

RESUMEN DE BENEFICIOS

2019

Brand New Day Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO CSNP) 40-2

Condado de Fresno

Condado de Imperial

Condado de Kings

Condado de San Mateo

Condado de Santa Clara

Condado de Tulare



brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

BRAND NEW DAY EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-2

H0838, Plan 040-002

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 Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO CSNP)**, 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, Kings, San Mateo, Santa Clara y Tulare.

Excepto en situaciones de emergencia, si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos 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 | EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-2 |
|--|---|
| 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. |

Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO CSNP) 40-2

| PRIMAS Y BENEFICIOS | EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-2 |
|--|---|
| 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 los días 5 - 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 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>Otros servicios preventivos están 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 dentro de las 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 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 \$699 de copago por cada audífono por el modelo avanzado Usted paga \$999 de copago por cada audífono por el modelo premium</p> <p>Usted recibe 2 audífonos por año. Debe llamar a TruHearing para usar este beneficio.</p> |

EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN 40-2

Resumen de beneficios para 2019

| PRIMAS Y BENEFICIOS | EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-2 |
|---|---|
| <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 por año</p> <p>Usted paga \$0 de copago por limpiezas hasta 2 por 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 por 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 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>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 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> |

Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO CSNP) 40-2

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 seleccionada | 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 25% del costo por medicamentos de marca (más una parte de la cuota de despacho) y 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 31 de diciembre de 2019). Usted paga \$3.40 de copago o 5% (lo que cueste más) por medicamentos genéricos y \$8.50 de copago o 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. | | |

Embrace Choice Medi-Medi Plan (HMO CSNP) 40-2

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Prima para beneficios suplementarios

Usted paga \$0 adicional por mes

Artículos de venta libre (OTC)

Usted recibe hasta \$40 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 por 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. Debe estar diagnosticado con 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 de equipos de primeros auxilios médicos durante una emergencia.

Los servicios podrían requerir una autorización y una derivación.