

RESUMEN DE BENEFICIOS

2019

Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) 25

Condado de Kern

Condado de Los Angeles

Condado de Orange

Condado de Riverside

Condado de San Bernardino

Condado de San Diego



brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

BRAND NEW DAY CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 25

H0838, Plan 025

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2019.

Brand New Day es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con el Programa Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no incluye cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, acceda a la "Evidencia de cobertura", en www.bndhmo.com/members/plan-details.

Para inscribirse en **Brand New Day Classic Care I Plan (HMO)** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Excepto en situaciones de emergencia, si recurre a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios.

Para conocer los costos y la cobertura de Original Medicare, busque en su manual "**Medicare y usted**" vigente. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Departamento Servicios al Miembro de Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., del 1.º de abril al 30 de septiembre; y los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite nuestro sitio web, en www.bndhmo.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 25
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$3,400 anualmente Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.

PRIMAS Y BENEFICIOS	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 25
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<p>Sin deducible Usted paga \$0 de copago por los días 1 - 90</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga \$0 de copago por cirugía Usted paga el 20% del costo por todos los otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
Atención preventiva (por ej., vacuna contra la gripe, pruebas para diabéticos)	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga \$120 por visita</p> <p>Si se le ingresa en el hospital en un plazo de 72 horas, entonces no tendrá que pagar \$120.</p>
Servicios necesarios de urgencia	<p>Usted paga \$0 por visita</p>
Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • MRI, CAT • Radiografías 	<p>Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago Usted paga \$0 de copago</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	<p>Usted paga \$0 de copago, un examen de audición de rutina anualmente Usted paga \$699 por cada audífono por el modelo avanzado Usted paga \$999 por cada audífono por el modelo premium</p> <p>Usted recibe 2 audífonos al año. Debe llamar a TruHearing para usar este beneficio.</p>

Resumen de beneficios para 2019

PRIMAS Y BENEFICIOS	CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 25
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen oral y limpieza 	<p>Usted paga \$0 de copago por exámenes orales Usted paga de \$0 - \$55 de copago por limpiezas</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de los ojos Anteojos (armazones y lentes) 	<p>Usted paga \$0 de copago, un examen al año Usted recibe \$300 de asignación cada 2 años para su compra</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de terapia grupal/terapia individual para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga \$20 de copago</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 - 20 Usted paga \$170.50 de copago por día por los días 21 - 100</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga \$10 de copago</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga \$125 de copago</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por viajes ilimitados</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga el 20% del costo por medicamentos para quimioterapia Usted paga el 20% del costo por otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización.</p>

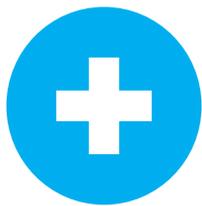
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Deducible de la Parte D	Sin deducible	
	Suministro para 30 días de medicamento en farmacia minorista	Suministro para 90 días en farmacia de pedidos por correo
<p>Cobertura inicial Usted está en la etapa de cobertura inicial hasta que alcance los \$3,820 en costos de medicamentos (del año a la fecha).</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$8 de copago</p> <p>Usted paga \$45 de copago</p> <p>Usted paga \$85 de copago</p> <p>Usted paga el 33% del costo</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$16 de copago</p> <p>Usted paga \$90 de copago</p> <p>Usted paga \$255 de copago</p> <p>No disponible</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p>
<p>Vacío de cobertura Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso directo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$5,100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 durante esta etapa.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del costo para medicamentos de marca (además de una parte de la cuota de despacho) y el 37% del costo por medicamentos genéricos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p>	
<p>Cobertura catastrófica</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el martes, 31 de diciembre de 2019).</p> <p>Usted paga \$3.40 de copago o el 5% (lo que cueste más) por medicamentos genéricos y \$8.50 de copago o el 5% (lo que cueste más) por medicamentos de marca.</p>	
<p>El costo compartido puede variar dependiendo de la farmacia que elija y cuándo ingresa a una nueva fase del beneficio de la Parte D.</p>		

Classic Care I Plan (HMO) 25

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

<p>Prima para beneficios suplementarios</p>	<p>Usted paga \$0 adicional al mes</p>
<p>Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</p>	<p>Usted recibe hasta \$100 de asignación cada tres (3) meses para suministros OTC de la farmacia de pedidos por correo de Brand New Day</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 24 tratamientos al año</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotor de salud para la diabetes • Membresía a gimnasio • Materiales de educación para la salud • Consulta para ejercicios • Programa de pérdida de peso apoyado médicamente • Línea de asesoría de enfermeras • Vial de vida (Vial of Life) 	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>La membresía de un gimnasio Silver&Fit está disponible para usted sin costo con acceso a todos los servicios básicos, clases de acondicionamiento físico especializadas y grupos de caminata.</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Usted paga \$0 de copago, una (1) visita al año</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>Usted paga \$0 de copago, las comidas no son un beneficio cubierto. Debe estar diagnosticado con un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más para recibir este beneficio.</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>Una enfermera registrada de Brand New Day está disponible sin costo para usted, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono al: (888) 687-7321</p> <p>Programa nacional y paquete de Vial de vida (Vial of Life), disponible sin costo, que le permite tener información médica completa lista en el hogar de parte de equipos de primeros auxilios médicos durante una emergencia.</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>

BENEFICIOS ADICIONALES MÁS ALLÁ DE ORIGINAL MEDICARE



Brand New Day le ofrece beneficios adicionales por encima de lo que Original Medicare brinda de forma individual. Brand New Day se ha asociado con empresas especializadas para esos beneficios adicionales.

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

BENEFICIOS ADICIONALES MÁS ALLÁ DE ORIGINAL MEDICARE

Proveedor de beneficios adicionales	Tipo de beneficio	Classic Care I Plan 25	Classic Choice Plan 33
 1-800-678-9133, TTY 1-800-735-2922 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.ashlink.com/ash/brandnewday	Acupuntura 	\$0 de copago 24 tratamientos	\$0 de copago 24 tratamientos
 1-844-282-7638, TTY 711 Lunes a viernes, 5:00 a.m. - 6:00 p.m. www.deltadentalins.com	Beneficios dentales 	<u>Limpieza profunda</u> \$35-\$60 de copago <u>Coronas</u> \$480-\$520 de copago <u>Implantes</u> No cubierto	<u>Limpieza profunda</u> \$0 de copago <u>Coronas</u> \$0 de copago <u>Implantes</u> \$1740 de copago
 1-877-427-4788, TTY 1-877-710-2746 Lunes a viernes, 5:00 a.m. - 6:00 p.m. www.silverandfit.com	Membresía a gimnasio 	\$0 de copago <u>Silver&Fit proporciona acceso a:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Programa del centro de acondicionamiento físico • Programa de acondicionamiento físico en el hogar • Clases de envejecimiento saludable 	
 1-866-202-1182, TTY 711 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.truhearing.com	Audífonos 	<u>Modelo avanzado</u> \$699 de copago por audífono <u>Modelo premium</u> \$999 de copago por cada audífono	<u>Solo para modelo avanzado</u> \$149 de copago por cada audífono
 <small>HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</small> 1-855-804-3555, TTY 711 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.bndhmo.com/otc	Artículos de venta libre 	Usted recibe \$100 cada 3 meses para gastar en Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	Usted recibe \$100 cada 3 meses para gastar en Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)

BENEFICIOS ADICIONALES MÁS ALLÁ DE ORIGINAL MEDICARE

Proveedor de beneficios adicionales	Tipo de beneficio	Classic Care I Plan 25	Classic Choice Plan 33
<p>brand new day <small>HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</small> 1-866-255-4795, TTY 711 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.bndhmo.com</p>	<p>Viagra (Sildenafil)</p> 	<p>\$8 de copago Viagra genérico de Nivel 2 (Sildenafil)</p>	<p>25% del costo Viagra genérico de Nivel 2 (Sildenafil)</p>
<p> Transporte de rutina: 1-855-804-3340 Transporte médico: 1-855-804-3484 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. TTY 711 www.securetransportation.com</p>	<p>Transporte</p> 	<p>\$0 de copago</p> <p>Transporte ilimitado para viajes aprobados por el plan</p>	
<p> 1-833-240-7289, TTY 1-877-735-2929 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 5:00 p.m. www.mesvision.com/bndhmo</p>	<p>Vista</p> 	<p>\$300 de asignación para armazones y lentes cada 2 años</p>	<p>\$250 de asignación para armazones y lentes cada 2 años</p>
<p> TELADOC 1-800-835-2362, TTY 1-855-636-1578 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana www.teladoc.com</p>	<p>Línea de asesoramiento médico 24/7</p> 	<p>\$0 de copago</p> <p>Solicite una visita con un médico durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por Internet, teléfono o aplicación móvil. Hable con el médico, tómese todo el tiempo que necesite.</p>	
<p>brand new day <small>HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</small> 1-888-687-7321, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana www.bndhmo.com</p>	<p>Línea de asesoramiento de enfermería 24/7</p> 	<p>\$0 de copago</p> <p>Hable con una enfermera registrada de Brand New Day las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

¡AHORRE DINERO EN SUS MEDICAMENTOS RECETADOS!

¡Copagos más bajos por recetas!

¡Niveles 1 y 6 con \$0 de copago! Si surte una receta por medicamentos del Nivel 1 o Nivel 6, no tendrá ningún copago.

¡Ahorros en pedidos por correo!

¡Oferta especial en los Niveles 2 y 3! Pague 2 meses para una receta de 90 días y obtenga el tercer mes sin costo adicional. Esto se aplica a miembros inscritos en uno de los "Planes de atención" ("Care Plans") de Brand New Day cuando usan el servicio de pedidos por correo para surtir su receta de 90 días, de Nivel 2 o Nivel 3. ¡Es sencillo ahorrar en medicamentos recetados con MedImpact Direct!

Suministro de recetas para 90 días en farmacias minoristas

Todos los miembros tienen derecho a usar el servicio de pedidos por correo para ahorrar en recetas. Los precios de pedidos por correo generalmente son más bajos, pero si prefiere recoger los medicamentos en la farmacia, puede solicitar un suministro para 90 días de su farmacia y/o médico y recibir la receta en una farmacia minorista. Esta opción no está sujeta a los ahorros en copagos de pedidos por correo.

¡Más ahorros!

Ayuda adicional de Medicare

Usted puede calificar para recibir Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados. Si usted no califica para Medi-Cal pero tiene un ingreso limitado, puede solicitar la Ayuda adicional. Para presentar la solicitud, llame a:

- Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 y hablar con un representante de servicio al cliente; o llame a
- El Seguro Social al 1-800-772-1213; los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778;
- O puede presentar la solicitud en línea en www.ssa.gov/prescriptionhelp

Si califica para recibir Ayuda adicional, Medicare pagará toda o parte de su prima de la Parte D y usted va a tener copagos más bajos en la farmacia.

Otras formas de ahorrar

Genéricos versus De Marca

Los medicamentos genéricos tienen exactamente los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero usted no paga por el "nombre". Siempre pídale al farmacéutico los medicamentos genéricos en vez de los de marca. Ahorre su dinero para algo especial.

Brand New Day es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación anual del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 866-255-4795, TTY 711 para obtener más información, de 8 a.m. y 8 p.m. De lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y también los fines de semana del 1.º de octubre al 31 de marzo.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted comprenda cabalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-255-4795, TTY 711.

COMPRENSIÓN DE LOS BENEFICIOS

- Revise la lista completa de beneficios incluida en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para aquellos servicios por los que ve al médico de forma rutinaria. Visite www.bndhmo.com/members/plan-details o llame al 1-866-255-4795, TTY 711 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico), para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tenga que elegir a un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

COMPRENSIÓN DE REGLAS IMPORTANTES

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima por lo general se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2019.
- Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en la lista en el Directorio de proveedores).