

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

Resumen de Beneficios

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

Resumen de Beneficios para el

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

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.

Para registrarse en **Brand New Day Embrace Choice 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: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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* 	\$0 de copago 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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>\$0 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)

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

\$0*

*** Para miembros con doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE)**

**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*

*** Para miembros con doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE)**

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

\$0 de copago*

\$0 de copago*

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

\$0 de copago*

\$0 de copago*

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

\$0 de copago*

\$0 de copago*

**Nivel 5: Nivel de
medicamentos especializados**

\$0 de copago*

No disponible

Nivel 6: Atención selecta

\$0 de copago

\$0 de copago

*** Para miembros con doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE)**

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

\$0 de copago*

\$0 de copago*

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

\$0 de copago*

\$0 de copago*

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)	
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Nivel 5: Especializados	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Nivel 6: Atención selecta	\$0 de copago	\$0 de copago
	* Para miembros con doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE)	
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 Choice Plan (HMO C-SNP) (40-2)
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 12 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 12 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 \$50 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 \$30 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique
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.

* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

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

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