

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024

Resumen de Beneficios

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) (50-2)

Alameda
Fresno
Imperial
Kings
Madera

Placer
Sacramento
San Francisco
San Joaquin
San Mateo

Santa Clara
Stanislaus
Tulare
Yolo

Resumen de Beneficios para el

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) H0838-050-002

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 I 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: Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, 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 Classic Care I Plan (HMO) (50-2)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	\$37.60 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 \$2,100 al año	\$0
Servicios hospitalarios para pacientes internados*	\$50 de copago por día para los días 1 a 6 \$0 de copago por día para los días 7 a 90	\$0 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡	\$0 - \$150 de copago	\$0 de copago
Servicios en centros de cirugía ambulatoria*	\$0 de copago	\$0 de copago
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	\$0 de copago \$0 de copago	\$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 Classic Care I Plan (HMO) (50-2)	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 de copago</p> <p>\$0 a \$6 de copago</p> <p>\$25 - \$400 de copago</p> <p>\$25 - \$720 de copago</p> <p>\$0 - \$780 de copago</p> <p>\$0 - \$360 de copago</p> <p>\$0 - \$2,160 de copago</p> <p>\$0 - \$300 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 Classic Care I Plan (HMO) (50-2)	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>\$25 de copago</p> <p>\$25 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>\$0 - \$200 de copago 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 Classic Care I Plan (HMO) (50-2)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Transporte*	\$0 por 24 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"> <li data-bbox="151 556 550 630">• Medicamentos para quimioterapia <li data-bbox="151 703 550 777">• Otros medicamentos de la Parte B <li data-bbox="151 850 550 924">• Medicamentos de insulina de la Parte B 	<p data-bbox="590 556 1005 703">20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p data-bbox="590 703 1005 850">20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p data-bbox="590 850 1005 924">\$35 de copago</p>	<p data-bbox="1045 556 1460 598">\$0 de copago</p> <p data-bbox="1045 703 1460 745">\$0 de copago</p> <p data-bbox="1045 850 1460 892">\$0 de copago</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) (50-2)

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

\$0¹
¹Según el nivel de Ayuda Adicional que reciba

**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

Nivel 2: Genéricos

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

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

**Nivel 5: Nivel de
medicamentos especializados**

Nivel 6: Atención selecta

\$0 de copago

\$0 de copago

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos¹
\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca¹**

\$0 de copago

\$0 de copago

¹Según el nivel de Ayuda adicional que reciba

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

Nivel 2: Genéricos

**Nivel 3: Medicamentos de
marca preferidos**

**Nivel 4: Medicamentos no
preferidos**

Nivel 5: Especializados

Nivel 6: Atención selecta

\$0 de copago

\$0 de copago

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos¹
\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca¹**

\$0 de copago

\$0 de copago

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) (50-2)

¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba

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 I Plan (HMO) (50-2)
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 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) • Asignación para acondicionamiento físico • Asignación para servicios dentales 	Hasta \$50 cada mes Hasta \$20 cada mes Hasta \$100 cada 6 meses
Membresía para el gimnasio*	\$0 de copago
Asignación para alimentos saludables‡	Hasta \$25 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique
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.

* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

Beneficios adicionales	Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) (50-2)
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	\$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.