

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024 年 福利摘要

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)

Alameda
Contra Costa
Fresno
Imperial
Kern
Kings

Madera
Placer
Sacramento
San Francisco
San Joaquin
San Mateo

Santa Clara
Solano
Stanislaus
Tulare
Yolo

2024 年福利摘要

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H0838-040-002

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。

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」。

若要加入 **Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)**，您必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內，且必須診斷出糖尿病、慢性心臟衰竭 (CHF) 或心血管疾病（限於心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病或慢性靜脈血栓栓塞性疾病）。我們的服務區域包含 California 的下列郡：Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kern、Kings、Madera、Placer、Sacramento、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、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 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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*	共付額 \$0 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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 共付額 \$0 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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 \$0	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)
(40-2)

Part D 自付額
(第 2 級至第 5 級)

\$0*

*適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶

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 \$0*

共付額 \$0*

*適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶

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

共付額 \$0*

共付額 \$0*

第 3 級 - 首選原廠藥

共付額 \$0*

共付額 \$0*

第 4 級 - 非首選原廠藥

共付額 \$0*

共付額 \$0*

第 5 級 - 專用層級藥物

共付額 \$0*

不提供

第 6 級 - 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

*適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶

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

共付額 \$0*

共付額 \$0*

第 3 級 - 首選原廠藥

共付額 \$0*

共付額 \$0*

第 4 級 - 非首選藥物

共付額 \$0*

共付額 \$0*

門診處方藥		
	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	
第 5 級 - 特殊藥物 第 6 級 - 特定護理藥物	共付額 \$0* 共付額 \$0 *適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶	共付額 \$0* 共付額 \$0
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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)
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 12 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 12 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 \$50
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 \$30 的健康食品
家庭支援服務*	每個日曆年最多 20 小時的共付額 \$0。並非所有會員都符合資格，詳情請參閱您的 EOC。
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

* 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)
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
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