

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

혜택 요약

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 년 혜택 요약

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

2024 년 1월 1일 ~ 12월 31일

Brand New Day는 Medicare와 계약을 맺은 HMO SNP입니다. Brand New Day의 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

제공되는 혜택 정보는 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 또는 예외 사항을 열거하지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면 www.bndhmo.com에서 “보험 적용 확인서”를 액세스 하십시오.

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)에 가입하려면 귀하는 Medicare Part A 가입 유자격자이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며, 당사의 서비스 지역에 거주하고 있어야 하고, 당뇨병, 만성 심부전(CHF) 또는 심혈관 질환이 있어야 합니다(심장 부정맥, 관상동맥 질환, 말초 혈관 질환 또는 만성 정맥 혈전색전성 질환에 제한됨). California 주에서 당사의 서비스 지역에 해당하는 카운티는 다음과 같습니다.

Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare 및 Yolo.

응급 또는 긴급 상황을 제외하고, 귀하가 당사 네트워크에 없는 제공업체를 이용하는 경우 당사는 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대한 자세한 내용은 배포 중인 “**Medicare & You**” 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 Medicare.gov에서 온라인으로 확인하시거나 연방 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

본 문서는 점자, 대형 활자 및 오디오 등의 기타 형식으로도 제공됩니다.

궁금하신 사항이 있으십니까? Brand New Day 가입자 서비스부((866) 255-4795, TTY: 711, 주 7 일 오전 8시~오후 8시(PT))로 전화하거나 당사 웹사이트(www.bndhmo.com)를 방문하십시오.

보험료 및 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
월 플랜 보험료 반드시 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다.	\$41 Extra Help 를 받는 경우 보험료가 더 낮아질 수 있습니다.	\$0
공제액	공제액 없음	공제액 없음
가입자 부담 최대한도액 (처방약 제외)	연간 \$8,850 이하	\$0
병원 입원*	공제액 \$1,600 1~60일간 1일당 본인 부담금 \$0 61~90일간 1일당 본인 부담금 \$400 이는 2023년의 비용 부담액이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. 당사는 업데이트된 요금이 www.bndhmo.com 에 공개되는 즉시 제공할 것입니다.	본인 부담금 \$0
병원 외래* ‡	공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
수술 센터 외래*	공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
의사 방문 • 주치의 • 전문의*	본인 부담금 \$0 공동 보험료 40%	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
예방 진료 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. • 독감 백신, 당뇨병 선별검사 등* • 정기적인 연간 신체 검사	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
응급 진료 72시간 이내에 병원에 입원하거나 ER에 재입원하면 본인 부담금이 면제됨	본인 부담금 \$100	본인 부담금 \$0
긴급 치료	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
진단 서비스/검사실/영상* • 진단 검사 및 시술 • 검사실 서비스 • MRI, CAT 스캔 • 엑스레이 촬영	공동 보험료 20% 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0
청각 진료 서비스 • Medicare 보장 청력 검사 • 정기 청력 검사 매년 1회 • 보청기 피팅 및 평가 매년 1회 • 보청기*	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 기본 모델의 경우 보청기당 \$149 코페이 (copay) 3년간 보청기 2개로 제한	본인 부담금 \$0 Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
치과 서비스 † • Medicare 보장 치과 서비스 * • 예방 치과 진료(예: 구강 검사, 엑스레이, 스케일링) 종합 치과* • 진단 서비스 • 수복 서비스 • 근관 치료 • 치주염 치료 • 발치 • 치과 보철의, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스 • 비정기 서비스	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$17 본인 부담금 \$2 - \$3 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$350 본인 부담금 \$0 - \$350 본인 부담금 \$20	본인 부담금 \$0 Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오. Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
안과 서비스* † • Medicare 보장 눈 검사 • Medicare 보장 안경류 • 정기 눈 검사 • 망막 영상 촬영 • 안경류 보조금	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 본인 부담금 \$0 매년 1회 검사 연간 최대 \$300	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 Medi-Cal의 혜택에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
정신 건강 서비스* • 외래환자 개인 치료 • 외래환자 집단(심리)요법	본인 부담금 \$45 본인 부담금 \$45	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0

†제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	Medicare + Full Medi-Cal 적용 후 비용
전문 간호 시설(SNF)*	1~20일간 1일당 본인 부담금 \$0 21~100일간 1일당 본인 부담금 최대 \$200 이는 2023년의 비용 분담액이며 2024년에는 변경될 수 있습니 다. 당사는 업데이트된 요금이 www.bndhmo.com 에 공개 되는 즉시 제공할 것입니다.	본인 부담금 \$0
물리치료*	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
구급차(지상)*	탑승당 공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
구급차(항공)*	공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
차량 서비스*	플랜에서 승인된 위치의 편도 이 동(최대 50마일 한도) 12회에 \$0	Medi-Cal의 혜택에 대한 자세 한 내용은 Medi-Cal 핸드북을 참조하십시오.
Medicare Part B 의약품*		
• 화학요법 의약품	인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
• 기타 Part B 의약품	인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20%	본인 부담금 \$0
• Part B 인슐린 의약품	본인 부담금 \$35	본인 부담금 \$0

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방약

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

**Part D 공제액
(2~5단계)**

\$0*

***FBDE(Full Benefit Dual Eligible) 회원용**

소매 Rx 30일분

우편 주문 100일분

**Part D 인슐린
3단계 - 우선 브랜드 약**

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

***FBDE(Full Benefit Dual Eligible) 회원용**

초기 보장

약물 비용이 \$5,030에 도달할 때
까지 초기 보장 단계에 있음(연초
부터 현재까지)

1단계 - 우선 제네릭 약

본인 부담금 \$0

본인 부담금 \$0

2단계 - 제네릭 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

3단계 - 우선 브랜드 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

4단계 - 비우선 브랜드 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

5단계 - 특수 단계 의약품

본인 부담금* \$0

해당되지 않음

6단계 - 선별 진료 의약품

본인 부담금 \$0

본인 부담금 \$0

***FBDE(Full Benefit Dual Eligible) 회원용**

보장 차이

가입자는 연초부터 현재까지의 “본
인 부담 비용”(가입자 지불 금액)
이 총 \$8,000에 도달할 때까지 이
단계에 해당됩니다.

1단계 - 우선 제네릭 약

본인 부담금 \$0

본인 부담금 \$0

2단계 - 제네릭 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

3단계 - 우선 브랜드 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

4단계 - 비우선 약

본인 부담금* \$0

본인 부담금* \$0

외래환자 처방약		
Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)		
5단계 - 특수 단계 의약품 6단계 - 선별 진료 의약품	본인 부담금* \$0 본인 부담금 \$0 *FBDE(Full Benefit Dual Eligible) 회원용	본인 부담금* \$0 본인 부담금 \$0
비상 보장 연초부터 현재까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 \$8,000에 도달하면 이 단계에 해당됩니다.	이 단계 동안 이 보험상품은 보장 Part D 약물에 대한 비용 전액을 지불합니다. 재난 보장 단계에 들어가면 해당 연도가 끝날 때까지(2024 년 12 월 31일까지) 이 지불 단계를 유지하게 됩니다.	

선택한 약국에 따라, 그리고 Part D 혜택의 새로운 단계로 진입했을 때 비용 부담금이 변경될 수 있습니다.

추가 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)
연중무휴 24시간 원격 의료	본인 부담금 \$0
침술* - Medicare 보장 침술 - 일상적인 침술	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 정기적인 척추 교정 요법 서비스와 결합된 방문 최대 12회.
척추 교정 요법 서비스* - Medicare 보장 척추 교정 - 정기 척추 교정	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 정기적인 침술 서비스와 결합된 방문 최대 12회.
내구성 의료 장비(DME)*	공동 보험료 20%
Flex 카드 소매점에서 아래 나열된 모든 개별 혜택에 사용할 수 있는 하나의 카드가 있습니다. 일반의약품(OTC) 품목	매달 최대 \$50
Gym 멤버십*	본인 부담금 \$0
건강 식품 보조금 ‡ 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	대상이 되는 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 건강 식품에 대해 매월 최대 \$30
가정 내 지원 서비스*	연간 최대 20시간에 대한 본인 부담금 \$0. 모든 회원에게 자격이 주어지는 것은 아닙니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.
식사 (간편 식사)* ‡	12개월 동안 매월 식사 14회(총 168회)를 받습니다. 식사는 매월 1회 배달됩니다.

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

추가 혜택	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)
개인 응급 대응 시스템(PERS)*	본인 부담금 \$0
체중계 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	본인 부담금 \$0
전 세계 응급 진료 • 긴급 치료 • 응급실 • 응급 이송	본인 부담금 \$100 최대 보장 \$50,000

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.