

Resumen de Beneficios de Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

Este folleto proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que paga usted. No incluye todos los servicios que cubrimos ni cada una de sus limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

Usted tiene opciones para obtener sus beneficios del Programa Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios a través de Medicare Original (Programa Medicare de pago por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios del Programa Medicare al inscribirse en un plan de salud del Programa Medicare (como **Dual Coverage (HMO SNP)**).

Consejos para comparar sus opciones del Programa Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios proporciona un resumen de lo que cubre **Dual Coverage (HMO SNP)** y lo que paga usted.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud del Programa Medicare, pida a los otros planes su folleto de Resumen de Beneficios. O bien, use el Buscador de planes del Programa Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual "**Medicare y usted**" actual.

Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Lo que debe saber de **Dual Coverage (HMO SNP)**
- La prima mensual, el deducible y los límites de lo que usted paga por los servicios cubiertos bajo la póliza
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y en letras grandes.

Puede encontrar este documento en otros idiomas aparte del inglés. Para obtener más información, llámenos al (866-255-4795). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-321-5955.

Este documento puede ser disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame a servicio al cliente en el número de teléfono (866-255-4795). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-321-5955.

Lo que debe saber de Dual Coverage (HMO SNP)

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora del Pacífico.
- Del 15 de febrero al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora del Pacífico.

Los números de teléfono y sitio Web de Dual Coverage (HMO SNP)

- Si es asegurado de este plan, llame al número gratuito (866-255-4795). TTY: 1-866-321-5955
- Si no es asegurado de este plan, llame al número gratuito (866-255-4795). TTY: 1-866-321-5955
- Nuestro sitio web: <http://www.brandnewdayhmo.com>

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en **Dual Coverages (HMO SNP)**, tiene que tener derecho a la Parte A del Programa Medicare, estar inscrito en la Parte B del Programa Medicare y Medi-Cal y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Kern, Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Dual Coverage (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de servicios de salud. Si usa proveedores de servicios de salud que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios que reciba.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores de servicios de salud y farmacias en nuestro sitio web (<http://www.brandnewdayhmo.com>).

O llámanos para que le enviemos una copia de los directorios de proveedores de servicios de salud y de farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud del Programa Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre, y más.

- **Los asegurados de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Es posible que para obtener algunos de estos beneficios pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original.** Para otros, podría pagar menos.
- **Los asegurados de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Medicare Original.** En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, tales como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor de servicios de salud.

- Puede ver el formulario de medicamentos (lista de medicamentos con receta Parte D) completo y las restricciones en nuestro sitio web <http://www.brandnewdayhmo.com>
- O, llamarnos para que le enviemos una copia del formulario.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en uno de seis "Niveles". Debe usar el formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar su costo. El monto que debe pagar depende del nivel de su medicamento y de la etapa de beneficios en que usted se encuentre. Más adelante en este documento explicaremos las etapas de beneficios que ocurren después de alcanzar el deducible: Cobertura inicial, Lapso en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.

Resumen de Beneficios de Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

LA PRIMA MENSUAL, EL DEDUCIBLE Y LOS LÍMITES DE LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

| | |
|---|---|
| ¿Cuál es el costo de la prima mensual? | \$0 por mes. |
| ¿Cuál es el monto del deducible? | <p>Este plan no tiene deducible.</p> <p>Este plan no tiene deducible para quimioterapia y otros medicamentos administrados en el consultorio de su médico (medicamentos de la Parte B).</p> <p>Este plan no tiene deducible para los medicamentos con receta de la Parte D.</p> |
| ¿Hay algún límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos bajo la póliza? | <p>Sí. Como en todos los planes de salud del Programa Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales para sus gastos de bolsillo por la atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, podría no pagar nada por los servicios cubiertos bajo la póliza del Programa Medicare, basado en su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.</p> <p>Consulte el manual "Medicare y usted" para ver los servicios cubiertos bajo la póliza de Medicare. Para los servicios cubiertos bajo la póliza de Medi-Cal, consulte la sección de Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$6,700 por los servicios que reciba de los proveedores de servicios de salud dentro de la red. <p>Si llega al límite de gastos de bolsillo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar sus primas mensualmente y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p> |
| ¿Hay algún límite sobre lo que pagará el plan? | Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para informarse sobre los servicios que aplican. |

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

NOTA:

- LOS SERVICIOS QUE TIENEN ❶ PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.
- LOS SERVICIOS QUE TIENEN ❷ PUEDEN REQUERIR LA REFERENCIA DE SU MÉDICO.

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

| | |
|---|--|
| Acupuntura y otras Terapias alternativas ①② | Por un máximo de 6 visitas cada año: Usted no paga nada |
| Ambulancia ① | Usted no paga nada |
| Servicios quiroprácticos ①② | Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más vértebras se salen de su lugar): Usted no paga nada |
| Servicios dentales ①② | <p>Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes): Usted no paga nada</p> <p>Servicios dentales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 1 limpieza cada seis meses): Usted no paga nada • Radiografías dentales (hasta 1 cada año): Usted no paga nada • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada año): Usted no paga nada • Examen oral (hasta 2 cada año): Usted no paga nada <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1000 de límite de cobertura anual del plan por servicios dentales integrales |
| Servicios y suministros para la diabetes ①② | <p>Materiales para la supervisión de la diabetes. Usted no paga nada.</p> <p>Capacitación para el automanejo de la diabetes. Usted no paga nada.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Usted no paga nada.</p> |
| Pruebas de diagnóstico, Servicios de laboratorio y radiología y Rayos X ①② | <p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como MRI y CT): Usted no paga nada</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted no paga nada</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted no paga nada</p> <p>Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación por cáncer): Usted no paga nada</p> |
| Visitas al consultorio del médico ①② | <p>Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada</p> <p>Visita al especialista: Usted no paga nada</p> |
| Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ① | Usted no paga nada |
| Atención de emergencia | <p>Usted no paga nada</p> <p>La atención de emergencia en todo el mundo está cubierta.</p> |
| Cuidado de los pies (servicios de podología) ①② | Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted no paga nada |

Resumen de Beneficios de Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|
| Servicios para la audición ①② | Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio: Usted no paga nada |
| Cuidados de salud en el hogar ①② | Usted no paga nada |
| Atención de salud mental ①② | <p>Visita de paciente hospitalizado:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de máximo vitalicio para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado este máximo de 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días. Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p> |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios ①② | <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (un máximo de 2 sesiones de una hora por día, con un máximo de 36 sesiones durante un tiempo máximo de 36 semanas): Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada</p> <p>Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Usted no paga nada</p> |
| Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios ①② | <p>Visita de terapia de grupo: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia individual: Usted no paga nada</p> |

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|
| Cirugía para pacientes ambulatorios ①② | Centro quirúrgico ambulatorio: Usted no paga nada Hospital para paciente ambulatorio: Usted no paga nada |
| Artículos de venta libre | No está cubierto |
| Aparatos prostéticos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.) ① | Aparatos prostéticos: Usted no paga nada Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada |
| Díálisis renal ①② | Usted no paga nada |
| Transporte ①② | Usted no paga nada 36 viajes de una vía a sitios aprobados por el plan cubiertos por año |
| Atención de urgencia | Usted no paga nada |
| Servicios para la vista | Examen para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo las pruebas anuales de detección de glaucoma): Usted no paga nada Examen rutinario de la vista (hasta 1 cada año): Usted no paga nada Anteojos (marco y lentes) (hasta 1 cada dos años): Usted no paga nada Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos (marcos y lentes). |
| Cuidado preventivo ①② | Usted no paga nada Nuestro plan cubre varios servicios de prevención, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Orientación por mal uso del alcohol • Densitometría ósea • Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de afecciones cardiovasculares • Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal • Colonoscopia • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes, • Prueba de sangre oculta en heces • Sigmoidoscopia flexible • Pruebas de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Examen de detección de obesidad y orientación • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Infecciones de transmisión sexual y asesoría • Asesoría para dejar de fumar (asesoría para personas que no tienen signos de enfermedades relacionadas con el |

Resumen de Beneficios de Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) |
|--------------------------------------|--|
| | <p>tabaco)</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas, incluyendo vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra neumococos.• Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una vez)• Visita anual de "Bienestar" <p>Todos los servicios de prevención aprobados por el Programa Medicare para el año del contrato estarán cubiertos.</p> |
| Centro de cuidados paliativos | No paga nada por la atención de cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo. |

ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

| | |
|--|---|
| Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados ①② | <p>Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado este máximo de 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días. Usted no paga nada</p> |
| Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados | Para obtener información sobre los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección "Atención de salud mental" en este folleto. |
| Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ①② | Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted no paga nada |

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

| ¿Cuánto debo pagar? | <p>Por los medicamentos de la Parte B, tales como los medicamentos para quimioterapia ❶: Usted no paga nada</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B ❶: Usted no paga nada</p> | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------|----------------------|----------------------------|---------------------------------|-----|-----|---|--|--|
| Cobertura inicial | <p>Nuestro plan no tiene deducible para los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Usted paga lo siguiente: Puede adquirir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.</p> <p style="text-align: center;"><u>Costo compartido estándar para farmacias minoristas</u> <u>Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Nivel</th> <th style="text-align: center;">Suministro de un mes</th> <th style="text-align: center;">Suministro para tres meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="602 1003 878 1073">Nivel 1 (Genérico preferido)</td> <td style="text-align: center;">\$0</td> <td style="text-align: center;">\$0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="602 1129 878 1276">Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)</td> <td data-bbox="878 1129 1187 1633"> Para medicamentos genéricos no preferidos (Genéricos) considerados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. </td> <td data-bbox="1187 1129 1507 1703"> Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. </td> </tr> </tbody> </table> | | | Nivel | Suministro de un mes | Suministro para tres meses | Nivel 1 (Genérico preferido) | \$0 | \$0 | Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos) | Para medicamentos genéricos no preferidos (Genéricos) considerados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| Nivel | Suministro de un mes | Suministro para tres meses | | | | | | | | | | |
| Nivel 1 (Genérico preferido) | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | |
| Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos) | Para medicamentos genéricos no preferidos (Genéricos) considerados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | | | | | | | | | | |

Resumen de Beneficios de Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) | | |
|---|---|--|--|
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (continuación) | | | |
| Cobertura inicial (continuación) | Costo compartido estándar para farmacias minoristas (continuación) | | |
| | Nivel | Suministro | Suministro para tres meses |
| | Nivel 3 (De marca preferidos) | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| | Nivel 4 (Medicamento genérico) (De marca preferidos) | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| | Nivel 5 (Nivel de especialidad) | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) | | |
|---|---|--|--|
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (continuación) | | | |
| Cobertura inicial (continuación) | Costo compartido estándar para farmacias minoristas (continuación) | | |
| | Nivel | Suministro | Suministro para tres meses |
| | Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos) | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA | | | |
| Cobertura inicial (continuación) | Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo | | |
| | Nivel | Suministro para tres meses | |
| | Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) | \$0 | |
| | Nivel 2 (Medicamento genérico Genéricos) | Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genérico), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | |
| | Nivel 3 (De marca preferidos) | Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genérico), ya sea: • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | |

Resumen de Beneficios de Dual Coverage (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

| Categoría de beneficios | Dual Coverage (HMO SNP) | |
|---|---|---|
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA | | |
| Cobertura inicial (continuación) | Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo (continuación) | |
| | Nivel | Suministro para tres meses |
| | Nivel 4 (Medicamento genérico (De marca preferidos) | Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genérico), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| | Nivel 5 (Nivel de especialidad) | Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genérico), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. |
| Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos) | Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genérico), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$1.20 de copago; o • \$2.65 de copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; o • \$3.60 de copago; o • \$6.60 de copago. | |
| Si reside en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red. | | |
| Cobertura para casos catastróficos | Usted no paga nada | |

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA DE MEDI-CAL

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medi-Cal. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de Beneficios están cubiertos por el Programa Medicare. Para cada beneficio a continuación, puede ver lo que cubre Medi-Cal y lo que cubre nuestro plan. Lo que paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.

ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL) BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|---|
| 1. Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por una estancia en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado este máximo de 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <p>Usted no paga nada</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|---|
| 2. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Centro quirúrgico ambulatorio: Usted no paga nada Hospital para paciente ambulatorio: Usted no paga nada |
| 3. Servicios de clínica rural de salud | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada Visita al especialista: Usted no paga nada |
| 4. Servicios de centro de salud calificados a nivel federal | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada Visita al especialista: Usted no paga nada |
| 5. Servicios de laboratorio | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Servicios de laboratorio: Usted no paga nada |
| 6. Rayos X | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Servicios de radiación para diagnosticar (tales como MRI y CT): Usted no paga nada Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada Radiología terapéutica (como tratamiento de radiación por cáncer): Usted no paga nada |
| 7. Centro de servicio de enfermería especializada para personas de más de 21 años de edad: atención subaguda | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Usted no paga nada. Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Tiene que pagar el deducible de paciente |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|---|--|
| | | <p>hospitalizado por cada período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> |
| <p>8. Atención en centro de servicios de enfermería pediátrica para menores de 21 años de edad; servicios subagudos (Evaluación periódica y temprana, servicios de diagnóstico y tratamiento complementario)</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>No es un beneficio cubierto bajo la póliza.</p> |
| <p>9. Servicios y suministros de planificación familiar</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Algunos anticonceptivos están cubiertos bajo el beneficio de la parte D. Consulte el beneficio de medicamentos con receta para obtener más detalles.</p> |
| <p>10. Servicios médicos</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada Visita al especialista: Usted no paga nada</p> |
| <p>11. Servicios dentales quirúrgicos y médicos</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes):</p> |
| <p>12. Servicios de oftalmología</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo las pruebas anuales de detección de glaucoma): Usted no paga nada</p> |
| <p>13. Servicios de podiatría*</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted no paga nada.</p> |
| <p>14. Servicios de optometría</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de</p> | <p>Examen rutinario de la vista (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|---|--|
| | Medicaid | Anteojos (marco y lentes) (hasta 1 cada dos años): Usted no paga nada Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos (marcos y lentes). |
| 15. Servicios quiroprácticos* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más vértebras se salen de su lugar) Usted no paga nada. |
| 16. Servicios de psicología* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada |
| 17. Servicios de enfermero anestesista | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | \$0 de copago por servicios de enfermero anestesista cubiertos bajo la póliza por Medicare |
| 18. Servicios de laboratorio para fabricaciones ópticas y de oculista* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 19. Suministros médicos (no incluye cremas ni enjuagues por incontinencia) | | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Suministros para diabéticos \$0 de copago para suministros de |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|--|--|
| | | <p>monitoreo para la diabetes cubierto bajo la póliza de Medicare (monitor del nivel de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, aparatos para lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras y monitor, zapatos terapéuticos).</p> <p>Equipo médico duradero</p> <p>Suministros como sillas de ruedas, muletas y camas de hospital están cubiertos bajo el beneficio del equipo médico duradero:</p> <p>\$0 de copago para el equipo médico duradero cubierto bajo la póliza de Medicare.</p> <p>Suministros prostéticos relacionados (tales como los suministros de colostomía) \$0 de copago por los aparatos prostéticos cubiertos por el Programa Medicare.</p> <p>Suministros quirúrgicos</p> <p>Suministros quirúrgicos, como vendajes, suministros como tablillas y yesos cubiertos bajo el beneficio de pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios:</p> <p>\$0 de copago por los aparatos prostéticos cubiertos por el Programa Medicare.</p> <p>pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> |
| 20. Cremas y enjuagues por incontinencia* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 21. Equipo médico duradero | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de | Usted no paga nada |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|---|
| | Medicaid | |
| 22. Audífonos | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 23. Enteral formulae | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza por el Programa Medicare. |
| 24. Servicios de acupuntura* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Por un máximo de 6 visitas cada año: Usted no paga nada |
| 25. Servicios de partera certificada | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de partera certificada cubiertos bajo la póliza del Programa Medicare |
| 26. Servicios de salud en el hogar a través de una agencia de salud en el hogar (incluyendo servicios de ayuda y enfermería de salud en el hogar, terapia física y ocupacional, servicios de audiología y patología del habla, enfermería intermitente, cuidado de ayuda de salud en el hogar, suministros médicos, equipo y aparatos) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Usted no paga nada. |
| 27. Terapia física y servicios relacionados | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita de terapia física: Usted no paga nada |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|--|
| 28. Centros para rehabilitación | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por centro de rehabilitación cubierto por el Programa Medicare.</p> |
| 29. Servicios de enfermería privada (solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>No es un beneficio cubierto bajo la póliza</p> |
| 30. Clínica (clínica organizada para pacientes ambulatorios, servicios de salud indígena, centros de nacimiento alternativo, centros quirúrgicos ambulatorios) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Centro quirúrgico ambulatorio: Usted no paga nada Hospital para paciente ambulatorio: Usted no paga nada</p> |
| 31. Servicios dentales | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes): Usted no paga nada</p> <p>Servicios dentales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 1 limpieza cada 6 meses): Usted no paga nada • Radiografías dentales (hasta 1 cada año): Usted no paga nada • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada año): Usted no paga nada • Examen oral (hasta 2 cada año): Usted no paga nada <p>\$1,000 de límite de cobertura del plan por beneficios dentales integrales por año</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|--|---|
| 32. Terapia ocupacional | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada |
| 33. Patología del habla/Terapia del habla* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted no paga nada |
| 34. Servicios de audiología* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | Exámenes para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio: Usted no paga nada |
| 35. Servicio farmacéuticos y medicamentos recetados | \$0 de copago por medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare | <p>Para los medicamentos de la Parte B, tales como los medicamentos para quimioterapia: Usted no paga nada</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted no paga nada</p> <p>Los servicios podrían necesitar una autorización previa</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo la póliza general de la Parte D de Medicare</p> <p>Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en http://www.brandnewdayhmo.com en la red.</p> <p>Es posible que apliquen diferentes gastos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - viven en centros de atención de largo plazo o - tienen acceso a proveedores indígenas/tribales/urbanos (Servicios de salud para indígenas). |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|--|---|
| | | <p>Su cobertura de medicamentos con receta dentro de la red puede estar limitada al área de servicio del plan.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial</p> <p>Dependiendo de sus ingresos y de su situación institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago, o - \$1.20 de copago; o - \$2.65 de copago <p>Para todos los demás medicamentos, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago, o - \$3.60 de copago; o - \$6.60 de copago <p>Cobertura para casos catastróficos</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> |
| 36. Dentaduras postizas* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización</p> <p>\$0 de copago</p> |
| 37. Aparatos prostéticos (aparatos de ortodoncia) prótesis oculares | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Aparatos prostéticos: Usted no paga nada</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada</p> |
| 38. Anteojos, otros aparatos para los ojos* | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Anteojos (marco y lentes) (hasta 1 cada dos años): Usted no paga nada</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos (marcos y lentes).</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
 BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
 ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|---|--|
| 39. Programa integral de servicios perinatales (Servicios de prevención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$0 de copago por servicios perinatales (servicios de prevención) cubiertos por el Programa Medicare. |
| 40. Servicios para adultos con sede en la comunidad (CBAS) (solo exención)** | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 41. Servicios de diálisis crónica | | Usted no paga nada |
| 42. Servicios de rehabilitación (diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, salud mental de rehabilitación, Medi-Cal de medicamentos, centros de rehabilitación independiente) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Diálisis (de riñón) dentro de la red \$0 de copago servicios de diálisis renal cubiertos por el Programa Medicare. Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios \$0 de copago por visita de tratamiento por abuso de sustancias para paciente ambulatorio cubierta por el Programa Medicare \$0 de copago por visita de grupo de tratamiento por abuso de sustancias para paciente ambulatorio del Programa Medicare Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red \$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta bajo la póliza de Medicare \$0 de copago por: |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|---|---|
| | | <p>- cada visita de terapia individual con cobertura del Programa Medicare con un psiquiatra</p> <p>- cada visita de terapia grupal con cobertura del Programa Medicare con un psiquiatra</p> <p>\$0 de copago por los servicios del programa de hospitalización parcial con cobertura de Medicare.</p> |
| <p>43. Institutos para enfermedades mentales (para menores de 21 años de edad y de más de 65 años de edad, incluyendo cuidado psiquiátrico).</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>Los servicios cubiertos bajo la póliza incluyen los servicios de salud mental que requieran hospitalización. Límite de por vida de 190 días por servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de Salud Mental que se brinden en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Excepto en caso de emergencia, el médico tiene que informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p> |
| <p>44. Centro de atención intermedia</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>La atención de custodia recibida en un Centro de atención a largo plazo o intermedio que no está cubierta por Brand New Day.</p> |
| <p>45. Enfermera partera</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de enfermera partera cubiertos por el Programa Medicare</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización</p> |
| <p>46 Centro de cuidados paliativos</p> | <p>\$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid</p> | <p>General</p> <p>Tiene que obtener atención de un centro de cuidados paliativos certificado por el Programa Medicare. Cuando se inscribe en un programa de cuidado paliativo certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y sus servicios de Medicare Original son pagados por Medicare Original, no Brand New Day.</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|--|--|
| 47. Servicios relacionados con TB | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid relacionados con TB |
| 48. Cuidados respiratorios para pacientes dependientes de ventilador | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | \$0 de copago por cuidados respiratorios cubiertos bajo la póliza de Medicare para pacientes dependientes de ventilador. Pueden aplicar reglas de autorización. |
| 49. Enfermera familiar profesional | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización Dentro de la red \$0 de copago por servicios de enfermera profesional cubiertos por el Programa Medicare |
| 50. Cuidado comunitario y del hogar para ancianos discapacitados funcionalmente (solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 51. Arreglos de vivienda con apoyo de la comunidad (solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 52. Servicios de atención personal | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 53. Hospital rural de cuidado de salud primario | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización Dentro de la red \$0 de copago por servicios de hospital rural de cuidado de salud primario cubiertos por el Programa Medicare. |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|--|--|---|
| 54. Centros de salud no médicos | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Si obtener atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada es contra las creencias religiosas de un asegurado, nuestro plan proporcionará cobertura para la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención de salud no médica) cubiertos. Tiene que obtener la aprobación de nuestro plan con anticipación a la atención que se proporciona, de lo contrario, no se cubre la estadía. Aplican límites de cobertura de hospital para pacientes del Programa Medicare hospitalizados para la atención recibida en una institución religiosa no médica.</p> <p>El plan cubre 90 días en cada período de beneficios.</p> |
| 55. Servicios hospitalarios de emergencia | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>General</p> <p>\$0 de copago por las visitas a la sala de emergencia con cobertura del Programa Medicare.</p> <p>La atención de emergencia en todo el mundo está cubierta por el plan.</p> |
| 56. Transporte (el Estado proporciona transporte médico de emergencia y no de emergencia. Cumple con los requisitos federales para aseguramiento de transporte a servicios médicamente necesarios) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | <p>Servicios de ambulancia General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por servicios de ambulancia cubiertos por el Programa Medicare.</p> <p>Transporte general (rutina)</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por hasta 36 viajes de ida a sitios aprobados por el plan cada año.</p> |

**ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA MEDICAID (MEDI-CAL)
BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA PARA BENEFICIARIOS DE DOBLE
ELEGIBILIDAD (PROGRAMA MEDICARE Y MEDICAID)**

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|--|
| 57. Servicios para la mujer embarazada que trata una condición que puede tener impacto en la mujer o en el feto (no está específicamente establecido como beneficio pero es una disposición obligatoria bajo las normas federales) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza del Programa Medicare. |
| 58. Servicios de asesoramiento matrimonial y de familia (Evaluación periódica y temprana, servicios de diagnóstico y tratamiento solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$0 de copago por servicios de asesoramiento matrimonial y de familia cubiertos por el Programa Medicare. |
| 59. Servicios de trabajadoras sociales clínicos autorizados (Evaluación periódica y temprana, servicios de diagnóstico y tratamiento y solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$0 de copago por servicios de trabajador social clínico autorizado cubiertos por el Programa Medicare |
| 60. Servicio personalizado de apoyo (Evaluación periódica y temprana, servicios de diagnóstico y tratamiento solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | \$0 de copago por servicios personalizados de apoyo cubiertos bajo la póliza de Medicare. |
| 61. Servicios de agencias de enfermería privada (Evaluación periódica y temprana, servicios de | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |

| Categoría de beneficios | Medicaid (Medi-Cal) | Brand New Day Dual Coverage (HMO SNP) |
|---|--|--|
| diagnóstico y tratamiento solo exención) | | |
| 62. Servicios de proveedor de enfermera individual (Evaluación periódica y temprana, servicios de diagnóstico y tratamiento solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |
| 63. Servicios no médicos (solo exención) | \$0 de copago por servicios cubiertos bajo la póliza de Medicaid | No es un beneficio cubierto bajo la póliza |

***Exclusión opcional de beneficios:**

Los beneficios anotados anteriormente con * solamente están disponibles para esta población beneficiaria: 1) beneficiarios menores de 21 años de edad para servicios prestados según el programa EPSDT; 2) los beneficiarios que viven en un centro de servicio de enfermería especializada (Centro de enfermería Nivel A y Nivel B, incluyendo centros de atención para enfermedades subagudas; 3) beneficiarias que están embarazadas (servicios y beneficios relacionados con el embarazo; otros beneficios y servicios para tratar condiciones que, si se dejan sin tratar, pueden ocasionar dificultades para el embarazo); 4) Beneficiarios de Servicios para niños de California; y 5) beneficiarios inscritos en Programas de atención todo incluido para ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

****Servicios para adultos con sede en la comunidad (CBAS)** ha reemplazado los servicios de atención médica diurna para adultos. Los servicios de atención médica diurna para adultos se eliminaron el 31 de marzo de 2012. CBAS entró en vigencia el 1 de abril de 2012

Revisado en noviembre de 2012