

RESUMEN DE BENEFICIOS

2019

Brand New Day Classic Choice Medi-Medi Plan (HMO) 33

Condado de Kern

Condado de Los Angeles

Condado de Orange

Condado de Riverside

Condado de San Bernardino

Condado de San Diego

Condado de Fresno

Condado de Imperial

Condado de Kings

Condado de Santa Clara

Condado de San Mateo

Condado de Tulare



brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

BRAND NEW DAY CLASSIC CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO) 33

H0838, Plan 033

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 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 Choice Medi-Medi 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, San Diego, Fresno, Imperial, Kings, Santa Clara, 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 vigente "**Medicare y usted**". 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 1-866-321-5955, 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 CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO) 33
Prima mensual del plan	Usted paga \$34.80 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.

Classic Choice Medi-Medi Plan (HMO) 33

PRIMAS Y BENEFICIOS	CLASSIC CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO) 33
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<p>Para 2018, el costo compartido por período de beneficios era: Usted paga \$1,340 de deducible Usted paga \$0 de copago por los días 1 - 60 Usted paga \$335 de copago por día por los días 61 -90</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>Los costos compartidos pueden cambiar en 2019. Visite Medicare.gov/your-medicare-costs para obtener más información.</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 \$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 \$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 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 el 20% del costo</p> <p>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>

CLASSIC CHOICE MEDI-MEDI PLAN 33

Resumen de beneficios para 2019

PRIMAS Y BENEFICIOS	CLASSIC CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO) 33
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen oral y limpieza 	<p>Usted paga \$0 de copago por un examen oral (bucal) hasta 2 al año</p> <p>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</p> <p>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 \$0 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>Para 2018, el costo compartido por período de beneficios era:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 - 20</p> <p>Usted paga \$167.50 de copago por día para los días 21 - 100</p> <p>Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.</p> <p>Los costos compartidos pueden cambiar en 2019. Visite Medicare.gov/your-medicare-costs para obtener más información.</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</p> <p>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 Nivel 2: Medicamentos genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferida Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$0 de copago Usted paga el 25% del costo Usted paga el 25% del costo Usted paga el 25% del costo Usted paga el 25% del costo Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago Usted paga el 25% del costo Usted paga el 25% del costo Usted paga el 25% del costo No disponible 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.		

Classic Choice Medi-Medi Plan (HMO) 33

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Prima para beneficios suplementarios

Usted paga \$0 adicional al mes.

Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)

Usted recibe hasta \$100 de asignación cada tres (3) meses para suministros OTC de la farmacia de pedidos por correo de Brand New Day

Acupuntura

Usted paga \$0 de copago por 24 tratamientos al año

Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.

Programas de bienestar

- Promotor de salud para la diabetes
- Membresía a gimnasio
- Materiales de educación para la salud
- Programa de pérdida de peso apoyado médicamente
- Línea de asesoría de enfermeras
- Vial de vida (Vial of Life)

Usted paga \$0 de copago

Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.

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. Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.

Usted paga \$0 de copago

Usted paga \$0 de copago, las comidas no son un beneficio cubierto. A usted se le debe haber diagnosticado un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más para recibir este beneficio. Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.

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

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 para los equipos de primeros auxilios médicos durante una emergencia. Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.