



Encuentre el plan adecuado para usted

Descubra los beneficios de Brand New Day

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) 50-2

Este plan es una buena opción para personas que reciben algún nivel de cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional.

Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) 51-1

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal o un Plan de Necesidades Especiales (SNP). **Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.**

Los beneficios varían según el plan y el condado. Brand New Day es un plan de necesidades especiales HMO/HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato. Los representantes de Servicios para Miembros atienden de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Contáctenos



Llame al número gratuito
1-866-255-4795, TTY 711



Visite nuestro sitio web
bndhmo.com



Horario de atención:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana



Dirección
P.O. Box 93122
Long Beach, CA 90809-9871

brand new day
HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT



Beneficios destacados

2024

brand new day
HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

Brand New Day **Classic Care I Plan**
(HMO) 50-2 - AL, FR, IM, KI, MA, PL, SA,
SF, SJ, SM, SC, ST, TU, YO

Brand New Day **Classic Care II Plan**
(HMO) 51-1 - AL, FR, IM, KI, MA, PL, SA,
SF, SJ, SM, SC, ST, TU, YO

 DETALLES DEL PLAN	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 50-2	CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 51-1
Prima mensual del plan	\$37.60⁶	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	\$2,100	\$2,499
 ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 50-2	PLAN 51-1
Médicos de atención primaria	\$0	\$0
Especialistas²	\$0	\$15
Atención de urgencia	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico²	\$0	\$0
Servicios de laboratorio²	\$0	\$0
MRI, CAT Scan²	\$0	\$0-\$50
Radiografías²	\$0	\$0
Terapia física²	\$0	\$10
 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA	PLAN 50-2¹	PLAN 51-1
Hospitalización²	\$50 (por día, días 1-6) \$0 (por día, días 7-90)	\$150 (por día, días 1-6) \$0 (por día, días 7-90)
Atención ambulatoria²	\$0-\$150	\$0-\$150
Atención de emergencia³	\$0-\$100	\$0-\$135
Ambulancia (por tierra)²	\$0-\$200	\$0-\$250

 PRESCRIPTION DRUG COVERAGE	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 50-2	CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 51-1	
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	\$0⁶	\$50	
Initial Coverage			
usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos cubiertos alcancen \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan. Una vez que alcance este monto, ingresará al período sin cobertura.			
Farmacia minorista contratada por Brand New Day (Suministro de 1 mes/30 días)			
	Su copago o coseguro	Su copago con ayuda adicional	Su copago o coseguro
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos ⁶	\$12
NIVEL 3: De marca preferido	\$47	\$0, \$4.60 o \$11.20 para medicamentos de marca ⁶	\$47
NIVEL 4: No preferido	\$100		\$100
NIVEL 5: Nivel especializado	33%		32%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0
Interrupción de cobertura			
Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos de bolsillo" en lo que va del año alcancen un total de \$8,000.			
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	25%	\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos ⁶	25%
NIVEL 3: De marca preferido	25%	\$0, \$4.60 o \$11.20 para medicamentos de marca ⁶	25%
NIVEL 4: No preferido	25%		25%
NIVEL 5: Nivel especializado	25%		25%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0
Cobertura catastrófica:			
después de que los costos de bolsillo anuales de sus medicamentos alcancen los \$8,000, usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos por la Parte D y los excluidos.			

¹ Sus costos pueden ser mayores si su Medi-Cal no cubre el costo compartido de los servicio cubiertos por Medicare.
² Estos servicios pueden necesitar una autorización y/o derivación una referencia médica.
³ Se exonera del copago si es ingresado/(a) al hospital o reingresado/(a) a la sala de emergencias dentro de las siguientes 72 horas.
⁴ Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su evidencia de cobertura EOC para más detalles.

 BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 50-2	CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 51-1
Examen rutinario de los ojos²	\$0	\$0
Asignación para artículos de la visión²	\$300 cada año	\$300 cada año
Servicios dentales preventivos⁴ (p. ej., examen dental, radiografías, limpiezas)	\$0	\$0
Aparato auditivo²	\$149 de copago; 2 aparatos auditivos por 3 años	\$699-\$999 de copago; 2 aparatos auditivos por 1 año
Transporte^{2,7}	\$0 24 viajes de ida	\$0 12 viajes de ida
Quiropráctica/Acupuntura²	\$0 (30 visitas anuales combinadas)	\$0 (12 visitas anuales combinadas)
 PROGRAMAS DE BIENESTAR	PLAN 50-2	PLAN 51-1
Membresía de gimnasio - SilverSneakers²	\$0	\$0
Asignación para alimentos saludables⁵	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	No cubierto
24/7 Telesalud	\$0	\$0
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)²	\$0	\$0
 TARJETA FLEX DE BND	PLAN 50-2	PLAN 51-1
Artículos de venta libre	\$50 cada mes	\$45 cada 3 meses
Asignación de acondicionamiento físico	\$20 cada mes	N/A
Asignación dental	\$100 cada 6 meses	N/A

⁵ Se pueden aplicar limitaciones. No todos los miembros califican.
⁶ Podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.
⁷ Límite de 50 millas para ubicaciones aprobadas por el plan.