

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

# Resumen de Beneficios

**Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)**

Los Angeles  
Orange

Riverside  
San Bernardino

San Diego

# Resumen de Beneficios para el

**Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) H0838-039-001**

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.

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](http://www.bndhmo.com).

Para registrarse en **Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicios. Además, debe tener Diabetes, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) o Trastornos cardiovasculares (solo incluye arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

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](http://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](http://www.bndhmo.com).

| Primas y beneficios   | Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1) |
|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.   | \$0  |
| <b>Deducible</b>  | Sin deducible                                      |
| <b>Responsabilidad máxima de su bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos recetados)   | No más de \$999 al año                             |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes internados*</b>   | \$0 por estadía                                    |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡</b>  | \$0 - \$100 de copago                              |
| <b>Servicios en centros de cirugía ambulatoria*</b>   | \$0 - \$75 de copago                               |
| <b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>   | \$0 de copago<br>\$0 de copago                     |
| <b>Cuidado preventivo</b><br>Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.*</li> <li>• Examen físico anual de rutina</li> </ul> | \$0 de copago<br><br>\$0 de copago                 |
| <b>Atención médica de emergencia</b><br>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.   | \$0 - \$125 de copago                              |
| <b>Atención médica de urgencia</b>  | \$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 Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)  |
|---|---|
| <p><b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y obtención de imágenes*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Exploración por IRM o TAC</li> <li>• Radiografías</li> </ul>  | <p><b>\$0 de copago</b><br/> <b>\$0 de copago</b><br/> <b>\$75 de copago</b><br/> <b>\$0 de copago</b></p>  |
| <p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina<br/>Uno por año</li> <li>• Ajustes y evaluaciones de audífonos<br/>Uno por año</li> <li>• Servicios de audición*</li> </ul>   | <p><b>\$0 de copago</b><br/> <b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$149 por audífono</b><br/>para el modelo básico. Usted recibe 2 audífonos cada 3 años.</p>   |
| <p><b>Servicios dentales†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare*</li> <li>• Servicios dentales preventivos (por ejemplo, exámenes orales, radiografías, limpiezas)</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios</li> <li>• Servicios que no son de rutina</li> </ul> | <p><b>\$0 de copago</b><br/> <b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 a \$6 de copago</b><br/> <b>\$25 - \$400 de copago</b><br/> <b>\$25 - \$720 de copago</b><br/> <b>\$0 - \$780 de copago</b><br/> <b>\$0 - \$360 de copago</b><br/> <b>\$0 - \$2,160 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$300 de copago</b></p> |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

| Primas y beneficios   | Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)   |
|---|--|
| <p><b>Servicios para la vista*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de la vista de rutina</li> <li>• Obtención de imágenes de la retina</li> <li>• Asignación para artículos de la vista</li> </ul> | <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b><br/><b>\$0 de copago</b></p> <p>Un examen por año<br/><b>\$0 de copago</b><br/>Un examen por año<br/><b>Hasta \$300 por año</b></p>  |
| <p><b>Servicios de salud mental*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>   | <p><b>\$40 de copago</b></p> <p><b>\$40 de copago</b></p>  |
| <p><b>Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*</b></p>   | <p><b>\$0 de copago</b><br/>por día para los días del 1 al 20</p> <p><b>Hasta \$200 de copago</b><br/>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 <a href="http://www.bndhmo.com">www.bndhmo.com</a> tan pronto como se publiquen.</p> |
| <p><b>Fisioterapia*</b></p>   | <p><b>\$10 de copago</b></p>   |
| <p><b>Ambulancia (terrestre)*</b></p>   | <p><b>\$0 - \$200 de copago por viaje</b></p>  |
| <p><b>Ambulancia (aérea)*</b></p>   | <p><b>20% de coseguro</b></p>  |
| <p><b>Transporte*</b></p>   | <p><b>\$0 por 12 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)</b></p>  |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

## Primas y beneficios

## Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)

### Medicamentos de Medicare Parte B\*

- Medicamentos para quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B
- Medicamentos de insulina de la Parte B

**20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten**

**20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten**

**\$0 de copago**

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)

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

Sin deducible

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**

\$0 de copago

\$0 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**

\$0 de copago

\$0 de copago

**Nivel 2: Genéricos**

\$9 de copago

\$18 de copago

**Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

\$47 de copago

\$94 de copago

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

\$90 de copago

\$180 de copago

**Nivel 5: Nivel de  
medicamentos especializados**

33% del costo

No disponible

**Nivel 6: Atención selecta**

\$0 de copago

\$0 de copago

#### **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**

\$0 de copago

\$0 de copago

**Nivel 2: Genéricos**

25% del costo

25% del costo

**Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

25% del costo

25% del costo

**Nivel 4: Medicamentos no  
preferidos**

25% del costo

25% del costo

**Nivel 5: Especializados**

25% del costo

No disponible

**Nivel 6: Atención selecta**

\$0 de copago

\$0 de copago

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)

#### **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 Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)  |
|--|---|
| Telemedicina 24/7  | \$0 de copago   |
| <b>Acupuntura*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>• Acupuntura de rutina</li> </ul>  | \$0 de copago<br>\$0 de copago<br>Hasta 12 consultas por año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.                       |
| <b>Servicios quiroprácticos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare</li> <li>• Cuidado quiropráctico de rutina</li> </ul>  | \$0 de copago<br>\$0 de copago<br>Hasta 12 consultas por año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.                        |
| Los servicios de equipo médico duradero (DME)*   | \$0 - 20% de coseguro   |
| <b>Tarjeta Flex</b><br>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"> <li>• <b>Artículos de venta libre (OTC)</b></li> </ul> | Hasta \$25 cada mes   |
| Membresía para el gimnasio*  | \$0 de copago   |
| Servicios de apoyo en el hogar*  | \$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario. No todos los miembros calificarán, consulte su EOC para obtener más información. |
| Comidas (Programa Made Easy Meals)*‡   | Reciba 14 comidas cada semana, durante 12 semanas (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez por semana.       |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

| Beneficios adicionales   | Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) (39-1)           |
|--|--|
| <b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</b>  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Balanzas</b><br>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. | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Atención de emergencia a nivel mundial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica de urgencia</li> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Transporte de emergencia</li> </ul>                     | <b>\$125 de copago</b><br><b>Cobertura de hasta \$50,000</b> |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.