



2026

RESUMEN DE BENEFICIOS

**ASTIVA HEALTH
PREMIER PLAN (HMO) 015**

SIRVIENDO

LOS ANGELES – ORANGE – RIVERSIDE
SAN BERNARDINO – SAN DIEGO

JANUARY 1, 2026 – DECEMBER 31, 2026

astivahealth.com

2026

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

Astiva Health Premier Plan (HMO) 015 es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Astiva Health depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

La información sobre los beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor...

Solicite la “Evidencia de Cobertura” llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en este documento o en línea en www.astivahealth.com.

Para Unirse a Astiva Health Premier Plan (HMO) 015, debe tener derecho a Medicare Parte A, 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, usted podría ser responsable del pago total.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto actual “Medicare y Usted”. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La información proporcionada no representa una descripción completa de los beneficios. Por favor, consulte el documento “Evidencia de Cobertura” para obtener más detalles. Astiva Health es una organización HMO con contrato de Medicare. La inscripción en Astiva Health depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o sin contrato no están obligados a atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Atención: Si habla vietnamita, español, coreano u otro idioma, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Los documentos están disponibles en formatos alternativos, como letra grande y Braille. Llame al 1-866-688-9021 (TTY: 711) para hablar con nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Domingo, entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes, entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre.



PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMIER PLAN (HMO) 015	LO QUE DEBE SABER
Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)	\$1,500 por año	Paga un máximo de \$1,500 al año por los servicios cubiertos por Medicare, incluyendo copagos y coseguros. El costo compartido de la Parte D no se incluye en este monto.
Prima Mensual del plan	Usted paga \$0 por mes	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible del plan anual	Usted paga \$0	Este plan no tiene Deducible dentro de la red.
 DETALLES DE LOS BENEFICIOS		
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Usted paga \$0 copago	
Visita al Consultorio de un Especialista	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios Urgentemente Necesarios	Usted paga \$0 copago	
Servicios Preventivos	Usted paga \$0 copago	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios preventivos de Medicare Original. No se requiere autorización.
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Usted paga \$0 copago por admisión	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios de Salud a Domicilio	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Fisioterapia	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios de Podología	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Centro de Cirugía Ambulatoria (ACS)	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios de diagnóstico ambulatorio - Servicios de Laboratorio - Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico - Radiografías Ambulatorias - Radiología Terapéutica - Radiología Diagnóstica	Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 - \$30 copago	Se aplican reglas de autorización previa. Tomografía por emisión de positrones (PET) \$30, resonancia magnética (MRI) \$20, todos los demás \$0
Equipo Médico Duradero (EMD)	Usted paga un 0% - 20% de coseguro	Se aplican reglas de autorización previa. Usted paga 0% de coseguro por artículos que cuestan menos o igual a \$99 y 20% de coseguro por artículos que cuestan más de \$99.

PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMIER PLAN (HMO) 015	LO QUE DEBE SABER
Servicios Especializados de Salud Mental • Sesiones Individuales • Sesiones Grupales	Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios Psiquiátricos • Sesiones Individuales • Sesiones Grupales	Usted paga \$25 copago Usted paga \$25 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga un 0% - 20% de coseguro	Se aplican reglas de autorización previa.
Medicamentos de Insulina de la Parte B de Medicare	Usted paga un 0% - 20% de coseguro	Paga un máximo de \$35 por mes.
Medicamentos de Quimioterapia y Radiación de la Parte B de Medicare	Usted paga un 0% - 20% de coseguro	Se aplican reglas de autorización previa.

🏥 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA

Cobertura de Hospitalización – Aguda	Usted paga \$0 copago por los días 1-5 Usted paga \$150 copago por los días 6-15 Usted paga \$0 copago por los días 16-90+	Se aplican reglas de autorización previa.
Hospitalización - Hospital Psiquiátrico	Usted paga \$0 copago por los días 1-5 Usted paga \$180 copago por los días 6-15 Usted paga \$0 copago por los días 16-90+	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios Hospitalarios Ambulatorios	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Servicios de Observación Hospitalaria	Usted paga \$0 copago	Se aplican reglas de autorización previa.
Sala de Emergencias (ER)	Usted paga \$75 copago	El copago se elimina si usted es admitido en el hospital dentro de las 48 horas.
Servicios de Ambulancia – Terrestre	Usted paga \$50 copago	El copago se elimina si usted es admitido en el hospital.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL	PLAN DE AHORRO (HMO) 015	LO QUE DEBE SABER
Servicios de la Vista - Exámenes de la vista de rutina - Lentes (anteojos)	Usted paga \$0 copago . Una visita cada año \$300 para lentes o \$150 para lentes de contacto cada dos años	Debe utilizar un proveedor dentro de la red de atención visual de VSP.
Servicios de Audición - Exámenes Auditivos de Rutina - Audífonos	Usted paga \$0 copago . Una visita cada año \$1,000 por año (\$500 por oreja, máximo por año)	Se aplican reglas de autorización previa.
Cobertura Dental	\$350 por trimestre (Se acumula) Equivalente a \$1,400 por año	La mayoría de los procedimientos integrales requieren autorización previa
Cobertura de Emergencia Mundial	\$100,000 por año	Usted paga \$0 copago

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL	PLAN DE AHORRO (HMO) 015	LO QUE DEBE SABER
Servicios de Transporte (No emergencia)	24 viajes de ida (un radio de 30 millas) para fines médico	La distancia de transporte debe estar dentro de un radio de 30 millas desde la residencia principal del miembro. Si supera las 30 millas, se puede utilizar un número combinado de viajes
Subsidio de Beneficio FLEX Este beneficio se puede utilizar para: Artículos de venta libre (OTC), Acondicionamiento físico, Dental, Lentes	\$180 por mes (Se acumula) Equivalente a \$2,160 por año	Esta asignación de beneficios se cargará en la Tarjeta de Beneficios Flex de Astiva Health
Acupuntura, Terapia de Masajes y Terapia Orientales	64 sesiones por año (16 sesiones por trimestre) Incluye ventosas, moxa, tuina, guasha, med-x y reflexología.	- Sesiones no utilizadas se acumulan al siguiente trimestre. - Hasta 2 sesiones por día. Sesiones no utilizadas se acumulan al siguiente trimestre.
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)*	Usted paga \$0 copago Un dispositivo por año	Se aplican reglas de autorización previa.
Beneficio de Comidas Posteriores al Alta *	\$600 por año. Asignación por comida es de \$20.	- El beneficio de comidas cubre dos comidas al día durante un máximo de cinco días consecutivos por cada ingreso hospitalario. - Cubre hasta 30 comidas al año.
Telesalud	Usted paga \$0 copago	

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D 		
Deducible de la Parte D	\$0	
Límite Anual de Gastos De bolsillo de la Parte D	\$2,100	
Cobertura Inicial Nivel 1: Genérico Preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca Preferida Nivel 4: Marca no Preferida Nivel 5: Especializados Nivel:6 Cuidado Específico	Venta minorista estándar (suministro de 30 días) Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago Usted paga \$35 copago Usted paga \$95 copago Usted paga 33% coseguro Usted paga \$0 copago	Pedido por correo estándar (suministro de 90 días) Usted paga \$0 copago Usted paga \$0 copago Usted paga \$70 copago N / A N / A Usted paga \$0 copago