
PERS (Sistema personal de respuesta a emergencias)*	Copago de \$0 por un dispositivo 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