

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

Resumen de Beneficios

Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) (46)

Contra Costa y Solano

Resumen de Beneficios para el

Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) H0838-046

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

Brand New Day es un plan HMO 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 Classic Care III Plan (HMO)** 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: Contra Costa y Solano.

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 Classic Care III Plan (HMO) (46)
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	\$55
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No más de \$5,550 al año
Servicios hospitalarios para pacientes internados*	\$300 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡	\$0 - \$210 de copago
Servicios en centros de cirugía ambulatoria*	\$0 - \$125 de copago
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	\$0 de copago \$10 de copago
Cuidado preventivo Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.* • Examen físico anual de rutina 	\$0 de copago \$0 de copago
Atención médica de emergencia 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 - \$100 de copago
Atención médica de urgencia	\$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 Classic Care III Plan (HMO) (46)
<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>\$0 de copago \$0 de copago \$200 de copago \$0 de copago</p>
<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 \$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>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 \$0 de copago</p> <p>\$0 a \$6 de copago \$25 - \$400 de copago \$25 - \$720 de copago \$0 - \$780 de copago \$0 - \$360 de copago \$0 - \$2,160 de copago</p> <p>\$0 - \$300 de copago</p>
<p>Servicios para la vista*†</p> <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 \$0 de copago</p> <p>Un examen por año \$0 de copago Un examen por año Hasta \$300 por año</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

Primas y beneficios	Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) (46)
Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios • Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$20 de copago 20% de coseguro
Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 Hasta \$200 de copago por día para los días del 21 al 100 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.
Fisioterapia*	\$10 de copago
Ambulancia (terrestre)*	\$0 - \$250 de copago por viaje
Ambulancia (aérea)*	\$275 de copago
Transporte*	\$0 por 12 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)
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 	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 \$35 de copago

* Estos servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) (46)

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

\$50

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

\$0 de copago

\$0 de copago

Nivel 2: Genéricos

\$12 de copago

\$24 de copago

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

\$47 de copago

\$94 de copago

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

\$100 de copago

\$200 de copago

**Nivel 5: Nivel de
medicamentos especializados**

30% 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 Classic Care III Plan (HMO) (46)

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 Classic Care III Plan (HMO) (46)
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)*	\$0 - 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 \$23 cada mes
Membresía para el gimnasio*	\$0 de copago
Comidas (Programa Made Easy Meals)*‡	Reciba 15 comidas cada semana, durante 6 semanas (90 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez por semana. Reciba hasta 30 comidas adicionales por un copago de \$5 por comida.
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	\$0 de copago

* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

Beneficios adicionales

Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) (46)

Atención de emergencia a nivel mundial

- Atención médica de urgencia
- Sala de emergencias
- Transporte de emergencia

\$100 de copago

Cobertura de hasta \$50,000