

RESUMEN DE BENEFICIOS

2019

Brand New Day Select Care Plan (HMO ISNP) 41

Condado de Fresno

Condado de Imperial

Condado de Kern

Condado de Kings

Condado de Los Angeles

Condado de Orange

Condado de Riverside

Condado de San Bernardino

Condado de Santa Clara

Condado de San Diego

Condado de San Mateo

Condado de Tulare



brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2019

BRAND NEW DAY SELECT CARE PLAN (HMO ISNP) 41

H0838, Plan 041

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

Brand New Day es un plan HMO SNP de Medicare Advantage con un contrato con 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 Select Care Plan (HMO ISNP)** 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: Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Santa Clara, San Diego, San Mateo y Tulare.

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	SELECT CARE PLAN (HMO ISNP) 41
Prima mensual del plan	Usted paga \$34.90 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 \$6,700 anualmente Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.

PRIMAS Y BENEFICIOS	SELECT CARE PLAN (HMO ISNP) 41
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<p>Usted paga \$1,364 de deducible Usted paga \$0 de copago por los días 1 - 60 Usted paga \$341 de copago al día por los días 61 - 90</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga el 20% del costo</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 el 20% del costo Usted paga el 20% del costo</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 \$90 por visita</p> <p>Si se le ingresa en el hospital en un plazo de 72 horas, entonces no tendrá que pagar \$90.</p>
Servicios necesarios de urgencia	<p>Usted paga \$0 de copago</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 el 20% del costo Usted paga \$0 de copago Usted paga el 20% del costo Usted paga el 20% del costo</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 \$149 por cada audífono por el modelo avanzado</p> <p>Usted recibe 2 audífonos cada 3 años. Debe llamar a TruHearing para usar este beneficio.</p>

Resumen de beneficios para 2019

PRIMAS Y BENEFICIOS	SELECT CARE PLAN (HMO ISNP) 41
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen oral y limpieza 	<p>Usted paga \$0 de copago por exámenes orales hasta 2 al año Usted paga \$0 de copago por limpiezas hasta 2 al año</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 \$250 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 el 20% del costo</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 el 20% del costo</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga el 20% del costo</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	Usted paga \$415 Usted no paga un deducible por el Nivel 1 y Nivel 6.	
	Suministro para 30 días de medicamento en farmacia minorista	Suministro para 90 días en farmacia de pedidos por correo
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).		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga el 25% del costo	Usted paga el 25% del costo
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga el 25% del costo	Usted paga el 25% del costo
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida	Usted paga el 25% del costo	Usted paga el 25% del costo
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 25% del costo	No disponible
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
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.	Durante esta etapa, usted paga el 25% del costo por medicamentos de marca (más una parte de la cuota de despacho) y el 37% del costo por medicamentos genéricos.	
Cobertura catastrófica	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). 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.	
El costo compartido puede variar dependiendo de la farmacia que elija y cuándo ingresa a una nueva fase del beneficio de la Parte D.		

Select Care Plan (HMO ISNP) 41

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Prima para beneficios suplementarios

Usted paga \$0 adicional al mes

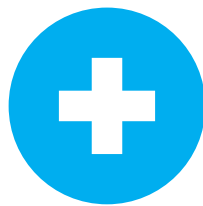
Programas de bienestar

- Materiales de educación para la salud
- Línea de asesoría de enfermeras

Usted paga \$0 de copago

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

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	Select Care Plan 41
<p>brand new day <small>HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</small> 1-866-255-4795, TTY 711 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.bndhmo.com</p>	<p>Beneficios dentales</p> 	<p><u>Limpieza profunda</u> \$0 de copago <u>Coronas</u> \$0 de copago <u>Implantes</u> \$1,740 de copago</p>
<p>TruHearing® 1-866-202-1182, TTY 711 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.truhearing.com</p>	<p>Audífonos</p> 	<p><u>Solo para modelo avanzado</u> \$149 de copago por cada audífono</p>
<p>brand new day <small>HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</small> 1-866-255-4795, TTY 711 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. www.bndhmo.com</p>	<p>Viagra (Sildenafil)</p> 	<p>25% del costo Viagra genérico de Nivel 2 (Sildenafil)</p>
<p> SECURE <small>TRANSPORTATION</small> Transporte de rutina: 1-855-804-3340 Transporte médico: 1-855-804-3484 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. TTY 711 www.securetransportation.com</p>	<p>Transporte</p> 	<p>\$0 de copago Transporte ilimitado para viajes aprobados por el plan</p>

BENEFICIOS ADICIONALES MÁS ALLÁ DE ORIGINAL MEDICARE

Proveedor de beneficios adicionales	Tipo de beneficio	Select Care Plan 41
 <p>1-833-240-7289, TTY 1-877-735-2929 Lunes a viernes, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. www.mesvision.com/bndhmo</p>	<p style="text-align: center;">Vista</p> 	<p style="text-align: center;">\$250 de asignación para armazones y lentes cada 2 años</p>
 <p>TELADOC</p> <p>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 style="text-align: center;">Línea de asesoramiento médico 24/7</p> 	<p style="text-align: center;">\$0 de copago</p> <p>Solicite una visita con un médico 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</p> <p style="font-size: small;">HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT</p> <p>1-888-687-7321, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana www.bndhmo.com</p>	<p style="text-align: center;">Línea de asesoramiento de enfermería 24/7</p> 	<p style="text-align: center;">\$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; los usuarios de TTY pueden llamar al 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 a un 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 tendrá 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 tendrá 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 prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en la lista del Directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales institucional (institutional special needs plan, ISNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, por 90 días o más, haya necesitado o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionado en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF) LTC, un SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF/IID) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados.