

Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Brand New Day.

Cambios a su Aviso Anual de Cambios, Evidencia de Cobertura y Resumen de Beneficios de 2023:

Dónde puede encontrar el cambio en sus Materiales 2023:	Información original:	Información corregida:	¿Qué significa esto para usted?
Aviso anual de cambio - cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos-medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	No incluido	2022: Paga 20% de coseguro 2023: Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

<p>Evidencia de Cobertura - Capítulo 4, Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan - Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro</p>	<p>Usted paga hasta un 20% de coseguro.</p> <p>Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.</p>	<p>Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare para un mes.</p>
<p>Resumen de beneficios - medicamentos de la Parte B de Medicare • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro • 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta un 20% de coseguro • Hasta un 20% de coseguro. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes 	<p>Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.</p>

No está obligado a realizar ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para futuras consultas.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-255-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 am a 8:00 pm de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Brand New Day es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

brand new day

A Bright HealthCare Company

.....

Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) ofrecido por Brand New Day

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro del Brand New Day Dual Access Plan. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.**

En este documento, encontrará información sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.bndhmo.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué se debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención Médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2023 para verificar que todavía estén cubiertos los medicamentos que toma actualmente.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, se le inscribirá en el Brand New Day Dual Access Plan.
- Para **cambiarse a un plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2023. Esto finalizará su inscripción con el Brand New Day Dual Access Plan.
- Lea la sección 3.2, página 16, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se ha mudado hace poco una institución (como un centro de cuidado experto o un hospital de cuidado a largo plazo), vive allí actualmente o acaba de salir de ella, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-255-4795. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre hasta el 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca del Brand New Day Dual Access Plan

- Brand New Day es una Organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Brand New Day. Cuando se dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Brand New Day Dual Access Plan.

Capítulo 1. *Aviso anual de cambios para 2023*

Tabla de contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2023	5
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	7
Sección 1.1 –Cambios en su prima mensual	7
Sección 1.2 –Cambios en la suma máxima de su bolsillo	7
Sección 1.3 –Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 –Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 –Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de Part D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 –Si decide permanecer en el Brand New Day Dual Access Plan	16
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda del Brand New Day Dual Access Plan	19
Sección 7.2 –Cómo obtener ayuda de Medicare	19
Sección 7.3 –Cómo recibir ayuda de Medicaid	20

Resumen de Costos Importantes para 2023

La tabla a continuación compara los costos de 2022 y los costos de 2023 para el Brand New Day Dual Access Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de costos.** Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 por el deducible, consultas con el doctor e internaciones en un hospital.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual del plan*	\$32.90	\$38.90
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Consultas con el médico	Visitas de atención primaria: 20% del costo total por visita Visitas a un especialista: de 20% del costo total por visita	Visitas de atención primaria: 20% del costo total por visita Visitas a un especialista: de 20% del costo total por visita
Internación en hospital	Usted paga un deducible de \$1,556 por período de beneficios. Usted paga \$0 de copago por día, para los días 1 a 60 Usted paga \$389 de copago por día, para los días 61 a 90 Usted paga \$778 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida).	Usted paga un deducible de \$1,556 por período de beneficios. Usted paga \$0 de copago por día, para los días 1 a 60 Usted paga \$389 de copago por día, para los días 61 a 90 Usted paga \$778 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida). Estos son montos de costos compartidos para 2022 y pueden cambiar

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
		para el año 2023. Brand New Day Dual Access Plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
<p>Cobertura de medicamentos recetados de Part D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: usted paga \$0. • Nivel 2 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 3 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 5 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 6 de medicamentos: usted paga \$0. 	<p>Deducible: \$505</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: usted paga \$0. • Nivel 2 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 3 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 4 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 5 de medicamentos: usted paga el 25% del costo total. • Nivel 6 de medicamentos: usted paga \$0.
<p>Suma máxima de su bolsillo</p> <p>Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Part A y Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	de costos de Medicare bajo Medi-Cal (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B.	de costos de Medicare bajo Medi-Cal (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Part B de Medicare, a menos que Medi-Cal (Medicaid) la pague por usted).	\$32.90	\$38.90

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Suma máxima de su bolsillo	\$7,550	\$8,300
Puesto que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medi-Cal (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este		Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medi-Cal (Medicaid) con los copagos de la Part A y Part B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su bolsillo.</p>		<p>Part A y Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web www.bndhmo.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de [Medicare](#).

El próximo año, modificaremos los costos y beneficios de determinados servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$30 por visita	Usted paga un copago de \$20 por visita
Servicios de Transporte	Usted paga un copago de \$0 por viajes de ida ilimitados por año	<p>Usted paga un copago de \$0 por 48 viajes de ida cada año</p> <p>El transporte de rutina se limita a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta 50 millas) para que el miembro reciba servicios de atención médica de proveedores de la red. Los arreglos para el transporte deben hacerse a través de Servicios para miembros con al menos 2 días hábiles de anticipación.</p>
Consulta Nutricional Suplementaria	Incluye una consulta nutricional con un dietista registrado para desarrollar un plan de alimentación saludable	<u>No</u> está cubierto
Artículos de venta libre (OTC)	Usted recibe una asignación de OTC de \$170 cada 3 meses	Usted tiene una asignación OTC de \$180 cada 3 meses
Servicios Dentales (Preventivos)	<p>Profilaxis dental (limpieza) (hasta 1 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 por año): Usted paga un copago de \$0</p>	<p>Profilaxis dental (limpieza) (hasta 2 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Radiografías dentales (hasta 2 por año): Usted paga un copago de \$0</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Exámenes oculares	<p>Usted paga un coseguro del 20% por exámenes oculares cubiertos por Medicare por consulta</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa</p> <p><u>No</u> se requiere una remisión</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare por visita</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa</p> <p>Puede ser necesaria una remisión</p>
Anteojos	<p>Nuestro plan paga hasta \$175 cada año para marcos de anteojos de rutina</p> <p>Se cubre en su totalidad un par de lentes de contacto en lugar de anteojos</p> <p>Se cubren en su totalidad lentes para anteojos de rutina</p> <p>Existe un límite de \$70 para una mejora a lentes de policarbonato y un límite de \$89.50 para una mejora a lentes progresivos prémium</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo de marcos para anteojos de rutina que supere el límite del plan de \$175</p> <p><u>No</u> se requiere una remisión</p>	<p>Hay una asignación de \$300 cada año para anteojos</p> <p>Los anteojos incluyen lentes y monturas para anteojos, lentes de contacto y actualizaciones</p> <p>Puede ser necesaria una remisión</p>
Asignación para alimentos saludables	<p>A los miembros se les proporciona una asignación</p>	<p>Los miembros reciben una asignación mensual de \$50 para comprar alimentos integrales saludables</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	mensual de \$30 para comprar alimentos integrales saludables Se requiere la participación en un programa de gestión de la atención con estas condiciones: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes; y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes.	Se requiere la participación en un programa de gestión de la atención con estas condiciones: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes; y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
Consulta de ejercicio	Incluye una consulta individual con un entrenador físico para desarrollar un plan de ejercicios, ya sea en persona o en forma virtual una vez al año	<u>No</u> está cubierto

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de Part D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para corroborar que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar los medicamentos que la FDA considere inseguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de sus medicamentos a principios o mediados de año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o tratar de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Si tiene una excepción de la lista de medicamentos actual, estará cubierta durante 12 meses completos a partir de la fecha en que se otorgó la solicitud. Deberá presentar una nueva solicitud de excepción al vencimiento de su medicamento aprobado actualmente.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su distribución de costos para los medicamentos de la Part D. Es posible que parte de la información que se describe en esta sección no se aplique a usted. **Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional" (Extra Help)), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Part D puede que no sea aplicable a su caso.** Hemos incluido un folleto adicional denominado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados" (también llamado "Modificación del subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) y no recibe este folleto con este paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pagos de medicamentos".

La información a continuación muestra los cambios para las primeras dos etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

Cambios en la etapa de deducibles

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Etapa 1: etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta	El deducible es \$480. Su deducible es \$0 o \$99, dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. (Consulte el folleto independiente, el "LIS	El deducible es \$505. Su deducible es \$0 o \$104, dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. (Consulte el folleto independiente, el

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Rider”, para obtener información sobre su monto deducible).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos por medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y el costo total por medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>“LIS Rider”, para obtener información sobre su monto deducible).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos por medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y el costo total por medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su distribución de costos en la etapa de cobertura inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2022 al 2023.

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferida:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no preferido:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferida:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no preferido:</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Nivel 5 - Especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos Seleccionados para el Cuidado de la : Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en cobertura).</p>	<p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 5 - Especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6; Medicamentos de Cuidados Seleccionados: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).</p>

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por las Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Part D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina

Usted no pagará más de \$35 (o menos, según su nivel de Ayuda Adicional) por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de distribución de costos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Gerente de beneficios de farmacia	Sus beneficios de farmacia fueron administrados por MedImpact.	Express Scripts administra sus beneficios de farmacia.
Suministro de día extendido	Le permitió surtir un suministro de medicamentos	Le permite obtener un suministro de medicamentos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
	para hasta 100 días. Aplicable a los niveles 1 a 4 y el 6.	para hasta 90 días. Aplicable a los niveles 1 a 4. El nivel 6 tiene un suministro de 100 días.
Los Suministros para la Diabetes	Puede hacer un pedido en una Farmacia de la Red.	Puede hacer su pedido en una Farmacia de la Red. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas Abbott (Freestyle y Precision).
Proveedor de audífonos	Sus beneficios de audífonos fueron proporcionados por TruHearing.	Los beneficios de sus audífonos son proporcionados por Nations.
Comidas fáciles de preparar	Las condiciones crónicas elegibles para este beneficio incluyen diabetes, CHF, trastornos cardiovasculares, demencia, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, enfermedad renal e hipertensión.	Las condiciones crónicas elegibles para este beneficio incluyen diabetes, CHF, trastornos cardiovasculares, demencia, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal.
Artículos de venta libre (OTC)	Sus beneficios incluyen el uso del catálogo NationsOTC	Su beneficio OTC se administra exclusivamente a través de NationsOTC y farmacias minoristas a través de una tarjeta de débito
Conversio Compound Pharmacy	Sus beneficios incluyen Conversio Compound Pharmacy dentro de la red para nebulizadores e inhaladores	Conversio está fuera de la red. Puede recibir nebulizadores o inhaladores en cualquier Farmacia minorista de la Red o pedido por correo de Express Scripts

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en el Brand New Day Dual Access Plan

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Brand New Day Dual Access Plan.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse para el 2023, siga estos pasos:

Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- O-- También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Brand New Day ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que esos planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Brand New Day Dual Access Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Brand New Day Dual Access Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- – o –Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medi-Cal (Medicaid) que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o la están abandonando y las que se mudan fuera del área de servicios.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se ha mudado hace poco a una institución (como un centro de cuidado experto o un hospital de cuidado a largo plazo), vive allí actualmente o acaba de salir de una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores del Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) pueden asistirlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

También puede llamar a 1-800-434-0222 al 1-800-434-0222. Puede conocer más sobre Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) si visita su sitio web https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, comuníquese con Medi-Cal al 1-800-541-5555, (TTY 1-800-896-2512). Pregunte si afiliarse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene la cobertura de Medi-Cal.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Debido a que cuenta con Medi-Cal (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional” (Extra Help), también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame al siguiente número:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su Oficina Estatal de Medi-Cal (Medicaid) (solicitudes).
- **Asistencia de distribución de costos de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de distribución de costos en las recetas médicas a través de Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050, de Lunes a Viernes, 8:00 a.m a 5:00 p.m. (excluyendo festivos).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del Brand New Day Dual Access Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-866-255-4795. (Para TTY exclusivamente, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre hasta el 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura para el 2023* (contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura para el 2023* del Brand New Day Dual Access Plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.bndhmo.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.bndhmo.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su zona. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Este cuadernillo se envía en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medi-Cal (Medicaid), puede llamar a Medi-Cal al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-896-2512.