



2026

혜택 요약서

아스티바 헬스 프리미어
플랜 (HMO) 015

서비스 제공

LOS ANGELES – ORANGE – RIVERSIDE
SAN BERNARDINO – SAN DIEGO

JANUARY 1, 2026 – DECEMBER 31, 2026

astivahealth.com

2026

IMPORTANT PLAN INFORMATION

아스티바 헬스 프리미어 플랜 (HMO) 015 은 메디케어 계약이 체결된 HMO 플랜입니다. Astiva Health 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 메디케어 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다.

제공된 혜택 정보에는 저희가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 및 제외 사항이 나와 있지 않습니다.
저희가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면, 본 문서에 기재된 전화번호로 회원 서비스부에 연락하시거나 www.astivahealth.com에서 “보장 증명서(Evidence of Coverage)”를 요청하시기 바랍니다.

아스티바 헬스 프리미어 플랜 (HMO) 015 에 가입하려면 Medicare 파트 A 자격이 있어야 하며, Medicare 파트 B에 등록되어 있어야 하고, 저희 서비스 지역에 거주해야 합니다. 저희 서비스 지역은 캘리포니아주 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에이고 카운티를 포함합니다.

응급 상황을 제외하고, 저희 네트워크 외부의 의료 제공자를 이용하는 경우 귀하가 전체 비용을 부담해야 할 수 있습니다.

오리지널 메디케어의 보장 범위와 비용에 대해서는 최신 “**Medicare & You**” 안내서를 참조하시기 바랍니다. 온라인(www.medicare.gov)에서 확인하시거나, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

기재된 정보는 보장 혜택에 대한 완전한 설명이 아닙니다. 자세한 사항은 **보장 근거 서류(Evidence of Coverage)**를 참조하시기 바랍니다. Astiva Health는 메디케어 계약을 맺은 HMO입니다. Astiva Health의 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 네트워크 외/비계약 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자를 진료할 의무가 없습니다.

주의:귀하가베트남어/스페인어/한국어 또는 기타 언어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 또한 대활자체, 점자 등 대체 형식으로 문서를 제공받으실 수 있습니다. 회원 서비스팀과 상담을 원하시면 1-866-688-9021 (TTY: 711)로 전화해 주십시오. 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지입니다.



보험료 및 혜택	프리미어 플랜 (HMO) 015	알아야할 사항
최대 본인부담 한도	연간 \$1,500	메디케어 보장 서비스 본인부담금 및 코인슈어런스 포함에 대해 연간 최대 \$1,500까지만 지불합니다. 파트 D 약값 본인부담은 해당 금액에 포함되지 않습니다.
월 보험료	매월 \$0 지불	메디케어 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다
연간 공제액	\$0 지불	이 플랜은 네트워크 내 공제액이 없습니다.
🔗 혜택 세부사항		
주치의 방문	\$0 본인부담금	
전문의 방문	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
긴급 진료 서비스	\$0 본인부담금	
예방 서비스	\$0 본인부담금	오리지널 메디케어 예방 서비스는 본인부담금, 코인슈어런스, 공제액이 전혀 없습니다. 사전 승인 불필요
전문 간호 시설	\$0 본인부담금 입원당	사전 승인 규정이 적용됩니다.
방문간호 서비스	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
물리치료	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
발 치료 서비스	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
외래 수술 센터	\$0 본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다.
외래 진단 서비스 • 검사실 • 진단 검사 및 시술 • 외래 X-ray • 치료 방사선 • 진단 방사선	\$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 본인부담금 \$0 - \$30본인부담금	사전 승인 규정이 적용됩니다. PET 스캔 \$30 , MRI \$20 , 기타 모든 항목 \$0
의료장비 (DME)	코인슈어런스 0% - 20%	사전 승인 규정이 적용됩니다. \$99 이하 항목에 대해서는 본인부담금 0%이며, \$99 초과 항목에 대해서는 20% 본인부담금.

보험료 및 혜택	프리미어 플랜 (HMO) 015	알아야할 사항
정신 건강 서비스 • 입원 정신과 보장 (Inpatient Psychiatric Coverage) • 정신 건강 전문 서비스 (Mental Health Specialty Services)	본인부담금\$0 본인부담금\$0	사전 승인규정이 적용됩니다
정신과 서비스 (Psychiatric Services) • 개인 상담 세션 • 그룹 상담 세션	본인부담금\$25 본인부담금\$25	사전 승인규정이 적용됩니다
메디케어 파트 B 의약품	코인슈어런스0% - 20%	사전 승인규정이 적용됩니다
메디케어 파트 B 인슐린 의약품	코인슈어런스0% - 20%	매월 최대 본인 부담금 \$35
메디케어 파트 B 화학요법 및 방사선 의약품	코인슈어런스0% - 20%	사전 승인규정이 적용됩니다

🏥 병원 및 응급 진료

입원 병원치료 보장	본인부담금\$0 1-5일 본인부담금\$150 6-15일 본인부담금\$0 16-90+일 이상	사전 승인규정이 적용됩니다
정신과 입원 진료	본인부담금\$0 1-5일 본인부담금\$180 6-15일 본인부담금\$0 16-90+일 이상	사전 승인규정이 적용됩니다
외래 병원 서비스	\$0 본인부담금	사전 승인규정이 적용됩니다
병원 관찰 서비스	\$0본인부담금	사전 승인규정이 적용됩니다
응급실	\$75 본인부담금	병원에 48시간 이내 입원하는 경우 본인부담금은 면제됩니다.
구급차 서비스 - 지상 운송	\$50 본인부담금	병원에 입원하는 경우 본인부담금은 면제됩니다.

오리지널 메디케어 외의 보장추가 혜택	프리미어 플랜 (HMO) 015	알아야할 사항
시력 서비스 • 정기 안과 검사 • 안경	\$0본인부담금 연 1회 방문 가능 안경\$300 또는 콘택트렌즈 2년마다 \$150	반드시 VSP Vision Care 네트워크 제공자를 이용해야 합니다.
청력 서비스 • 정기 청력 검사 • 보청기	\$0본인부담금 연 1회 방문 가능 연간 \$1,000 (귀당 연 최대 \$500)	사전 승인규정이 적용됩니다
치과 보장	분기당 \$350 (이월 가능) 연간 총 \$1,400 상당	사전 승인(Prior Authorization) 규정이 적용됩니다.
전 세계 응급 보장	\$100,000연간	본인부담금\$0

오리지널 메디케어 외의 보장추가 혜택	프리미어 플랜 (HMO) 015	알아야할 사항
교통 서비스 (비용급)	연간 24회 편도 교통 (의료 목적)	교통은 회원 기본 거주지에서 반경 30마일 이내여야 합니다. 30마일 초과 시, 왕복 횟수를 합산하여 사용할 수 있습니다.
Flex 혜택 한도 OTC, 피트니스, 치과, 안경에사용 가능	매월 \$180 (이월 가능) 연간 총 \$2,160 상당	수당은Flex 혜택 카드에 한도금액이 충전됩니다.
침술치료,마사지 및 기타 동양의학	연간 64회 (분기당 16회) 부항, 뜸, 추나요법, 팔사, Med-X, 발반사 요법 포함	사용하지 않은 세션은 다음 분기로 이월 가능 (하루 최대 2 세션, 1세션 15분, 하루 최대 30분).
개인 응급 대응 시스템(PERS)	본인부담금 \$0 연 1회 기기 제공	사전 승인 규정이 적용됩니다.
퇴원 후 식사 혜택	\$600연간 식사당 수당\$20	- 식사 혜택은 병원 입원당 최대 5일간 하루 2식 제공 - 연간 최대 30식 보장
원격 진료	본인부담금\$0	

파트 D 처방약 보장			♡
Part D 공제액	\$0		
Part D 연간 본인부담 한도 적용	\$2,100		
초기 보장 (Initial Coverage) 단계 1: 선호 제네릭 단계 2: 제네릭 단계 3: 선호 브랜드 의약품 단계 4: 비선호 브랜드 의약품 단계 5: 전문 의약품 단계 6: 선택 진료 (Select Care)	표준 우편 주문 (30일 공급) 본인부담금\$0 본인부담금\$0 본인부담금\$35 본인부담금\$95 코인슈어런스33% 본인부담금\$0	표준 우편 주문 (90일 공급) 본인부담금\$0 본인부담금\$0 본인부담금\$70 해당 없음 해당 없음 본인부담금\$0	