

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

혜택 요약

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (48)

Fresno
Imperial
Kern
Kings
Los Angeles
Madera

Orange
Riverside
Sacramento
San Bernardino
San Diego

San Francisco
San Joaquin
San Mateo
Santa Clara
Tulare

2024 년 혜택 요약

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) H0838-048

2024 년 1월 1일 ~ 12월 31일

Brand New Day는 Medicare와 계약을 맺은 HMO입니다. 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 Valor Care Plan (HMO)에 가입하려면 귀하는 Medicare Part A 가입 유자격자이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며, 당사 서비스 지역에 거주하고 있어야 합니다. California 주에서 당사의 서비스 지역에 해당하는 카운티는 다음과 같습니다. Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara 및 Tulare.

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 Valor Care Plan (HMO) (48)
월 플랜 보험료 반드시 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다.	\$0
Part B 리베이트	매월 \$85
공제액	공제액 없음
가입자 부담 최대한도액 (처방약 제외)	연간 \$3,850 이하
병원 입원*	공제액 \$1,600 1~60일간 1일당 본인 부담금 \$0 61~90일간 1일당 본인 부담금 \$400 이는 2023년의 비용 분담액이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. 당사는 업데이트된 요금이 www.bndhmo.com 에 공개되는 즉시 제공할 것입니다.
병원 외래* ‡	공동 보험료 \$0 - 20%
수술 센터 외래*	본인 부담금 \$0 - \$100
의사 방문 • 주치의 • 전문의*	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$10
예방 진료 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. • 독감 백신, 당뇨병 선별검사 등* • 정기적인 연간 신체 검사	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 Valor Care Plan (HMO) (48)
응급 진료 72시간 이내에 병원에 입원 하거나 ER에 재입원하면 본인 부담금이 면제됨	본인 부담금 \$0 - \$120
긴급 치료	본인 부담금 \$0
진단 서비스/검사실/영상* - 진단 검사 및 시술 - 검사실 서비스 - MRI, CAT 스캔 - 엑스레이 촬영	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$50 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 3년마다 2대를 받습니다
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 본인 부담금 \$0 - \$6 본인 부담금 \$25 - \$400 본인 부담금 \$25 - \$720 본인 부담금 \$0 - \$780 본인 부담금 \$0 - \$360 본인 부담금 \$0 - \$2,160 본인 부담금 \$0 - \$300

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

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

보험료 및 혜택	Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (48)
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 \$150
정신 건강 서비스* • 외래환자 개인 치료 • 외래환자 집단(심리)요법	본인 부담금 \$30 본인 부담금 \$30
전문 간호 시설(SNF)*	1~20일간 1일당 본인 부담금 \$0 21~100일간 1일당 본인 부담금 최대 \$200 이는 2023년의 비용 부담액이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. 당사는 업데이트된 요금이 www.bndhmo.com 에 공개되는 즉시 제공할 것입니다.
물리치료*	본인 부담금 \$10
구급차(지상)*	탑승당 본인 부담금 \$0 - \$275
구급차(항공)*	공동 보험료 20%
차량 서비스*	플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 12회에 \$0

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

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

보험료 및 혜택	Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (48)
Medicare Part B 의약품* • 화학요법 의약품 • 기타 Part B 의약품 • Part B 인슐린 의약품	인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20% 인플레이션 감축법(IRA) 규정에 제한되지 않는 한 공동 보험료 20% 본인 부담금 \$35

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 처방약

Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (48)

Part D 공제액 (2~5단계)

Brand New Day Valor Care Plan에서는 Part D 보장을 제공하지 않습니다.

소매 Rx 30일분

우편 주문 100일분

Part D 인슐린 3단계 - 우선 브랜드 약

해당되지 않음

해당되지 않음

초기 보장

약물 비용이 \$5,030에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 있음(연초부터 현재까지)

1단계 - 우선 제네릭 약

해당되지 않음

해당되지 않음

2단계 - 제네릭 약

해당되지 않음

해당되지 않음

3단계 - 우선 브랜드 약

해당되지 않음

해당되지 않음

4단계 - 비우선 브랜드 약

해당되지 않음

해당되지 않음

5단계 - 특수 단계 의약품

해당되지 않음

해당되지 않음

6단계 - 선별 진료 의약품

해당되지 않음

해당되지 않음

보장 차이

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

1단계 - 우선 제네릭 약

해당되지 않음

해당되지 않음

2단계 - 제네릭 약

해당되지 않음

해당되지 않음

3단계 - 우선 브랜드 약

해당되지 않음

해당되지 않음

4단계 - 비우선 약

해당되지 않음

해당되지 않음

5단계 - 특수 단계 의약품

해당되지 않음

해당되지 않음

6단계 - 선별 진료 의약품

해당되지 않음

해당되지 않음

비상 보장

연초부터 현재까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 \$8,000에 도달하면 이 단계에 해당됩니다.

Brand New Day Valor Care Plan에서는 Part D 보장을 제공하지 않습니다.

추가 혜택	Brand New Day Valor Care Plan (HMO) (48)
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 30회.
척추 교정 요법 서비스* • Medicare 보장 척추 교정 • 정기 척추 교정	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 매년 정기적인 침술 서비스와 결합된 방문 최대 30회.
내구성 의료 장비(DME)*	공동 보험료 \$0 - 20%
Gym 멤버십*	본인 부담금 \$0
식사 (간편 식사)* ‡	6주 동안 매주 식사 15회(총 90회)를 받습니다. 식사는 매주 1회 배달됩니다. 식사당 본인 부담금 \$5로 최대 30회까지 추가 식사를 받을 수 있습니다.
개인 응급 대응 시스템(PERS)*	본인 부담금 \$0
전 세계 응급 진료 • 긴급 치료 • 응급실 • 응급 이송	본인 부담금 \$120 최대 보장 \$50,000

*서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

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