

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024 年 福利摘要

Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)

Alameda
Contra Costa
Fresno
Imperial
Kern
Kings
Los Angeles

Madera
Orange
Placer
Riverside
Sacramento
San Bernardino

San Francisco
San Joaquin
Solano
Stanislaus
Tulare
Yolo

2024 年福利摘要

Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) H0838-024

2024 年 1 月 1 日 - 2024 年 12 月 31 日。

Brand New Day 是簽訂 Medicare 合約的 HMO SNP。投保 Brand New Day 取決於續約情況。本計劃也與 CA Medicaid 方案有書面協議，以協調您的 Medicaid 給付。

所提供的福利資訊並未列出我們給付的每項服務，或是並未列出所有限制或排除項目。若要取得我們給付的服務完整清單，請前往 www.bndhmo.com 存取「承保證明」。

本計劃為 **Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)**，適用於同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。身為雙重資格保險受益人，您的服務將先由 Medicare 給付，然後再由 Medicaid 給付。Medicaid 給付的額度取決於您所擁有的 Medicaid 資格類型。如要加入 **Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)**，您必須屬於下列其中一種 Medicaid 資格類別：

- **合資格 Medicare 保險受益人 (QMB)：**Medicaid 會給付您的 Medicare Part A 和 Part B 保費、自付額、共同保險金和共付額金額。除此之外，您不符合任何其他 Medicaid 福利的資格。
- **合資格 Medicare 保險受益人 Plus (QMB+)：**Medicaid 會給付您的 Medicare Part A 和 Part B 保費、自付額、共同保險金和共付額金額。您也符合 Medicare 承保下完整 Medicaid 福利的資格。
- **完整福利雙重資格 — 僅限 Medicaid：**您符合完整 Medicaid 福利的資格。Medicaid 可能會為 Medicare 分攤費用提供一些援助。一般來說，由 Medicare 和 Medicaid 共同給付服務時，您的分攤費用會是 \$0。在某些情況下，如果 Medicaid 不給付服務或福利，則您可能必須支付 Medicare 分攤費用。

如果您的 Medicaid 資格變更，您的分攤費用可能會增加或減少。您必須保持符合 Medicaid 資格並持續加以投保，才能繼續投保本計劃。您還必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內。我們的服務區域包含 California 的下列郡：Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kern、Kings、Los Angeles、Madera、Orange、Placer、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Francisco、San Joaquin、Solano、Stanislaus、Tulare 及 Yolo。

除非是急診或緊急情況，否則若您使用不在我們網絡內的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare 與您**」手冊。請造訪 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 線上檢視該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本，服務時間全年無休（含某些聯邦假日）。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

本文件提供其他格式，例如點字、大字體或音訊版本。

有任何問題嗎？ 請致電 Brand New Day 保戶服務部門，電話：(866) 255-4795，TTY：711，服務時間為 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天，或造訪我們的網站：www.bndhmo.com。

保費與福利	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
每月計劃保費 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$41 如果您獲得 Extra Help，您的保費可能會更少。	\$0
自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包括處方藥)	不超過每年 \$8,850	\$0
住院*	\$1,600 自付額 第 1 至 60 天的每日 共付額為 \$0 第 61 至 90 天的每日 共付額為 \$400 這些為 2023 年的分攤費用金額，且可能會於 2024 年進行變更。我們會在發佈後儘快於 www.bndhmo.com 提供更新的費用。	共付額 \$0
醫院門診* ‡	共同保險金 20%	共付額 \$0
門診手術中心*	共同保險金 20%	共付額 \$0
醫生門診 • 主治醫生 • 專科醫生*	共同保險金 40% 共同保險金 40%	共付額 \$0 共付額 \$0
預防性照護 提供其他預防性服務。 • 流感疫苗、糖尿病篩檢等* • 例行年度體檢	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱《承保證明 (EOC)》，以瞭解特定服務的詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
急診照護 如果在 72 小時內住院或重新入院至 ER，則免付共付額	共付額 \$100	共付額 \$0
緊急護理	共付額 \$0	共付額 \$0
診斷服務/化驗/成像* - 診斷性檢查和程序 - 化驗服務 - MRI、CAT 掃描 - X 光	共同保險金 20% 共付額 \$0 共同保險金 20% 共同保險金 20%	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0
聽力服務 - Medicare 承保的聽力檢查 - 每年一次例行聽力檢查 - 助聽器選配和評估 每年一次 - 助聽器*	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每個基礎型號助聽器 \$149 您每 3 年會獲得 2 個助聽器	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
牙科服務† - Medicare 承保的牙科服務* - 預防性牙科（例如口腔檢查、X 光、清潔）	共付額 \$0 共付額 \$0 - \$17	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
綜合性牙科* - 診斷服務 - 修復服務 - 牙髓病學 - 牙周病學 - 拔牙 - 牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務 - 非例行性服務	共付額 \$2 - \$3 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$350 共付額 \$0 - \$350 共付額 \$20	 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
視力服務* † - Medicare 承保的眼睛檢查 - Medicare 承保的眼鏡 - 例行眼睛檢查 - 視網膜成像 - 眼鏡費用	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每年一次檢查 \$0 共付額 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額 \$0 共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
心理健康服務* - 門診個人治療 - 門診團體治療	共付額 \$45 共付額 \$45	共付額 \$0 共付額 \$0
專業護理機構 (SNF)*	第 1 至 20 天的每日共付額為 \$0 第 21 至 100 天的每日共付額最高為 \$200 這些為 2023 年的分攤費用金額，且可能會於 2024 年進行變更。我們會在發佈後儘快於 www.bndhmo.com 提供更新的費用。	共付額 \$0
物理治療*	共付額 \$50	共付額 \$0
救護車（地面）*	每次搭乘的共同保險金 20%	共付額 \$0
救護車（空中）*	共同保險金 20%	共付額 \$0
接送*	前往計劃核准地點的 12 次單程接送（上限 50 英里）為 \$0	請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
Medicare Part B 藥物* - 化療藥物 - 其他 Part B 藥物 - Part B 胰島素藥物	共同保險金 20%，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限 共同保險金 20%，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限 共付額 \$35	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

門診處方藥

Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)
(24)

Part D 自付額
(第 2 級至第 5 級)

\$0¹
¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

零售處方藥 30 天藥量

郵購 100 天藥量

Part D 胰島素
第 3 級 – 首選原廠藥

共付額 \$35

共付額 \$70

初始承保
在藥物費用（年度至今）達到
\$5,030 之前，您會處於初始承保期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

第 3 級 – 首選原廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹
針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 4 級 – 非首選原廠藥

第 5 級 – 專用層級藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

承保缺口

在年度至今「自費費用」（您的付款）達到總計 \$8,000 之前，您會處於此期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹
針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 3 級 – 首選原廠藥

第 4 級 – 非首選藥物

第 5 級 – 特殊藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

門診處方藥	
	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)
重大傷病承保 在年度至今「自費費用」（您的付款）達到總計 \$8,000 之後，您會處於此期	在此階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用。 一旦進入重大傷病承保階段，您就會處於該付款階段，直到當曆年度年底為止（直到 2024 年 12 月 31 日）。

分攤費用可能會因您選擇的藥房以及您進入 Part D 福利新期的時間而有不同。

額外福利	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)
全年無休遠程醫療	共付額 \$0
針灸* - Medicare 承保的針灸 - 例行針灸	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行整脊服務的門診。
整脊服務* - Medicare 給付的整脊照護 - 例行整脊照護	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行針灸服務的門診。
耐用醫療設備 (DME)*	共同保險金 20%
隨心卡 (Flex Card) 您將擁有一張可在零售地點使用的卡片，享有 下列所有個人福利： 非處方 (OTC) 項目	每月 最高 \$33
健身房會員資格*	共付額 \$0
健康食品津貼 ‡ 這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合特定條件才能享有這些福利。	符合資格之患有慢性病症的保戶，每個月最多可享 \$50 的健康食品
餐點 (輕鬆用餐) * ‡	每個月獲得 14 次餐點，為期 12 個月（總計 168 次餐點）。每個月有 1 次送餐服務。
個人緊急應變系統 (PERS)*	共付額 \$0
磅秤 這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合特定條件才能享有這些福利。	共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱承保證明 (EOC) 以瞭解特定服務的詳細資訊。

額外福利

Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)

全球急診照護

- 緊急護理
- 急診室
- 緊急情況運送

共付額 \$100

承保範圍最高至 \$50,000

Medi-Cal 承保福利摘要

可透過 Brand New Day California 取得之服務

除了福利摘要所述的 Medicare 服務之外，根據您的 Medi-Cal 承保層級，您可能符合以下 Medi-Cal 福利的資格。如需資格規則、完整的服務清單，以及 Medi-Cal 福利的其他資訊，請造訪 www.bndhmo.com。

住院照護	診斷檢驗、實驗室和放射科服務，以及 X 光
住院心理健康照護	門診醫院服務
專業護理機構 (SNF)	藥物濫用門診治療服務
急診照護	腎臟透析
緊急需求服務	救護車服務
居家健康照護	常規接送服務
安寧服務	糖尿病用品和服務
醫師診間看診	耐用醫療設備 (DME)
預防性照護	義肢裝置
足部護理	疫苗接種
遠距醫療	牙科服務
言語治療	視力服務
物理治療/職能治療	聽力服務
心理健康照護	處方藥物福利

上述類別受您 Medi-Cal 合約中所列的承保範圍和限制政策規範。

有任何問題嗎？ 您為承保服務支付的費用可能取決於您的 Medi-Cal 資格層級。如果您對您的 Medi-Cal 資格和您有資格獲得的福利有所疑問，請致電：1-800-221-3943