

brand new day

Health Maintenance Organization
Special Needs Plan

Bridges Extra Care (HMO SNP)

Resumen de beneficios

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 **Bridges Extra Care (HMO SNP)**).

Consejos para comparar sus opciones del Programa Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios proporciona un resumen de lo que cubre **Bridges Extra Care (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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Lo que debe saber de **Bridges Extra Care (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. TTY (866) 321-5955

Este documento puede estar disponible en un idioma que no es el 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 1-877-486-2048.

Lo que debe saber de **Bridges Extra Care (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.

Números de teléfono y sitio web de **Bridges Extra Care (HMO SNP)**

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

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en **Bridges Extra Care (HMO SNP)**, tiene que tener derecho a la Parte A del Programa Medicare, estar inscrito en la Parte B del Programa Medicare, tener un diagnóstico de demencia y vivir en nuestra área de servicio.

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

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Bridges Extra Care (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de servicios de salud. Si usa proveedores de servicios de salud fuera de la red, es posible que el plan no pague los servicios que reciba.

Por lo general, tiene que 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 llamarnos para que le enviemos una copia de los directorios de proveedores de servicios de salud y de farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que 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.

Bridges Extra Care (HMO SNP)

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?** \$28.80 al mes. Además, tiene que continuar pagando su prima de la Parte B del Programa Medicare.
- ¿Cuál es el monto del deducible?** \$320 al año por sus medicamentos con receta de la Parte D.
- ¿Hay algún límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos bajo la póliza?** 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.
- Sus límites anuales en este plan:
- \$6,700 por los servicios que reciba de los proveedores de servicios de salud dentro de la red.
- 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. Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar sus primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- ¿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 1 PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**
- **LOS SERVICIOS QUE TIENEN 2 PUEDEN REQUERIR LA REFERENCIA DE SU MÉDICO.**

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Acupuntura y otras Terapias alternativas ^{1,2}	Por un máximo de 6 visitas cada año: Usted no paga nada
Ambulancia ¹	20% del costo
Servicios quiroprácticos ^{1,2}	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más vértebras se salen de su lugar): Usted no paga nada
Servicios dentales ^{1,2}	Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes): Usted no paga nada Servicios dentales de prevención: <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 Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none">• \$1000 de límite de cobertura anual del plan por servicios dentales integrales
Servicios y suministros para la Diabetes ^{1,2}	Suministros de monitoreo para la diabetes: Usted no paga nada Capacitación para el automanejo de la diabetes: Usted no paga nada Plantillas o zapatos terapéuticos: Usted no paga nada
Pruebas de diagnóstico, laboratorio y servicios de radiología y rayos X ^{1,2}	Servicios de radiología de diagnóstico (tales como MRI y CT): Usted no paga nada Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted no paga nada Servicios de laboratorio: Usted no paga nada

Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada
Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación por cáncer): 20% del costo

Visitas al consultorio del médico^{1,2} Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada
Visita al especialista: Usted no paga nada

Equipo médico duradero (*sillas de ruedas, oxígeno, etc.*)¹ 20% del costo

Si va con un proveedor de servicios de salud preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de proveedores preferidos.

Atención de Emergencia \$65 de copago
Si es admitido en el hospital dentro de los 3 días siguientes, no tiene que pagar el costo compartido de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este folleto para informarse sobre otros costos.

Cobertura mundial de atención de emergencia: \$65 de copago
Si es admitido en el hospital dentro de los 3 días siguientes, no tiene que pagar el costo compartido de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este folleto para informarse sobre otros costos.

Servicios de cuidado de los pies (*podiatría*)^{1,2} Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted no paga nada

Servicios para la audición^{1,2} Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio: 20% del costo

Cuidados de salud en el hogar^{1,2} Usted no paga nada

Servicios de atención de salud mental^{1,2} Visita de paciente hospitalizado:
Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida para los servicios 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.

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.

Nuestro plan cubre 90 días por una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.

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.

En 2015, los montos para cada período de beneficios son:

- \$__ de deducible por los días 1 al 60
- \$__ de copago por día por los días 61 al 90
- \$__ de copago por día durante los 60 días de reserva vitalicia

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada

Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada

Rehabilitación para pacientes ambulatorios^{1,2}

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): 20% del costo

Visita de terapia ocupacional: 20% del costo

Visita de terapia física y terapia del habla y del lenguaje: 20% del costo

Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios^{1,2}

Visita de terapia de grupo: Usted no paga nada

Visita de terapia individual: Usted no paga nada

Cirugía para paciente ambulatorio^{1,2}

Centro quirúrgico ambulatorio: 20% del costo

Hospital para paciente ambulatorio: 0 - 20% del costo, dependiendo del servicio

Artículos sin receta

No está cubierto

Aparatos prostéticos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)¹

Aparatos prostéticos: Usted no paga nada

Suministros médicos relacionados: 20% del costo

Diálisis renal ^{1,2}	20% del costo
Transporte	Usted no paga nada
Atención de urgencia	Usted no paga nada
Servicios para la vista ^{1,2}	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 ^{1,2}

Usted no paga nada
Nuestro plan cubre varios servicios de prevención, que incluyen:

- Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Orientación por mal uso del alcohol
- Densitometría ósea
- Detección de cáncer de seno (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Pruebas de detección de afecciones cardiovasculares
- Examen de chequeo 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
- Prueba de detección de VIH
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Pruebas de detección y asesoría para tratar la obesidad
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)

- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría
- Asesoría para dejar de fumar (asesoría para personas que no tienen signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- 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"

Todos los servicios de prevención aprobados por el Programa Medicare para el año del contrato estarán cubiertos.

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 ^{1,2}

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.

Nuestro plan cubre 90 días por una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.

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.

En 2015, los montos para cada período de beneficios son:

- \$1260 de deducible por los días 1 al 60
- \$315 de copago por día por los días 61 al 90
- \$630 de copago por día durante los 60 días de reserva vitalicia

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 (SNF) ^{1,2}

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

En 2015, los montos para cada período de beneficios son:

- No paga nada por los días 1 a 20
- \$157.50 de copago por día por los días 21 al 100

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿Cuánto debo pagar?

Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹: 20% del costo
Otros medicamentos de la Parte B¹: 20% del costo

Cobertura inicial

Después de que paga su deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que se alcanzan los costos anuales de medicamentos de \$2,960. Los costos totales anuales de medicamentos son el total de los costos de medicamentos pagados por usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede adquirir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.

Costo compartido estándar para farmacias minoristas		
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico no preferido)	25% del costo	25% del costo
Nivel 3 (De marca preferidos)	25% del costo	25% del costo
Nivel 4 (De marca no preferidos)	25% del costo	25% del costo
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	25% del costo
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$10 de copago	\$30 de copago

Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo	
Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0
Nivel 2 (Genérico no preferido)	25% del costo
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	25% del costo
Nivel 4 (De marca no preferidos)	25% del costo
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$30 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.

Lapso en la cobertura

Los planes de medicamentos del Programa Medicare tienen un lapso en la cobertura (también se llama Período sin cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que pagará por sus medicamentos. El lapso en la cobertura empieza después de que el costo anual total por medicamentos (incluyendo lo que ha pagado nuestro plan y lo que usted ha pagado) alcanza los \$2,960.

Después de entrar en el lapso en la cobertura, usted paga el 45 % del costo para el plan de los medicamentos de marca y el 65 % del precio costo para el plan de los medicamentos genéricos cubiertos hasta un total de costos de \$4,700, que es el final del lapso en la cobertura. No todas las personas entran en el lapso en la cobertura.

Cobertura para casos catastróficos

Después de que sus gastos de bolsillo de medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) llegan a \$4,700, usted paga lo que sea mayor de:

- 5% del costo o
- \$2.65 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.60 por todos los demás medicamentos.

