

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

Resumen de Beneficios

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

Resumen de Beneficios para el

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

Del 1 de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.

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.

La información sobre beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la "Evidencia de Cobertura" en www.bndhmo.com.

Este plan es un **Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP)** para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Como beneficiario con doble elegibilidad, sus servicios son pagados por Medicare y, luego, por Medicaid. Lo que cubre Medicaid depende del tipo de elegibilidad de Medicaid que usted tenga. Para inscribirse en **Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP)**, debe estar en una de las siguientes categorías de elegibilidad de Medicaid:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Medicaid cubre sus primas, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y B. De lo contrario, no es elegible para ningún beneficio de Medicaid.
- **Beneficiario Plus calificado de Medicare (QMB+):** Medicaid cubre sus primas, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y B. También es elegible para los beneficios completos de Medicaid, secundarios a su cobertura de Medicare.
- **Doblemente elegible con beneficios completos — Solo Medicaid:** Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. Medicaid puede proporcionar asistencia con los costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es \$0 cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar costos compartidos de Medicare cuando el servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.

Si su categoría de elegibilidad para Medicaid cambia, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Usted debe seguir siendo elegible y estar inscrito en Medicaid para permanecer inscrito en este plan. También debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Francisco, San Joaquin, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y Usted**" actual. Consúltelo en línea en Medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de servicios para Miembros del Brand New Day al (866) 255-4795, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana o visite nuestro sitio web en www.bndhmo.com.

Primas y beneficios	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	\$41 Su prima puede ser menor si no está recibiendo Ayuda Adicional.	\$0
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No más de \$8,850 al año	\$0
Servicios hospitalarios para pacientes internados*	Deducible de \$1,600 \$0 de copago por día para los días del 1 al 60 \$400 de copago por día para los días del 61 al 90 Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al 2023 y que podrían cambiar para el 2024. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en www.bndhmo.com tan pronto como se publiquen.	\$0 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡	20% de coseguro	\$0 de copago
Servicios en centros de cirugía ambulatoria*	20% de coseguro	\$0 de copago
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	40% de coseguro 40% de coseguro	\$0 de copago \$0 de copago

* Estos servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

Primas y beneficios	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<p>Cuidado preventivo</p> <p>Existen otros servicios preventivos disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.* • Examen físico anual de rutina 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>El copago se cancela si el paciente es admitido en el hospital o si es admitido nuevamente en la sala de emergencias en un plazo de 72 horas.</p>	<p>\$100 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Atención médica de urgencia</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y obtención de imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Exploración por IRM o TAC • Radiografías 	<p>20% de coseguro</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20% de coseguro</p> <p>20% de coseguro</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición cubierto por Medicare Examen de audición de rutina Uno por año Ajustes y evaluaciones de audífonos Uno por año Servicios de audición* 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$149 por audífono para el modelo básico. Usted recibe 2 audífonos cada 3 años.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p>
<p>Servicios dentales†</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales cubiertos por Medicare* Servicios dentales preventivos (por ejemplo, exámenes orales, radiografías, limpiezas) <p>Servicios dentales integrales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de diagnóstico Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Extracciones Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios Servicios que no son de rutina 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 a \$17 de copago</p> <p>\$2 a \$3 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$350 de copago</p> <p>\$0 - \$350 de copago</p> <p>\$20 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

† Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

Primas y beneficios	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Servicios para la vista*† <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista cubiertos por Medicare Anteojos cubiertos por Medicare Examen de la vista de rutina Obtención de imágenes de la retina Asignación para artículos de la vista 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Un examen por año \$0 de copago</p> <p>Un examen por año Hasta \$300 por año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p>
Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> Terapia individual para pacientes ambulatorios Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	<p>\$45 de copago</p> <p>\$45 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>
Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*	<p>\$0 de copago por día para los días del 1 al 20</p> <p>Hasta \$200 de copago por día para los días del 21 al 100</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al 2023 y que podrían cambiar para el 2024. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en www.bndhmo.com tan pronto como se publiquen.</p>	<p>\$0 de copago</p>
Fisioterapia*	<p>\$50 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
Ambulancia (terrestre)*	<p>20% de coseguro por viaje</p>	<p>\$0 de copago</p>
Ambulancia (aérea)*	<p>20% de coseguro</p>	<p>\$0 de copago</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

† Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

Primas y beneficios	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Transporte*	\$0 por 12 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)	Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.
Medicamentos de Medicare Parte B* <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B • Medicamentos de insulina de la Parte B 	<p>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p>\$35 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

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

**Deducible de la Parte D
(Niveles 2 a 5)**

\$0¹
¹Según el nivel de Ayuda Adicional que reciba

**Suministro de 30 días para
medicamentos recetados
en venta minorista**

**Suministro de 100 días
para pedidos por correo**

**Insulinas de la Parte D
Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

\$35 de copago

\$70 de copago

Cobertura inicial

Usted está en la etapa de Cobertura inicial hasta que alcance \$5,030 en costos de medicamentos (hasta la fecha).

Nivel 1: Genéricos preferidos

Nivel 2: Genéricos

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

**Nivel 4: Medicamentos de
marca no preferidos**

**Nivel 5: Nivel de
medicamentos especializados**

Nivel 6: Atención selecta

\$0 de copago

\$0 de copago

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos¹
\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca¹**

\$0 de copago

\$0 de copago

¹Según el nivel de Ayuda adicional que reciba

Brecha de cobertura

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$8,000.

Nivel 1: Genéricos preferidos

Nivel 2: Genéricos

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

**Nivel 4: Medicamentos no
preferidos**

Nivel 5: Especializados

Nivel 6: Atención selecta

\$0 de copago

\$0 de copago

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos¹
\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca¹**

\$0 de copago

\$0 de copago

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

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

¹Según el nivel de Ayuda adicional que reciba

Cobertura para catástrofes

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000

En esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2024).

Los costos compartidos podrían cambiar dependiendo de la farmacia que use y cuando entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

Beneficios adicionales	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)
Telemedicina 24/7	\$0 de copago
Acupuntura* <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura cubierta por Medicare • Acupuntura de rutina 	\$0 de copago \$0 de copago Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.
Servicios quiroprácticos* <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare • Cuidado quiropráctico de rutina 	\$0 de copago \$0 de copago Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.
Los servicios de equipo médico duradero (DME)*	20% de coseguro
Tarjeta Flex Dispondrá de una tarjeta que podrá utilizar en las tiendas minoristas para acceder a todos los beneficios individuales que se indican a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de venta libre (OTC) 	Hasta \$33 cada mes
Membresía para el gimnasio*	\$0 de copago
Asignación para alimentos saludables‡ Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios.	Hasta \$50 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique
Comidas (Programa Made Easy Meals)*‡	Reciba 14 comidas cada mes, durante 12 meses (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez al mes.

* Estos servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

Beneficios adicionales	Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	\$0 de copago
Balanzas Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios.	\$0 de copago
Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica de urgencia • Sala de emergencias • Transporte de emergencia 	\$100 de copago Cobertura de hasta \$50,000

* Estos servicios pueden requerir autorización.

Resumen de los beneficios cubiertos de Medi-Cal

Servicios disponibles a través de Brand New Day California

Además de los servicios de Medicare descritos en el Resumen de Beneficios, es posible que sea elegible para acceder a los siguientes beneficios de Medi-Cal según el nivel de su cobertura de Medi-Cal. Para conocer los requisitos de elegibilidad, acceder a una lista completa de los servicios y obtener información adicional sobre los beneficios de Medi-Cal, visite: www.bndhmo.com.

Atención en Hospital para Pacientes Internados	Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías
Cuidado de la Salud Mental de Pacientes Internados	
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios
Atención médica de emergencia	Servicios Ambulatorios por Abuso de Sustancias
Servicios Urgentemente Necesarios	Diálisis Renal
Atención Médica Domiciliaria	Servicios de Ambulancia
Atención para Pacientes Terminales	Transporte de Rutina
Consultas con el Médico	Suministros y Servicios para Diabéticos
Cuidado Preventivo	Equipo Médico Duradero (DME)
Cuidado de los Pies	Prótesis
Telemedicina	Vacunas
Terapia del Habla	Servicios Dentales
Fisioterapia/Terapia Ocupacional	Servicios de Visión
Atención de Salud Mental	Servicios de Audición
	Beneficios de Medicamentos con Receta

Las categorías descritas anteriormente se rigen por las pólizas de cobertura y limitaciones que se enumeran en su contrato de Medi-Cal.

¿Tiene preguntas? El monto que paga por los servicios cubiertos puede variar según su nivel de elegibilidad de Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medi-Cal y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al: 1-800-221-3943