

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 Valor Care Plan (HMO) ofrecido por Brand New Day

Notificación Anual de Cambios para 2023

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro del Brand New Day Valor Care Plan. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento le informa acerca de 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 solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**

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).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores 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. Utilice 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 afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en el Brand New Day Valor Care Plan.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en el Brand New Day Valor Care Plan.
- Si en la actualidad vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), o bien recientemente se mudó a una o de una, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, llame al número del Departamento de Servicios para Miembros: 1-866-255-4795. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 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 8:00 p.m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
- Es posible que este documento esté 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 Valor Care 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 documento se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", nos referimos a Brand New Day. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", significa Brand New Day Valor Care Plan.

Capítulo 1. *Notificación Anual de Cambios* para el 2023

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete	5
Sección 1.1 –Cambios en su Prima Mensual	5
Sección 1.2 –Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo	5
Sección 1.3 –Cambios en la Red de Proveedores	6
Sección 1.4 –Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	6
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	9
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	10
Sección 3.1 –Si decide permanecer en el Brand New Day Valor Care Plan	10
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan	10
SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan	11
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	11
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	12
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	13
Sección 7.1 –Cómo Obtener Ayuda del Brand New Day Valor Care Plan	13
Sección 7.2 –Cómo Obtener Ayuda de Medicare	13

Resumen de Costos Importantes para 2023

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2022 y los costos del 2023 para el Brand New Day Valor Care Plan en diversas áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Suma máxima de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$4,500	\$3,000
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: de \$10 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: de \$0 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

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
2022 y pueden cambiar para el año 2023. Brand New Day Valor Care Plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.		

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
Reembolsos de la Prima de la Part B Uno de los beneficios que incluye nuestro plan es un Reembolso de la Prima de la Part B. Esto significa que cada mes, el monto que se muestra se aplicará automáticamente a su Prima de la Part B, lo que aumentará su cheque del Seguro Social cada mes.	\$140	\$125

Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que 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 la Part A y la Part B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Suma máxima de su bolsillo	\$4,500	\$3,000
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Puede consultar el *Directorio de Proveedores* actualizado en nuestro sitio web www.bndhmo.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si desea recibir información actualizada sobre proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo postal.

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

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

Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

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

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Servicios de Médico Especialista excluyendo Servicios Psiquiátricos	Usted paga un copago de \$10 por visita	Usted paga un copago de \$0 por visita
Otros servicios profesionales de atención médica	Usted paga un copago de \$10	Usted paga \$0 de copago

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Servicios de Ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje en ambulancia aérea para el traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por viaje para todos los demás servicios de ambulancia aérea</p>	<p>Usted paga un copago de \$75 por viaje para todos los servicios de ambulancia aérea</p>
Servicios de Transporte	<p>Usted paga un copago de \$0 por viajes de ida ilimitados por año</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 24 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	<p>Incluye una consulta nutricional con un dietista registrado para desarrollar un plan de alimentación saludable</p>	<p><u>No</u> está cubierto</p>
Consulta de ejercicio	<p>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</p>	<p><u>No</u> está cubierto</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
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>Tratamiento con fluoruro (hasta 2 cada 6 meses): 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> <p>Tratamiento con fluoruro (ilimitado): usted paga un copago de \$0</p>
Exámenes oculares	<p><u>No</u> se requiere autorización previa</p> <p><u>No</u> se requiere una remisión</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</p>	<p>Hay una asignación de \$ 150 cada año para anteojos</p> <p>Los anteojos incluyen lentes y monturas para anteojos (hasta 1 por año), lentes de contacto en lugar de anteojos y mejoras</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
	<p>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>Puede ser necesaria una remisión</p>

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Proveedor de audífonos	Sus beneficios de audífonos fueron proporcionados por TruHearing.	Los beneficios de sus audífonos son proporcionados por Nations.
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).
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
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.

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en el Brand New Day Valor Care 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 Valor Care Plan.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan 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 recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se le aplique una multa por inscripción tardía en la Part D.

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 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Brand New Day ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y sumas de distribución de costos diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Valor Care Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Valor Care 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.

SECCIÓN 4 Fecha Límite para 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 permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, a las personas con Medicaid que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y 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 en la actualidad vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), o bien recientemente se mudó a una o 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 cambiar 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

El State Health Insurance Assistance Program (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 de Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) pueden asistirlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Puede conocer más sobre Health Insurance Counseling & Advocacy

Program (HICAP) visitando su sitio web (https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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 hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La Oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de Distribución de Costos a través del Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y la condición del paciente con VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados de Medicare Part D en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado de inscripciones locales del ADAP acerca de cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de Medicare Part D.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo Obtener Ayuda del Brand New Day Valor Care Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-255-4795. (Exclusivamente para TTY, llame al 711). Nuestro horario para recibir llamadas telefónicas 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 8:00 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)

En este *Notificación Anual de Cambios*, se ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2023. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura* para el 2023 del Brand New Day Valor Care Plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica 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 nuestro sitio 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 acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

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 el Sitio Web de Medicare

Visite el Sitio Web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar 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 todos los años en otoño a 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 tiene una copia de este documento, puede obtenerla 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.