

<PROCESSED\_DATE>

Estimado/a <MEM\_FIRST\_NAME> <MEM\_LAST\_NAME>,

Este es un aviso para informarle que algunos de los materiales de su plan de salud estarán disponibles en formato electrónico. Esperamos que esto sea más fácil para usted que guardar montones de papel. También nos permite destinar más fondos a otros beneficios que son importantes para nuestros miembros. Los materiales del plan estarán disponibles para usted a partir del 1 de octubre de 2018 en formato electrónico o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y solicitar que se envíen por correo electrónico o correo postal.

Para su comodidad, los siguientes materiales del plan se publicarán en nuestro sitio web. Use los enlaces a continuación para acceder a ellos.

**Evidencia de cobertura:** [www.bndhmo.com/Members/Plan-Details](http://www.bndhmo.com/Members/Plan-Details)

Estos materiales del plan están relacionados con información detallada sobre su cobertura y cómo funciona.

**Directorios de proveedores y farmacias:** [www.bndhmo.com/provider\\_search](http://www.bndhmo.com/provider_search)

Esta es una lista de doctores y farmacias en su área.

**Formularios:** [www.bndhmo.com/Members/Covered-Medication-List-Formulary](http://www.bndhmo.com/Members/Covered-Medication-List-Formulary)

Esta es una lista de los medicamentos de la Parte D que cubre su plan.

**Manual para Miembros:** [www.bndhmo.com/members/member-handbook](http://www.bndhmo.com/members/member-handbook)

Su guía para usar sus beneficios.

Recuerde, puede visitar nuestro sitio web las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estos documentos permanecerán publicados allí hasta el año 2020. Si decide en cualquier momento que desea que todos los documentos en el futuro se envíen por correo ordinario, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Brand New Day y dígalos que desea "rechazar avisos electrónicos". Dígalos que siempre quiere que le enviemos sus copias por correo y en su lugar siempre se las enviaremos por correo. Se puede comunicar con Servicios al Miembro por teléfono al 1-866-255-4795; TTY es 1-866-321-5955. Están abiertos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. entre el 1 de abril y el 30 de septiembre y los 7 días de la semana entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. Estamos aquí para ayudarle.

Sinceramente,

**Departamento de Inscripción**

Brand New Day

# Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO) ofrecido por Brand New Day

## Aviso anual de cambios para 2019

Usted está inscrito actualmente como miembro de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto le informa acerca de los cambios.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### Qué debe hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Cuáles cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora y asegurarse de que satisfará sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
  - Consulte las Secciones 3 y 3.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos recetados en el folleto para ver si le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con diferente costo compartido?
  - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de que surta su receta?
  - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos por usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos de 2019 y busque en la Sección 3.6 información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos podrían haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de costo más bajo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en sus costos de desembolso directo anuales durante el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas destacan cuáles fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos

año a año. Tenga en cuenta que su plan de beneficios determinará exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus médicos están en nuestra red?
  - ¿Qué información existe acerca de los hospitales u otros proveedores que usa?
  - Busque en la Sección 3.3 información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos de atención médica en general.
  - ¿Cuánto gastará en desembolso directo por los servicios y medicamentos con receta que usa en forma regular?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de plan

- Revise la cobertura y costos de los planes en su área.
  - Use la herramienta de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de Plan de Medicare) en el sitio web, en <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (“Encontrar planes de salud y medicamentos”).
  - Revise la lista en el reverso de su manual “Medicare y usted”.
  - Consulte la Sección 5.2 para informarse más acerca de sus opciones.
- Cuando reduzca su selección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELIJA: Decida si** quiere cambiar de plan

- Si desea **conservar** nuestro plan, no tiene que hacer nada. Permanecerá en Brand New Day.
- Para cambiarse a **un plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, estará inscrito en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.
- Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2019.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-255-4795 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-321-5955). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
- Es posible que esta información esté disponible en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este Plan reúne los requisitos como cobertura de salud que califica mínima (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

## Acerca de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan

- Brand New Day es una Organización Medicare Advantage con un contrato con el Programa Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Brand New Day. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.

## Resumen de los costos importantes para 2019

La tabla a continuación compara los costos de 2018 y los costos de 2019 para Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso anual de cambios** y revise la Evidencia de cobertura adjunta para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser más o menos que esta cantidad. Consulte la Sección 3.1 para más detalles.	\$35.50	\$34.80
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 3.2 para más detalles).	\$6,700	\$6,700
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: Usted paga \$35 de copago por visita  Visitas a especialistas: Usted paga \$50 de copago por visita	Visitas de atención primaria: Usted paga 20 % del costo total por visita  Visitas a especialistas: Usted paga 20 % del costo total por visita

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Estadías en el hospital para pacientes hospitalizados</b> Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria inicia el día en el paciente ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,340 por período de beneficios</p> <p>Usted paga \$0 por día durante los días 1 a 60</p> <p>Usted paga \$335 de copago por día para los días 61 a 90</p> <p>Usted paga \$670 de copago por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida)</p> <p>Usted paga el 100 % de todos los costos más allá de los días de reserva vitalicia</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,340 por período de beneficios</p> <p>Usted paga \$0 por día durante los días 1 a 60</p> <p>Usted paga \$335 de copago por día para los días 61 a 90</p> <p>Usted paga \$670 de copago por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida)</p> <p>Usted paga el 100 % de todos los costos más allá de los días de reserva vitalicia</p> <p>Estos son los montos de costo compartido de 2018 y podrían cambiar para 2019. Brand New Day proporcionará las tarifas actualizadas en cuanto se publiquen.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 3.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$405</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: Usted paga \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 2: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 3: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 4: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 5: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 6: Usted paga \$0</li> </ul>	<p>Deducible: \$415</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: Usted paga \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 2: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 3: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 4: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 5: Usted paga 25 % del costo total</li> <li>• Nivel de medicamento 6: Usted paga \$0</li> </ul>

## Aviso anual de cambios para 2019 Índice

<b>Resumen de los costos importantes para 2019 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 A menos que usted elija otro Plan, estará inscrito automáticamente en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan en 2019 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 3 Cambios en beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 3.1 – Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 3.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso directo .....	6
Sección 3.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 3.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 3.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos .....	7
Sección 3.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	13
<b>SECCIÓN 4 Cambios administrativos .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 5 Decidir cuál plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 5.1 – Si desea permanecer en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan ..	18
Sección 5.2 – Si desea cambiar de plan .....	18
<b>SECCIÓN 6 Fecha límite para el cambio de plan .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 8 Programas que lo ayudarán a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 9 ¿Preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 9.1 – Cómo recibir ayuda de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan ...	21
Sección 9.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	22

## SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan

El 1.º de enero de 2019, nuestro plan cambiará el nombre de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi a Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.

Usted recibirá su tarjeta de identificación de Brand New Day en o antes del 1.º de enero de 2019.

## SECCIÓN 2 A menos que usted elija otro Plan, estará inscrito automáticamente en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan en 2019

**Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2018, le inscribiremos automáticamente en nuestro plan Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.** Esto significa que, a partir del 1.º de enero de 2019, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan. Si lo desea, puede cambiar a un plan de salud de Medicare diferente. Usted también puede cambiar a Original Medicare. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 1.º de enero y el 31 de marzo. Puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si califica para Ayuda adicional, es posible que tenga la posibilidad de cambiar de plan durante otros momentos.

La información de este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Brand New Day Classic In Control Choice for Medi-Medi y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2019 como miembro de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.

## SECCIÓN 3 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 3.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$35.50	\$34.80

- Su prima mensual del plan será más si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) por 63 días o más, si se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

- Si usted tiene un ingreso mayor, debe pagar directamente al gobierno una cantidad adicional cada mes por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta.

### Sección 3.2 – Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Para protegerle, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga de desembolso directo durante el año. A este límite se le llama el “monto máximo de desembolso directo”. Una vez alcance el monto máximo de desembolso directo, generalmente no debe pagar por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> Los costos por sus servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de desembolso directo.	\$6,700  Una vez que usted ha pagado \$6,700 de desembolso directo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.	No hay cambios para el próximo año de beneficios.

### Sección 3.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Una versión actualizada del Directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web, en [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com). También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Le agradecemos que revise el Directorio de proveedores de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que durante el año podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales un proveedor podría abandonar el plan; no obstante, si el médico o el especialista efectivamente lo hace, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que la red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación si el proveedor abandonará el plan, a fin de que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención de la salud.
- Si realiza un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que recibe y colaboraremos con usted para garantizarlo.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene el derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.

---

### Sección 3.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. Por lo general, cubriremos sus recetas médicas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Una versión actualizada del Directorio de farmacias se encuentra en nuestro sitio web, en [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com). También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener información actualizada o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo postal. **Le agradecemos que revise el Directorio de farmacias de 2019 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

---

### Sección 3.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

---

Para el próximo año, hemos introducido algunos cambios en nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga), en su Evidencia de cobertura 2019.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Visitas al consultorio del médico de atención primaria</b>	Usted paga \$35 de copago por visita	Usted paga 20 % del costo total

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Visitas al consultorio del especialista</b>	Usted paga \$50 de copago por visita	Usted paga 20 % del costo total
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$80 por visita	Usted paga un copago de \$90 por visita
<b>Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo</b>	<p>Usted paga \$80 de copago por visita para servicios de emergencia en todo el mundo</p> <p>Usted paga 20 % del costo total por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo</p> <p>Usted paga \$0 por servicios necesarios de urgencia en todo el mundo</p>	<p>Usted paga 20 % del costo total por servicios de emergencia en todo el mundo</p> <p>Usted paga 20 % del costo total por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo</p> <p>Usted paga 20 % del costo total por servicios necesarios de urgencia en todo el mundo</p> <p>El beneficio máximo por año para todos los servicios en todo el mundo combinados es de \$25,000.</p>
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Usted paga 20 % del costo total</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen helicópteros de ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre.</p>	<p>Usted paga 20 % del costo total</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen helicópteros de ala fija, ala giratoria, servicios de ambulancia terrestre y servicios de ambulancia aérea.</p>
<b>Anteojos (lentes y marcos)</b>	Tiene un monto de \$500 permitido cada 2 años para 1 par de anteojos	Tiene un monto de \$250 permitido cada 2 años para 1 par de anteojos

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Examen de audición</b>	Los exámenes de audición de rutina <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 por examen hasta uno por año
<b>Audífonos</b>	Los audífonos <u>no</u> están cubiertos.	<p>Usted paga \$699 de copago por audífonos avanzados.</p> <p>Usted paga \$999 de copago por audífonos premium.</p> <p>Hasta por 2 audífonos por año</p>
<b>Profilaxis dental (limpieza)</b>	La profilaxis dental (limpieza) <u>no</u> está cubierta	Usted paga \$0 por hasta dos veces por año
<b>Tratamiento dental con fluoruro</b>	El tratamiento dental con fluoruro <u>no</u> está cubierto	Usted paga \$0 por tratamiento una vez por año
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	<p>Usted paga \$0 por visitas de terapia individual</p> <p>Usted paga \$0 por visitas de terapia grupal</p>	<p>Usted paga 20 % del costo total por visitas de terapia grupal</p> <p>Usted paga 20 % del costo total por visitas de terapia individual</p>
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	<p>Usted paga \$0 por visitas de terapia individual</p> <p>Usted paga \$0 por visitas de terapia grupal</p>	<p>Usted paga 20 % del costo total por visitas de terapia individual</p> <p>Usted paga 20 % del costo total por visitas de terapia grupal</p>
<b>Terapia ocupacional</b>	Usted paga \$40 de copago por visita	Usted paga 20 % del costo total

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Fisioterapia/terapia del habla y del lenguaje</b>	Usted paga \$40 de copago por visita	Usted paga 20 % del costo total
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b>	Usted paga \$0	Usted paga 20 % del costo total
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga 20 % del costo total por un máximo de 2 sesiones de una hora por día, por hasta 36 sesiones hasta en 36 semanas.	Usted paga 20 % del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca. La terapia de ejercicios supervisada está cubierta para personas que califiquen por hasta 36 sesiones para personas con enfermedad arterial periférica (PAD).
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga 20 % del costo total por servicios de rehabilitación pulmonar. La terapia de ejercicios supervisada está cubierta para personas que califiquen por hasta 36 sesiones para personas con enfermedad arterial periférica (PAD).
<b>Transporte (rutina)</b>	Usted paga \$0  Se proporciona cobertura para traslados de ida y vuelta ilimitados a lugares aprobados por el plan. El medio de transporte puede ser taxi, autobús, subte o camioneta.	Usted paga \$0  Se proporciona cobertura para traslados de ida y vuelta ilimitados a lugares aprobados por el plan. El medio de transporte puede ser taxi o camioneta.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Artículos y servicios de venta libre (OTC)</b></p>	<p>\$70 de beneficio máximo cada 3 meses.</p> <p>Un esfigmomanómetro y/o manguito para la presión arterial se proporcionará sin costo a los miembros con insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad del hígado.</p>	<p>\$40 de beneficio máximo cada 3 meses.</p> <p>Un esfigmomanómetro y/o manguito para la presión arterial se proporcionará sin costo a los miembros con insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad del hígado.</p>
<p><b>Programa Vial de vida (Vial of Life)</b></p> <p>El Programa Vial de vida es un programa nacional que permite a las personas tener su información médica completa fácilmente disponible para servicios de primeros auxilios en un formato reconocido universalmente cuando la persona no puede hablar o recordar.</p>	<p>El Programa Vial de vida <u>no</u> está cubierto</p>	<p>Usted paga \$0</p>

**Clases grupales de educación en salud**

Usted paga \$0

Las clases grupales de educación en salud se ofrecen a todos los miembros y se ofrecen clases personalizadas en el hogar para personas confinadas en su hogar. Los educadores son profesionales de la salud capacitados, enfermeras, nutricionista, asesores en adicción certificados, trabajadores sociales clínicos con licencia con otros especialistas de salud conductual apropiados para el tipo de clase que se ofrece. Todos los miembros tienen acceso ilimitado a clases semanales programadas sobre varios temas, que se realizan en Centros de bienestar patrocinados por Brand New Day. Los temas incluyen la prevención y el control de la diabetes, demencia, VIH/SIDA, asma, bronquitis crónica, otra EPOC, enfermedades arteriales, enfermedades cardíacas, celulitis, MRSA, prevención y cómo superar adicciones a fumar, alcohol y a otras sustancias, trastornos alimenticios, y otras clases según sea necesario. Sin costo para los miembros.

Usted paga \$0

Las clases grupales de educación en salud se ofrecen a todos los miembros y se ofrecen clases personalizadas en el hogar para personas confinadas en su hogar. Los educadores son profesionales de la salud capacitados, enfermeras, nutricionista, asesores en adicción certificados, trabajadores sociales clínicos con licencia con otros especialistas de salud conductual. Todos los miembros tienen acceso ilimitado a clases semanales programadas sobre varios temas, que se realizan en Centros de bienestar patrocinados por BND. Los temas incluyen la prevención y el control de la diabetes, demencia, VIH/SIDA, asma, bronquitis crónica, otra EPOC, enfermedades arteriales, enfermedades cardíacas, celulitis, MRSA, prevención y cómo superar adicciones a fumar, alcohol y a otras sustancias, trastornos alimenticios, y otras clases según sea necesario. También se proporciona apoyo de atención médica y educación para la salud personalizada. Los materiales de educación sobre la salud de enfermedades específicas, nutrición, envejecimiento, etc. se

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		proporcionan sin costo al miembro.
<b>Beneficio de control de peso</b> Los miembros con un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más pueden inscribirse en uno de los programas de pérdida de peso de Brand New Day para apoyar un plan de pérdida de peso saludable, que incluye control médico y sesiones educativas sobre nutrición, actividad física y cambios conductuales.	El control de peso <u>no</u> está cubierto	Usted paga \$0

### Sección 3.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

#### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona de forma electrónica. La Lista de medicamentos que proporcionamos de forma electrónica incluye varios, pero no todos, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, aún podría estar cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos** completa si llama a Servicios al Miembro (consulte la contraportada) o si visita nuestro sitio web ([www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com)).

Hemos hecho cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se cubrirán el año próximo y para ver si habrá alguna restricción.**

Si a usted le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Colaborar con su médico (u otra persona autorizada para recetar) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para averiguar cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) o llame a Servicios al Miembro.

- **Colaborar con su médico (u otra persona que le recete) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario en los primeros 90 días del año de plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo puede solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la Evidencia de cobertura). Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario que se hayan aprobado para 2019 estarán cubiertas hasta la fecha de vencimiento en 2019. No es necesario que solicite otra excepción. Algunas excepciones al formulario podrían cambiar en 2019, y usted no necesita pedir una excepción. Antes del final de la fecha de vencimiento indicada en la carta de aprobación, llame a Servicios al Miembro para obtener asistencia.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos es nueva para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que las reglas de Medicare permitan.

A partir de 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo moveremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o si cambia el nivel o restricción del medicamento de marca), usted ya no recibirá siempre un aviso del cambio 60 días antes de hacer el cambio u obtener un resurtido de 60 días del medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hagamos, pero podría recibirla después de que hagamos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieren que le proporcionemos un aviso por anticipado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30 días antes, en lugar de 60 días antes, de que hagamos el cambio. O le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de uno para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, aún puede colaborar con su médico (u otra persona que recete) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos según lo programado y proporcionaremos otra información para reflejar cambios a los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

## Cambios en los Costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Hemos incluido un documento separado, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento con este paquete, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están en la Sección 9.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago por medicamentos”. Lo que pague por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa de pago de medicamentos se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su Evidencia de cobertura para conocer más información acerca de las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (Muchos miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de vacío de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7, en la Evidencia de cobertura adjunta).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$405.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos en el Nivel 1 y Nivel 6, y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$415.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos en el Nivel 1 y Nivel 6, y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

### Cambios a su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y <b>usted paga la suya.</b></p>	<p>Su costo para un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – Genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Nivel 2 – Genérico:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 3 – De marca preferida</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 5 – Nivel de especialidad:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 6 - Medicamentos de atención seleccionada:</b> Usted paga \$0 por receta</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – Genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Nivel 2 – Genérico:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 3 – De marca preferida</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 5 – Nivel de especialidad:</b> Usted paga 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 6 - Medicamentos de atención seleccionada:</b> Usted paga \$0 por receta</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (Continuación)</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red de servicios que proporciona el costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos por el suministro a largo plazo, o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su Evidencia de cobertura.</p> <p><b>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</b></p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, se le trasladará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820, se le trasladará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>

### Cambios en las Etapas de vacío de cobertura y de Cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de vacío de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, corresponden a personas con altos costos de medicamentos. **Muchos miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de vacío de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, secciones 6 y 7, en la Evidencia de cobertura.

## SECCIÓN 4 Cambios administrativos

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Kern, Kings, Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino	Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Fresno, Imperial, Kings, San Mateo, Santa Clara, Tulare
Debe tener una afección crónica o incapacitante para poder inscribirse	Diabetes Mellitus	Enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes
Cobertura de medicamento mejorado	La cobertura de medicamento mejorado no está cubierta	Su plan incluye cobertura de medicamentos excluidos

## SECCIÓN 5 Decidir cuál plan elegir

### Sección 5.1 – Si desea permanecer en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

### Sección 5.2 – Si usted quiere cambiar de plan

Nosotros esperamos que continúe como miembro del próximo año, pero si desea cambiar para 2019 siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes del Programa Medicare, lea Medicare y usted 2019, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 7) o llame al Programa Medicare (consulte la Sección 9.2).

También puede buscar información sobre los planes en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos” (“Find health & drug plans”). **Aquí puede buscar información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que Brand New Day ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

## **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese a Servicios al Miembro si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 9.1 de este folleto).
  - – o – Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 6 Fecha límite para el cambio de plan**

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

### **¿Existen otros momentos del año para hacer el cambio?**

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos que se han mudado fuera del área de servicio tienen permitido cambiarse en otras fechas durante el año. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la Evidencia de cobertura.

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero al 31 de marzo de 2019. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la Evidencia de cobertura.

## SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como el Programa de Defensa y Asesoría con el Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación **gratuita** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen el Programa Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarle con su cobertura o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Puede conocer más acerca del HICAP al visitar su sitio web: [www.aging.ca.gov/hicap/](http://www.aging.ca.gov/hicap/).

## SECCIÓN 8 Programas que lo ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para el pago de medicamentos recetados:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados, pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare pagaría hasta 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellas personas que califican no tendrán vacío de cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas califican y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); O bien
  - A la Oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes).

- **Ayuda con los costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que califican para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos contra el VIH destinados a salvar vidas. Las personas tienen que cumplir con ciertos criterios que incluyen la constancia de residencia del Estado y estado del VIH, personas de bajos recursos según lo definido por el Estado y estado de sin cobertura de seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido para recetas médicas a través de Magellan Rx Management, contratista de beneficios de Farmacia/ Medicamentos para el ADAP (número de teléfono: 1-800-424-5906). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la línea telefónica gratuita del ADAP del Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, CDHP), número de teléfono: 1-844-421-7050.

## SECCIÓN 9 ¿Preguntas?

### Sección 9.1 – Cómo recibir ayuda de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-255-4795. (Solo TTY, llamar al 1-866-321-5955). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas:

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Las llamadas a este número son gratuitas.

#### **Lea su Evidencia de cobertura 2019 (contiene detalles acerca de los beneficios y costos del próximo año)**

Este Aviso anual de cambios le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para conocer los detalles, consulte la Evidencia de cobertura 2019 de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan. La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los cuidados médicos que están cubiertos y sus medicamentos recetados. En este sobre se incluye una copia de la Evidencia de cobertura.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web, en [www.bndhmo.com](http://www.bndhmo.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos/Formulario).

---

## **Sección 9.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre los costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos” [“Find health & drug plans”]).

### **Lea Medicare y usted 2019**

Puede leer el manual Medicare y usted 2019. Este manual se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare todos los años en otoño. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Servicios al Miembro de Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan

Método	Servicios al Miembro: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-866-255-4795 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-866-321-5955 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
<b>FAX</b>	1-657-400-1217
<b>ESCRIBA A</b>	Brand New Day Attn: Member Services 5455 Garden Grove Blvd., Suite 500 Westminster, CA 92683
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.bndhmo.com">www.bndhmo.com</a>

### Programa de Defensa y Asesoría con el Seguro Médico (HICAP): SHIP de California

El HICAP es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas de la comunidad que tienen Medicare.

Método	HICAP (SHIP de California)
<b>LLAME AL</b>	1-800-434-0222
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.aging.ca.gov/hicap/">https://www.aging.ca.gov/hicap/</a>

**Declaración de divulgación de PRA** Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recolección de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955)

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-255-4795 (ATS : 1-866-321-5955).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955) 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-255-4795 (телетайп: (TTY: 1-866-321-5955).

**Arabic:** ناملاب كل رفاوتت ةبوغلا ةءاسملا تامءخ ناف، ةغلا ركذا ئءءتت تنك اذا :ءظولم مقرب  
لصنا1-866-255-4795مكبلو مصلا فءاه مقر (TTY: 1-866-321-5955).

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955) まで、お電話にてご連絡ください。

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-866-255-4795 (TTY (հեռատիպ) 1-866-321-5955):

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955) تماس بگیرید. شما

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।  
1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Cambodian:** ៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955) ។

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-255-4795 (TTY: 1-866-321-5955).

# AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Brand New Day cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Brand New Day no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brand New Day:

- Proporciona asistencia y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de servicio al cliente de Brand New Day al: 1-866-255-4795 (TTY 1-866-321-5955). Horas son: 1 de octubre al 1 de marzo: 7 días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m., 1 de abril al 1 de septiembre: lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m.

Si considera que Brand New Day no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando a nuestro Departamento de servicio al cliente o enviando una carta a:

Brand New Day  
Attn: Appeals & Grievances Manager  
5455 Garden Grove Blvd, Suite 500  
Westminster, California 92683  
Fax: 657-400-1217  
Correo electrónico: [Complaints@universalcare.com](mailto:Complaints@universalcare.com)

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, puede presentar un reclamo a nuestro Departamento de servicio al cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)  
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.