

## This is important information on changes in your Brand New Day Plan information.

Changes to your 2023 Annual Notice of Changes, Evidence of Coverage and Summary of Benefits:

<b>Where you can find the change in your 2023 Materials:</b>	<b>Original information:</b>	<b>Corrected information:</b>	<b>What does this mean to you?</b>
<b>Annual Notice of Change -</b> Changes to Benefits and Costs for Medical Services - Medicare Part B Prescription Drugs	Not included	<p><b>2022:</b> You pay 20% coinsurance</p> <p><b>2023:</b> You pay up to 20% coinsurance.</p> <p>Certain rebatable drugs may be subject to a lower coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply.</p>	You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.
<b>Evidence of Coverage -</b> Chapter 4, Section 2.1 Your medical benefits and costs as a member of the plan - Medicare Part B Prescription Drugs	You pay 20% coinsurance	You pay up to 20% coinsurance. Certain rebatable drugs may be subject to a lower coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply.	You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.

<b>Summary of Benefits - Medicare</b> Part B Drugs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemotherapy drugs</li> <li>• Other Part B drugs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% coinsurance</li> <li>• 20% coinsurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Up to 20% coinsurance</li> <li>• Up to 20% coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply</li> </ul>	You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.
--	--	---	---

You are not required to take any action in response to this document, but we recommend you keep this information for future reference.

If you have any questions, please call us at 1-866-255-4795 (TTY users should call 711.). Hours are 8:00 am to 8:00 pm 7 days a week from October 1 - March 31 and 8:00 am to 8:00 pm Monday - Friday from April 1 - September 30.

Brand New Day is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in this plan depends on contract renewal.

2023

brand new day

A Bright HealthCare Company



BẢN TÓM TẮT  
PHÚC LỢI

**BRAND NEW DAY CLASSIC CARE I PLAN (HMO)**  
**BRAND NEW DAY CLASSIC CARE II PLAN (HMO)**

Alameda  
Fresno  
Imperial  
Kings  
Madera  
Placer  
San Francisco

San Joaquin  
San Mateo  
Santa Clara  
Sacramento  
Stanislaus  
Tulare  
Yolo

# 2023 Bản Tóm Tắt Phúc Lợi

**Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) H0838-050-002**

**Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) H0838-051-001**

Ngày 1 tháng 1 năm 2023 - Ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Brand New Day là một Tổ chức Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia chương trình tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin phúc lợi được cung cấp không liệt kê hết tất cả dịch vụ mà chúng tôi bao trả hoặc liệt kê tất cả giới hạn hoặc loại trừ. Để nhận danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi chi trả, vui lòng truy cập "Chứng Thực Bảo Hiểm" có tại [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com).

Để tham gia **Brand New Day Classic Care I Plan (HMO)** hoặc **Brand New Day Classic Care II Plan (HMO)** quý vị phải có quyền được hưởng Medicare Part A, ghi danh Medicare Part B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở California: Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Sacramento, Stanislaus, Tulare, Yolo.

Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không thuộc hệ thống nhà cung cấp của chúng tôi, chúng tôi có thể sẽ không chi trả cho các dịch vụ này.

Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay "**Medicare & Quý Vị**" hiện tại. Xem sổ tay trực tuyến tại [Medicare.gov](http://Medicare.gov) hoặc nhận bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), tổng đài hoạt động 24 giờ, 7 ngày một tuần bao gồm các ngày nghỉ lễ liên bang. Quý vị cần trợ thính TTY/TDD gọi số 1-877-486-2048.

Tài liệu này được cung cấp bằng các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn hoặc âm thanh.

**Quý vị có câu hỏi?** Vui lòng gọi Ban Phục Vụ Khách Hàng Bảo Hiểm của Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711 Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối 7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3 và Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai - Thứ Sáu từ ngày 1 tháng 4 - ngày 30 tháng 9 hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com).

<b>Phí bảo hiểm &amp; phúc lợi</b>	<b>Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)</b>	<b>Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)</b>
<b>Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình</b> Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B.	<b>\$38.90</b> <b>Phí bảo hiểm của quý vị có thể ít hơn nếu quý vị nhận được Extra Help.</b>	<b>\$0</b>
<b>Khoản khấu trừ</b>	<b>Không có khoản khấu trừ</b>	<b>Không có khoản khấu trừ</b>
<b>Trách nhiệm chi phí tự trả tối đa</b> (không bao gồm thuốc theo toa)	<b>Không quá \$3,650 hàng năm</b>	<b>Không quá \$1,500 hàng năm</b>
<b>Bệnh nhân nội trú*</b>	<b>Khấu trừ \$1,600</b> <b>Đồng thanh toán \$0</b> mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 60 <b>Đồng thanh toán \$400</b> mỗi ngày cho các ngày từ 61 đến 90**	<b>Đồng thanh toán \$150</b> mỗi ngày cho các ngày từ 1-6 <b>Đồng thanh toán \$0</b> mỗi ngày cho các ngày từ 7-90
<b>Bệnh nhân ngoại trú*‡</b>	<b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20%**</b>	<b>Đồng thanh toán \$0 - \$150</b>
<b>Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu*</b>	<b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20%**</b>	<b>Đồng thanh toán \$0 - \$75</b>
<b>Thăm khám bác sĩ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bác sĩ gia đình</li> <li>Bác sĩ chuyên khoa*</li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$0</b> <b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b> <b>Đồng thanh toán \$10</b>

\*\* Chi phí của quý vị cho chương trình Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) có thể ít hơn tùy thuộc vào trạng thái Medi-Cal của quý vị.

\* Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép.

‡ Vui lòng tham khảo Chứng Thực Bảo Hiểm (EOC) để biết thêm chi tiết về dịch vụ.

<b>Phí bảo hiểm &amp; phúc lợi</b>	<b>Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)</b>	<b>Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)</b>
<b>Chăm sóc phòng ngừa</b> Có sẵn các dịch vụ phòng ngừa khác. <ul style="list-style-type: none"> <li>Vắc-xin cúm, khám sàng lọc bệnh tiểu đường, v.v.*</li> <li>Kiểm tra sức khỏe hàng năm<sup>†</sup></li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>
<b>Chăm sóc cấp cứu</b> Miễn đồng thanh toán nếu nhập viện hoặc chuyển đến phòng cấp cứu trong vòng 72 giờ	<b>Đồng thanh toán \$0 - \$100**</b>	<b>Đồng thanh toán \$0 - \$100</b>
<b>Chăm sóc khẩn cấp</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>
<b>Các dịch vụ chẩn đoán/xét nghiệm/chẩn đoán bằng hình ảnh*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán</li> <li>Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>Chụp cộng hưởng từ (MRI), cắt lớp vi tính (CAT)<sup>‡</sup></li> <li>Quang tuyến X</li> </ul>	<b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20%**</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b> <b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20%**</b>  <b>Đồng bảo hiểm 20%**</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b> <b>Đồng thanh toán \$0 - \$50</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>

\* Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép.

<sup>†</sup> Dịch vụ không cần sự cho phép hoặc giấy giới thiệu.

\*\* Chi phí của quý vị cho chương trình Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) có thể ít hơn tùy thuộc vào trạng thái Medi-Cal của quý vị.

<sup>‡</sup> Vui lòng tham khảo Chứng thực Bảo hiểm (EOC) để biết thêm chi tiết về các dịch vụ cụ thể.

Phí bảo hiểm & phúc lợi	Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)	Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)
<p><b>Dịch vụ thính lực*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám thính giác định kỳ Một lần mỗi năm</li> <li>Gắn/đánh giá dụng cụ trợ thính Một lần mỗi năm</li> <li>Dụng cụ trợ thính</li> </ul>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>\$149 cho mỗi dụng cụ trợ thính</b> loại căn bản Quý vị sẽ nhận được 2 thiết bị trợ thính mỗi 3 năm</p>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>\$699 cho mỗi dụng cụ trợ thính</b> loại căn bản Quý vị sẽ nhận được 2 thiết bị trợ thính mỗi năm</p> <p><b>\$999 cho mỗi dụng cụ trợ thính</b> dòng cao cấp</p>
<p><b>Dịch vụ nha khoa*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nha khoa phòng ngừa (ví dụ: làm sạch, kiểm tra, chụp X quang răng miệng)</li> </ul> <p><b>Nha khoa toàn diện*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ chẩn đoán</li> <li>Dịch vụ phục hồi</li> <li>Nội nha</li> <li>Nha chu</li> <li>Nhổ răng</li> <li>Phục hình răng miệng, phẫu thuật răng hàm mặt khác, các dịch vụ khác</li> <li>Dịch vụ không định kỳ</li> </ul>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0 - \$350</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$25 - \$400</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$25 - \$720</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0 - \$780</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$70 - \$140</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0 - \$1,110</b></p> <p><b>Đồng thanh toán \$0 - \$300</b></p>
<p><b>Dịch vụ thị lực*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám mắt định kỳ</li> <li>Chụp võng mạc</li> <li>Trợ cấp cho kính mắt</li> </ul>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b> Một lần kiểm tra mỗi năm</p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b> Một lần kiểm tra mỗi năm</p> <p><b>Tối đa \$300 mỗi năm</b></p>	<p><b>Đồng thanh toán \$0</b> Một lần kiểm tra mỗi năm</p> <p><b>Đồng thanh toán \$0</b> Một lần kiểm tra mỗi năm</p> <p><b>Tối đa \$300 mỗi năm</b></p>

\* Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép.

† Có thể áp dụng các giới hạn. Xem EOC của quý vị để biết thêm chi tiết.

<b>Phí bảo hiểm &amp; phúc lợi</b>	<b>Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)</b>	<b>Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)</b>
<b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trị liệu cá nhân ngoại trú</li> <li>• Trị liệu theo nhóm ngoại trú</li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$0</b> <b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$10</b> <b>Đồng thanh toán \$10</b>
<b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)*</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b> mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 20 <b>Đồng thanh toán tối đa \$200</b> mỗi ngày cho các ngày từ 21 đến 100**	<b>Đồng thanh toán \$0</b> mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 20 <b>Đồng thanh toán tối đa \$200</b> mỗi ngày cho các ngày từ 21 đến 100
<b>Trị liệu vật lý*</b>	<b>Đồng thanh toán \$40**</b>	<b>Đồng thanh toán \$10</b>
<b>Xe cứu thương (đường bộ)*</b>	<b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20% mỗi chuyến**</b>	<b>Đồng thanh toán \$0 - \$200 mỗi chuyến</b>
<b>Vận chuyển*</b>	<b>\$0 cho 48 chuyến đi một chiều đến địa điểm được chấp thuận (tối đa 50 dặm)</b>	<b>\$0 cho 24 chuyến đi một chiều đến địa điểm được chấp thuận (tối đa 50 dặm)</b>
<b>Thuốc Medicare Part B*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuốc hoá trị</li> <li>• Các thuốc Part B khác</li> </ul>	<b>Đồng bảo hiểm 20%**</b> <b>Đồng bảo hiểm 20%**</b>	<b>Đồng bảo hiểm 20%</b> <b>Đồng bảo hiểm 20%</b>

\* Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép.

\*\* Chi phí của quý vị cho chương trình Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) có thể ít hơn tùy thuộc vào trạng thái Medi-Cal của quý vị.



	Thuốc theo toa ngoại trú			
	Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)		Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)	
<b>Khấu trừ Part D (Bậc 2 đến 5)</b>	\$0 hoặc \$104 <sup>1</sup> <sup>1</sup> Tùy thuộc vào mức Extra Help mà quý vị được nhận		\$50	
	<b>Lượng cấp thuốc 30 ngày bán lẻ theo toa</b>	<b>Lượng cấp thuốc 90 ngày đặt hàng qua đường bưu điện</b>	<b>Lượng cấp thuốc 30 ngày bán lẻ theo toa</b>	<b>Lượng cấp thuốc 90 ngày đặt hàng qua đường bưu điện</b>
<b>Bảo hiểm ban đầu</b> Quý vị ở Giai đoạn bảo hiểm ban đầu cho đến khi quý vị đạt \$4,660 chi phí thuốc (từ đầu năm đến hiện tại)				
<b>Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên</b>	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
<b>Bậc 2 - Thuốc gốc</b>	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$12	Đồng thanh toán \$24
<b>Bậc 3 - Thuốc chính hiệu ưu tiên</b>	\$0, \$1.45, \$4.15 hoặc 15% đối với các loại thuốc gốc <sup>1</sup>		Đồng thanh toán \$47	Đồng thanh toán \$94
<b>Bậc 4 - Thuốc chính hiệu không được ưu tiên</b>	\$0, \$4.30, \$10.35 hoặc 15% đối với các loại thuốc chính hiệu <sup>1</sup>		Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200
<b>Bậc 5 - Bậc thuốc chuyên khoa</b>			32% chi phí	Không áp dụng
<b>Bậc 6 - Thuốc chọn lọc</b>	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
<b>Khoảng trống bảo hiểm</b> Quý vị ở trong giai đoạn này cho đến khi khoản "chi phí tự trả" (khoản thanh toán quý vị đã trả) trong năm tính đến hiện tại đạt tổng số \$7,400				
<b>Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên</b>	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0

	Thuốc theo toa ngoại trú		
	Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)	Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)	
Bậc 2 - Thuốc gốc	\$0, \$1.45, \$4.15 hoặc 15% đối với các loại thuốc gốc <sup>1</sup> \$0, \$4.30, \$10.35 hoặc 15% đối với các loại thuốc chính hiệu <sup>1</sup>	25% chi phí	25% chi phí
Bậc 3 - Thuốc chính hiệu ưu tiên		25% chi phí	25% chi phí
Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên		25% chi phí	25% chi phí
Bậc 5 - Thuốc chuyên khoa		25% chi phí	Không áp dụng
Bậc 6 - Thuốc chọn lọc	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
	<sup>1</sup> Tùy thuộc vào mức Extra Help mà quý vị được nhận		Đồng thanh toán \$0

Thuốc theo toa ngoại trú		
	Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)	Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)
<p><b>Bảo hiểm tai ương</b></p> <p>Quý vị ở trong giai đoạn này cho đến khi khoản “chi phí tự trả” (khoản thanh toán quý vị đã trả) trong năm tính đến hiện tại đạt đến tổng chi phí là \$7,400</p>	<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán hầu hết chi phí thuốc của quý vị trong thời gian còn lại của năm (đến ngày 31 tháng 12 năm 2023).</p> <p><b>Đồng thanh toán \$4.15 hoặc 5% (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc gốc và thuốc đa nguồn ưu tiên và đồng thanh toán \$10.35 hoặc 5% (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với tất cả các loại thuốc khác.</b></p>	<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán hầu hết chi phí thuốc của quý vị trong thời gian còn lại của năm (đến ngày 31 tháng 12 năm 2023).</p> <p><b>Đồng thanh toán \$4.15 hoặc 5% (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với thuốc gốc và thuốc đa nguồn ưu tiên và đồng thanh toán \$10.35 hoặc 5% (tùy theo chi phí nào cao hơn) đối với tất cả các loại thuốc khác.</b></p>

**Thông tin quan trọng về chi phí quý vị thanh toán cho vắc-xin**

Chương trình của chúng tôi chi trả hầu hết các vắc-xin Part D và quý vị không phải thanh toán bất kỳ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của quý vị (nếu quý vị có khoản khấu trừ). Hãy gọi cho Ban Phục Vụ Khách Hàng Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

**Thông tin quan trọng về chi phí quý vị thanh toán cho Insulin**

Quý vị sẽ không thanh toán quá \$35 (hoặc ít hơn, tùy thuộc vào mức Extra Help của quý vị hoặc nếu khoản đồng thanh toán Bạc 3 của quý vị ít hơn \$35) để nhận lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm thuốc insulin được chương trình của chúng tôi chi trả, bất kể bậc chia sẻ chi phí của thuốc và bất kể quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của quý vị (nếu quý vị có khoản khấu trừ).

Chia sẻ chi phí có thể khác nhau tùy theo nhà thuốc quý vị chọn và thời điểm quý vị bắt đầu giai đoạn mới của phúc lợi Part D.

<b>Phúc lợi bổ sung*</b>	<b>Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)</b>	<b>Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)</b>
<b>Vật phẩm không kê toa (OTC)</b>	<b>Tối đa \$210 mỗi 3 tháng</b>	<b>Tối đa \$40 mỗi 3 tháng</b>
<b>Trợ cấp Thực phẩm Lành mạnh‡</b>	<b>Lên đến \$50 mỗi tháng cho thực phẩm lành mạnh cho các khách hàng bảo hiểm mắc bệnh mãn tính đủ điều kiện</b>	<b>Không được bao trả</b>
<b>Tư vấn Bữa ăn và Dinh dưỡng (Thực Hiện Các Bữa Ăn Dễ Dàng - Made Easy Meals)‡</b>	<b>Mỗi tháng nhận 14 bữa ăn trong vòng 12 tháng (tổng cộng 168 bữa ăn). Dịch vụ giao thức ăn được bao gồm 1 lần mỗi tháng.</b>	<b>Mỗi tuần nhận 15 bữa ăn trong vòng 6 tuần (tổng cộng 90 bữa ăn). Dịch vụ giao thức ăn được bao gồm 1 lần mỗi tuần. Nhận thêm tối đa 30 bữa ăn khi đồng thanh toán \$5 mỗi bữa ăn.</b>
<b>Châm cứu*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả</li> <li>Châm cứu định kỳ</li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Tối đa 30 lần thăm khám mỗi năm kết hợp với dịch vụ Nắn xương khớp định kỳ.</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Tối đa 12 lần thăm khám mỗi năm kết hợp với dịch vụ Nắn xương khớp định kỳ.</b>
<b>Dịch vụ nắn xương khớp*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch vụ nắn xương khớp được Medicare bao trả</li> <li>Dịch vụ nắn xương khớp định kỳ</li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Tối đa 30 lần thăm khám mỗi năm kết hợp với dịch vụ Châm cứu định kỳ.</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Đồng thanh toán \$0</b>  <b>Tối đa 12 lần thăm khám mỗi năm kết hợp với dịch vụ Châm cứu định kỳ.</b>
<b>Hội viên phòng tập thể dục</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>
<b>Khám sức khỏe từ xa 24/7</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>

‡ Vui lòng tham khảo Chứng thực Bảo hiểm (EOC) để biết thêm chi tiết về các dịch vụ cụ thể.

<b>Phúc lợi bổ sung*</b>	<b>Brand New Day Classic Care I Plan HMO (50-2)</b>	<b>Brand New Day Classic Care II Plan HMO (51-1)</b>
<b>Hệ thống Ứng cứu Khẩn cấp Cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>	<b>Đồng thanh toán \$0</b>
<b>Thiết bị y tế lâu bền (DME)*</b>	<b>Đồng bảo hiểm 20%**</b>	<b>Đồng bảo hiểm \$0 - 20%</b>
<b>Chăm sóc cấp cứu toàn cầu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chăm sóc khẩn cấp</li> <li>• Phòng cấp cứu</li> <li>• Dịch vụ vận chuyển cấp cứu</li> </ul>	<b>Đồng thanh toán \$100</b> <b>Phạm vi bảo hiểm lên đến \$50,000</b>	<b>Đồng thanh toán \$100</b> <b>Phạm vi bảo hiểm lên đến \$50,000</b>

\*\* Chi phí của quý vị cho Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) có thể nhiều hơn tùy thuộc tình hình Medi-Cal của quý vị.

## THÔNG BÁO VỀ KHÔNG KỲ THỊ

Brand New Day tuân theo các luật Liên bang hiện hành về dân quyền và không kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Brand New Day không loại trừ hay đối xử với mọi người theo cách khác nhau vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Brand New Day

- Cung cấp dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên có chuyên môn
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, vui lòng liên lạc Ban Phục Vụ Khách Hàng của Brand New Day theo số: 1-866-255-4795 (TTY 711). Giờ làm việc: Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối 7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3 và Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai - Thứ Sáu từ ngày 1 tháng 4 - ngày 30 tháng 9.

Nếu quý vị cho rằng Brand New Day đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc kỳ thị theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn than phiền bằng cách gọi đến Ban Phục Vụ Khách Hàng hoặc gửi thư đến:

Brand New Day  
Attn: Appeals & Grievances Department  
5455 Garden Grove Blvd, Suite 500  
Westminster, California 92683  
Fax: 657-400-1217  
Email: [Complaints@universalcare.com](mailto:Complaints@universalcare.com)

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp khiếu nại, Ban Phục Vụ Khách Hàng của chúng tôi luôn sẵn sàng giúp quý vị.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo phương thức điện tử thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại Dân Quyền của Văn Phòng này tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua thư hoặc qua điện thoại:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697  
Mẫu đơn khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## **Ghi Chú về Các Ngôn Ngữ Khác** **Dịch vụ thông dịch đa ngôn ngữ**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-255-4795. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-255-4795. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-255-4795。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-255-4795。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-255-4795. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-255-4795. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương trình sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-255-4795 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-255-4795. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-255-4795 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-255-4795. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

### **Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-255-4795. سيقوم شخص ما بتدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-255-4795 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-255-4795. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-255-4795. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-255-4795. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-255-4795. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-255-4795にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。