

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

Notificación Anual de Cambios para 2024

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro del Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **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 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 y hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - Evalúe cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
- Consulte los cambios en la “Lista de Medicamentos” del 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- 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 2024*.

- 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 del 2023, se lo inscribirá en Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- 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 comenzará el 1 de enero del 2024. Esto finalizará su inscripción con el Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- Lea la sección 3.2, página 21, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si hace poco tiempo se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o simplemente se mudó de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 al: (866) 255-4795. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra de imprenta 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 de Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- Brand New Day es un plan HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el programa Medicaid de CA para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - 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 (HMO D-SNP).
-

Notificación Anual de Cambios para el 2024

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete	8
Sección 1.1 –Cambios en su Prima Mensual	8
Sección 1.2 –Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo	8
Sección 1.3 –Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	9
Sección 1.4 –Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	9
Sección 1.5 –Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de Part D	17
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	21
Sección 3.1 –Si decide permanecer en Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)	21
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Cómo Cambiarse de Plan	22
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)	23
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	23
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	24
Sección 7.1 –Cómo Obtener Ayuda de Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)	24
Sección 7.2 –Cómo Obtener Ayuda de Medicare	25
Sección 7.3 –Cómo Obtener Ayuda de Medi-Cal (Medicaid)	25

Resumen de Costos Importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2023 y los costos del 2024 para Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) en diversas áreas importantes. **Sepa 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$38.90	\$41
* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: 20% del costo total por visita Visitas a un especialista: de 20% del costo total por visita Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.	Visitas de atención primaria: 40% del costo total por visita Visitas a un especialista: de 40% del costo total por visita Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.
Internación en hospital	Usted paga un deducible de \$1,600 por período de beneficios. Usted paga \$0 de copago por día, para los días 1 al 60 Usted paga un copago de \$400 por día para los días 61 al 90 Usted paga \$800 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por	Usted paga un deducible de \$1,600 por período de beneficios. Usted paga \$0 de copago por día, para los días 1 al 60 Usted paga un copago de \$400 por día para los días 61 al 90 Usted paga \$800 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida).</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida).</p> <p>Estos son los montos de distribución de costos que corresponden al 2023 y que podrían cambiar para el 2024. Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Part D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$505, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Part D.</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. 	<p>Deducible: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Part D.</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.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de Medicamentos: usted paga el 25% del costo total. <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de Medicamentos: usted paga el 25% del costo total. <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga los costos completos por sus medicamentos cubiertos de la Part D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Sin cargo para usted.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Entre las dos opciones que se mencionan a continuación, usted paga el que sea el monto superior por cada receta: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (denominado coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	
<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 Part A y Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución 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.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución 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.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el siguiente año)
Prima mensual	\$38.90	\$41
(Usted debe seguir pagando su prima de la Part B de Medicare, a menos que Medi-Cal (Medicaid) la pague por usted).		

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 alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Part A y Part B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	\$8,300	\$8,850
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B durante
Si es elegible para la asistencia de Medi-Cal (Medicaid) con los copagos de la Part A y Part B, usted no es		

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>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>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 por correo un directorio, el que le enviaremos dentro de tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores para el 2024, a fin de ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias para el 2024, a fin de 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 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

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de [Medicare](#).

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Por cada internación en un SNF cubierta por Medicare, deberá pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del Día 1 cada vez que sea admitido. Los copagos para los beneficios del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los beneficios. Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando se le da el alta del SNF. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Por cada internación en un SNF, debe pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del Día 1 cada vez que sea admitido. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de Rehabilitación Cardíaca	<p>Usted paga 20% de coseguro por consulta para rehabilitación cardíaca.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga \$30 de copago por consulta para rehabilitación cardíaca.</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Servicios de Rehabilitación Pulmonar	<p>Usted paga un copago de \$20 por consulta de servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por consulta de servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) para la Enfermedad Arterial Periférica (PAD) Sintomática	<p>Usted paga un coseguro del 20% por consulta de servicios de terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por consulta de servicios de terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Atención de Emergencia	<p>Usted paga un copago de \$90 por consulta para todos los servicios de emergencia.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por consulta para todos los servicios de emergencia.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Cobertura de Emergencia en Todo el Mundo	<p>Usted paga un copago de \$90 por consulta por los servicios de Emergencia en Todo el Mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$90 por consulta por los servicios Urgentemente Necesarios en Todo el Mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$90 por consulta por servicios de Transporte de Emergencia en Todo el Mundo.</p> <p>Hay un monto máximo de cobertura de los beneficios del plan de \$50,000 para servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por consulta por los servicios de Emergencia en Todo el Mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por consulta por los servicios Urgentemente Necesarios en Todo el Mundo.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por consulta por servicios de Transporte de Emergencia en Todo el Mundo.</p> <p>Hay un monto máximo de cobertura de los beneficios del plan de \$50,000 para servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de Hospitalización Parcial	<p>Usted paga un copago de \$55 por día.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$70 por día.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Consulta con el Médico de Atención Primaria (PCP)	<p>Usted paga un coseguro del 20% por cada consulta con el PCP.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 40% por cada consulta con el PCP.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Consultas con un Especialista	<p>Usted paga un coseguro del 20% por consultas al consultorio con un especialista.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 40% por consultas al consultorio con un especialista.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Atención Médica de Salud Mental Ambulatoria	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta para sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta para sesiones grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por consulta para sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por consulta para sesiones grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Otros Servicios de Profesionales de Atención Médica	<p>Usted paga un coseguro del 20% por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 40% por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Servicios Psiquiátricos	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta para sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta para sesiones grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por consulta para sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por consulta para sesiones grupales.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia (fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje).</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada consulta de terapia (fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje).</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Telesalud	<p>Puede que se requiera Autorización Previa.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>No se requiere Autorización Previa.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Servicios de tratamiento de Opioides	<p>Usted paga un coseguro del 20% por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 50% por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
Transporte	<p>Usted paga un copago de \$0 por 48 viajes de transporte de ida o de vuelta que no sean de emergencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 12 viajes de transporte de ida o de vuelta que no sean de emergencia.</p>
Artículos de Venta Libre (OTC)	<p>Usted tiene \$180 de asignación por trimestre para artículos de venta libre (OTC).</p>	<p>Usted tiene \$33 de asignación por cada mes para artículos de venta libre (OTC).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Medicamentos Recetados de Medicare Part B</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por todos los medicamentos de la Part B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limite.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted pagará un monto de \$0 de copago.</p>
<p>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Dentales Preventivos • Servicios No Rutinarios • Servicios de Diagnóstico • Extracciones 	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$17.</p> <p>Usted paga un copago de \$20.</p> <p>Usted paga un copago de \$2 a \$3.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$350.</p>
<p>Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI)</p> <p>Los beneficios SSBCI solo están disponibles para los miembros con una afección crónica que califique. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetros 	<p>Usted paga un copago de \$0 por tensiómetros aprobados por el plan.</p>	<p>Sin cobertura</p>

Resumen de los beneficios dentales cubiertos de Medi-Cal

Servicios disponibles a través de *Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)*

Además de los servicios dentales cubiertos de Medicare descritos en la Notificación Anual de Cambios, es posible que sea elegible para acceder a beneficios dentales adicionales de Medi-Cal según el nivel de su cobertura de Medi-Cal.

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos por el programa dental de Medi-Cal, llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite www.smilecalifornia.org. Estos recursos también pueden ayudarlo a encontrar un proveedor dental de Medi-Cal y presentar una queja o reclamo.

Para ver el Directorio de Proveedores de Medi-Cal, visite www.smilecalifornia.org/partners-and-providers/

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 “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de Medicamentos” se proporciona electrónicamente.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, los que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a un nivel de distribución de costos diferente. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de distribución de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” se renuevan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en su cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede contactar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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"), **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" 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 en 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Part D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétano y las relacionadas con viajes.</p>	<p>El deducible es \$505</p> <p>Su deducible es \$0 o \$104, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Consulte el folleto independiente, el "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>	<p>El deducible es \$545.</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 desde el 2023 hasta el 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo 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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Part D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por 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 más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del 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, búselos en la Lista de Medicamentos.</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: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3: Marca Preferida: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 5; Especializados: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos Seleccionados para el Cuidado de la : Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</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: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3: Marca Preferida: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 5; Especializados: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos Seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en cobertura).

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.**

A partir del 2024, si alcanza la Etapa de Cobertura de Catástrofe, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Part D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Suministro de Día Extendido	<p>Le permite obtener un suministro de medicamentos para hasta 90 días.</p> <p>Aplicable a los niveles 1 a 4.</p> <p>El nivel 6 tiene un suministro de 100 días.</p>	<p>Le permite obtener un suministro de medicamentos para hasta 100 días.</p> <p>Aplicable a los niveles 1 a 4 y el 6.</p>

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)

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 (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan para el 2024, 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.

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 2024*, comuníquese con el State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (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 estos otros 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**, insíbase en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, insíbase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- 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 usted quiere cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero del 2024.

¿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.

Debido a que tiene Medi-Cal (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especiales**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero del 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2024.

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 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 Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (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 Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (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 al 1-800-434-0222. Puede conocer más sobre Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) si visita su sitio web <http://www.aging.ca.gov/hicap>.

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

Es posible que califique 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 “Ayuda Adicional”, 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 California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS. 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, de 8 a.m. a 5 p.m. Línea Directa de COVID-19: de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8 a.m. a 5 p.m..

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo Obtener Ayuda de Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)

¿Tiene Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 255-4795. (Para TTY exclusivamente, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura para el 2024* (contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

En esta *Notificación Anual de Cambios*, se ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2024. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura para el 2024* de Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP). 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 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. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre proveedores de la red (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*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 ayudarle 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 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este documento se envía cada año 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 Obtener Ayuda de Medi-Cal (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.