

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

2024 年 福利摘要

Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)

Kern
Los Angeles

Orange
Riverside

San Bernardino
San Diego

2024 年福利摘要

Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) H0838-051-002

2024 年 1 月 1 日 - 2024 年 12 月 31 日。

Brand New Day 是簽訂 Medicare 合約的 HMO。投保 Brand New Day 取決於續約情況。

所提供的福利資訊並未列出我們給付的每項服務，或是並未列出所有限制或排除項目。若要取得我們給付的服務完整清單，請前往 www.bndhmo.com 存取「承保證明」。

如要加入 **Brand New Day Classic Care II Plan (HMO)**，您必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內。我們的服務區域包含 California 的下列郡：Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino 及 San Diego。

除非是急診或緊急情況，否則若您使用不在我們網絡內的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare 與您**」手冊。請造訪 Medicare.gov 線上檢視該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本，服務時間全年無休（含某些聯邦假日）。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

本文件提供其他格式，例如點字、大字體或音訊版本。

有任何問題嗎？ 請致電 Brand New Day 保戶服務部門，電話：(866) 255-4795，TTY：711，服務時間為 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天，或造訪我們的網站：www.bndhmo.com。

保費與福利	Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
每月計劃保費 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$34.30 如果您獲得 Extra Help，您的保費可能會更少。	\$0
自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包括處方藥)	不超過每年 \$899	\$0
住院*	\$0/每次住院	共付額 \$0
醫院門診* ‡	共付額 \$0 - \$100	共付額 \$0
門診手術中心*	共付額 \$0	共付額 \$0
醫生門診 • 主治醫生 • 專科醫生*	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0
預防性照護 提供其他預防性服務。 • 流感疫苗、糖尿病篩檢等* • 例行年度體檢	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
急診照護 如果在 72 小時內住院或重新入院至 ER，則免付共付額	共付額 \$0 - \$100	共付額 \$0
緊急護理	共付額 \$0	共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱《承保證明 (EOC)》，以瞭解特定服務的詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
診斷服務/化驗/成像* - 診斷性檢查和程序 - 化驗服務 - MRI、CAT 掃描 - X 光	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0
聽力服務 - Medicare 承保的聽力檢查 - 每年一次例行聽力檢查 - 助聽器選配和評估 每年一次 - 助聽器*	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每個基礎型號助聽器 \$149 您每 3 年會獲得 2 個助聽器	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解 您 Medi-Cal 福利的詳細資 料。
牙科服務† - Medicare 承保的牙科服務* - 預防性牙科（例如口腔檢查、X 光、清潔） 綜合性牙科* - 診斷服務 - 修復服務 - 牙髓病學 - 牙周病學 - 拔牙 - 牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務 - 非例行性服務	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$6 共付額 \$25 - \$400 共付額 \$25 - \$720 共付額 \$0 - \$780 共付額 \$0 - \$360 共付額 \$0 - \$2,160 共付額 \$0 - \$300	共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解 您 Medi-Cal 福利的詳細資 料。 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解 您 Medi-Cal 福利的詳細資 料。

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
視力服務* † • Medicare 承保的眼睛檢查 • Medicare 承保的眼鏡 • 例行眼睛檢查 • 視網膜成像 • 眼鏡費用	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 每年一次檢查 \$0 共付額 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額 \$0 共付額 \$0 請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。
心理健康服務* • 門診個人治療 • 門診團體治療	共付額 \$40 共付額 \$40	共付額 \$0 共付額 \$0
專業護理機構 (SNF)*	第 1 - 20 天的每日共付額為 \$0 第 21 - 100 天的每日共付額為 \$178	共付額 \$0
物理治療*	共付額 \$0	共付額 \$0
救護車（地面）*	每次搭乘的共付額 \$0 - \$150	共付額 \$0
救護車（空中）*	共同保險金 20%	共付額 \$0
接送*	前往計劃核准地點的 24 次單程接送（上限 50 英里）為 \$0	請參閱 Medi-Cal 手冊以瞭解您 Medi-Cal 福利的詳細資料。

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)	您在 Medicare + 全面 Medi-Cal 的費用
Medicare Part B 藥物* - 化療藥物 - 其他 Part B 藥物 - Part B 胰島素藥物	共同保險金 20%，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限 共同保險金 20%，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限 共付額 \$35	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

門診處方藥

Brand New Day Classic Care II Plan (HMO)
(51-2)

Part D 自付額
(第 2 級至第 5 級)

\$0¹
¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

零售處方藥 30 天藥量

郵購 100 天藥量

Part D 胰島素
第 3 級 – 首選原廠藥

共付額 \$35

共付額 \$70

初始承保
在藥物費用（年度至今）達到
\$5,030 之前，您會處於初始承保期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

第 3 級 – 首選原廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹
針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 4 級 – 非首選原廠藥

第 5 級 – 專用層級藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

承保缺口

在年度至今「自費費用」（您的付款）達到總計 \$8,000 之前，您會處於此期

第 1 級 – 首選副廠藥

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 – 副廠藥

針對副廠藥 \$0、\$1.55 或 \$4.50¹
針對原廠藥 \$0、\$4.60 或 \$11.20¹

第 3 級 – 首選原廠藥

第 4 級 – 非首選藥物

第 5 級 – 特殊藥物

第 6 級 – 特定護理藥物

共付額 \$0

共付額 \$0

¹ 根據您獲得的 Extra Help 級別而定

門診處方藥	
Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)	
重大傷病承保 在年度至今「自費費用」（您的付款）達到總計 \$8,000 之後，您會處於此期	在此階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用。 一旦進入重大傷病承保階段，您就會處於該付款階段，直到當曆年度年底為止（直到 2024 年 12 月 31 日）。

分攤費用可能會因您選擇的藥房以及您進入 Part D 福利新期的時間而有不同。

額外福利	Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)
全年無休遠程醫療	共付額 \$0
針灸* - Medicare 承保的針灸 - 例行針灸	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行整脊服務的門診。
整脊服務* - Medicare 給付的整脊照護 - 例行整脊照護	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行針灸服務的門診。
耐用醫療設備 (DME)*	共同保險金 \$0 - 20%
隨心卡 (Flex Card) 您將擁有一張可在零售地點使用的卡片，享有 下列所有個人福利： - 非處方 (OTC) 項目 - 健身津貼 - 牙科津貼	每月 最高 \$50 每月最高 \$20 每 6 個月最高 \$200
健身房會員資格*	共付額 \$0
健康食品津貼 ‡	符合資格之患有慢性病症的保戶，每個月最多 可享 \$35 的健康食品
家庭支援服務*	每個日曆年最多 20 小時的共付額 \$0。並非所有 會員都符合資格，詳情請參閱您的 EOC。
餐點 (輕鬆用餐) * ‡	每個月獲得 14 次餐點，為期 12 個月（總計 168 次餐點）。每個月有 1 次送餐服務。
個人緊急應變系統 (PERS)*	共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱承保證明 (EOC) 以瞭解特定服務的詳細資訊。

額外福利

Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) (51-2)

全球急診照護

- 緊急護理
- 急診室
- 緊急情況運送

共付額 \$100

承保範圍最高至 \$50,000