

## Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (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 **Hope Drug Savings (HMO SNP)**).

### Consejos para comparar sus opciones del Programa Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios proporciona un resumen de lo que cubre **Hope Drug Savings (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 **Hope Drug Savings (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 1-(866) 321-5955

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

### Lo que debe saber de Hope Drug Savings (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 Hope Drug Savings (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 **Hope Drug Savings (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 condiciones de salud mental crónica e incapacitante 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?

**Hope Drug Savings (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>).

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 Hope Drug Savings (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?	\$0 por mes. Además, tiene que continuar pagando su prima de la Parte B del Programa Medicare.
¿Cuál es el monto del deducible?	Este plan no tiene deducible.
¿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>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,400 por los servicios que reciba de los proveedores dentro de la red.</li> </ul> <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>
¿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.

<b>Categoría de beneficios</b>	<b>Hope Drug Savings (HMO SNP)</b>
--------------------------------	------------------------------------

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Acupuntura y otras Terapias alternativas ❶❷	Por un máximo de 6 visitas cada año: Usted no paga nada
Ambulancia ❶	\$65 de copago
Servicios quiroprácticos ❶❷	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más vértebras se salen de su lugar): Usted no paga nada

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

---

## Servicios dentales ①②

Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes): 0 - 20% del costo, dependiendo del servicio

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Servicios dentales ①②</b> <b>(continuación)</b>	Servicios dentales de prevención: • 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
<b>Servicios y suministros para la diabetes ①②</b>	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
<b>Pruebas de diagnóstico, Servicios de laboratorio y radiología y Rayos X ①②</b>	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
<b>Visitas al consultorio del médico ①②</b>	Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada  Visita al especialista: Usted no paga nada
<b>Equipo médico duradero</b> (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ①	20% del costo
<b>Atención de emergencia</b>	\$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
<b>Cuidado de los pies</b> (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 Hope Drug Savings (HMO SNP)

---

## Servicios para la audición ①②

Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio: 20% del costo

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## Categoría de beneficios

## Hope Drug Savings (HMO SNP)

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Cuidados de salud en el hogar ①②</b>	<p>Usted no paga nada</p>
<b>Servicios de salud mental ①②</b>	<p>Visita de paciente hospitalizado:          Nuestro plan cubre hasta 190 días de por 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.</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.</p> <p>Usted no paga nada</p>
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios ①②</b>	<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>
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios ①②</b>	<p>Visita de terapia de grupo: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia individual: Usted no paga nada</p>
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios ①②</b>	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: 20% del costo</p> <p>Hospital para paciente ambulatorio: 0 - 20% del costo, dependiendo del servicio</p>
<b>Artículos sin receta</b>	<p>No está cubierto</p>
<b>Aparatos prostéticos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.) ①</b>	<p>Aparatos prostéticos: 20% del costo</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada</p>

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Diálisis renal ①②</b>	20% del costo
<b>Transporte</b>	No está cubierto
<b>Atención de urgencia</b>	Usted no paga nada
<b>Servicios para la vista ①②</b>	<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>Examen rutinario de la vista (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</p> <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>
<b>Cuidado preventivo ①②</b>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre varios servicios de prevención, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal</li><li>• Orientación por mal uso del alcohol</li><li>• Densitometría ósea</li><li>• Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</li><li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li><li>• Pruebas de detección de afecciones cardiovasculares</li><li>• Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</li><li>• Colonoscopia</li><li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal</li><li>• Prueba de detección de depresión</li><li>• Pruebas de detección de diabetes,</li><li>• Prueba de sangre oculta en heces</li><li>• Sigmoidoscopia flexible</li><li>• Pruebas de detección de VIH</li><li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li><li>• Examen de detección de obesidad y orientación</li><li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li><li>• Infecciones de transmisión sexual y asesoría</li><li>• Asesoría para dejar de fumar (asesoría para personas que no tienen signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li><li>• Vacunas, incluyendo vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra neumococos.</li><li>• Visita preventiva "Bienvenido al Programa Medicare" (una vez)</li><li>• Visita anual de "Bienestar"</li></ul>



# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Cuidado preventivo ①② (continuación)</b>	Todos los servicios de prevención aprobados por el Programa Medicare para el año del contrato estarán cubiertos.
<b>Cuidados paliativos</b>	No paga nada por la atención de cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por el Programa Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.

## ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados ①②</b>	<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.</p> <p>Usted no paga nada</p>
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Para obtener información sobre los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección "Atención de salud mental" en este folleto.
<b>Centro de servicio de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ①②</b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Usted no paga nada</p>

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

<b>¿Cuánto debo pagar?</b>	<p>Por los medicamentos de la Parte B, tales como los medicamentos para quimioterapia ①: 20% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B ①: 20% del costo</p>
----------------------------	---

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

---

## Cobertura inicial

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.

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (continuación)

Cobertura inicial (continuación)	<u>Costo compartido estándar para farmacias minoristas</u>		
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
	Nivel 2 (genérico no preferido)	\$9 copago	\$27 copago
	Nivel: 3 (marca preferida)	\$45 copago	\$135 copago
	Nivel: 4 (marca no preferida)	\$90 copago	\$270 copago
	Nivel: 5 (Nivel de especialidad:)	33% del costo	33% del costo
	Nivel: 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$9 copago	\$27 copago
	<u>Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo</u>		
	Nivel	Suministro para tres meses	
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	
	Nivel 2 (genérico no preferido)	\$25 copago	
	Nivel: 3 (marca preferida)	\$100 copago	
	Nivel: 4 (marca no preferida)	\$270 copago	
	Nivel: 5 (Nivel de especialidad:)	33% del costo	

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

---

## 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.

# Resumen de Beneficios de Hope Drug Savings (HMO SNP)

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (continuación)

<b>Lapso en la cobertura (continuación)</b>	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.
<b>Cobertura para casos catastróficos</b>	Después de que sus gastos de bolsillo de medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del pedido por correo) llegan a \$4,700, usted paga lo que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% del costo o</li><li>• \$2.65 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca considerados como genéricos) y un copago de \$6.60 por todos los demás medicamentos.</li></ul>