

brand new day

Health Maintenance Organization
Special Needs Plan

Bridges Drug Savings (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 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 **Bridges 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 **Bridges 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 (866) 321-5955

Este documento puede estar disponible en un idioma

diferente al inglés. Para obtener información adicional, llame a servicio

al cliente en el número de teléfono (866-255-4795). Los usuarios de TTY tienen que llamar al 1-877-486-2048.

Lo que debe saber de **Bridges 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 **Bridges Drug Savings (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 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 demencia 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?

Bridges 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>).

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: Cobertura inicial, Lapsos en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.

Bridges 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">• \$3,400 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 mensuales 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.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

NOTA:

- **LOS SERVICIOS QUE TIENEN ¹ PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**
- **LOS SERVICIOS QUE TIENEN ²PUEDEN 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): 0 - 20% del costo, dependiendo del servicio

Servicios dentales de prevención:

- Limpieza (hasta 1 limpieza cada seis meses): \$0 - 10 de copago, dependiendo del servicio
- Radiografías dentales (hasta 1 cada año): \$0 - 30 de copago, dependiendo del servicio.
- Tratamiento con flúor (hasta 1 cada año): \$0 - 20 de copago, dependiendo del servicio.
- Examen oral (hasta 1 cada año): Usted no paga nada

Servicios dentales integrales:

- Se pueden aplicar copagos a los servicios. Desde \$0 hasta \$2000 dependiendo del servicio.
- \$1000 de límite de cobertura anual del plan por servicios dentales integrales

Suministros y servicios para 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, servicios de radiología y rayos X^{1,2}

Servicios de radiología diagnóstica (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 rueda, 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
(servicio
de 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: Usted no paga nada

cuidados de salud en el hogar^{1,2}

Usted no paga nada

Servicios de salud mental^{1,2}

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.

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.

Usted no paga nada

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): Usted no paga nada

Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada

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 pacientes
ambulatorios^{1,2}

Centro quirúrgico ambulatorio: \$100 de copago

Hospital para paciente ambulatorio: \$65-100 de copago, dependiendo del servicio

Artículos sin receta médica

No está cubierto

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

Aparatos prostéticos: 20% del costo
Suministros médicos relacionados: 20% del costo

Diálisis renal^{1,2}

20% del costo

Transporte

No está cubierto

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}

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.

- Usted no paga nada

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.

- No paga nada al día por los días 1 a 20
- \$148 de copago por día por los días 21 a 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

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 un mes
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico no preferido)	\$9 de copago	\$27 de copago
Nivel 3 (De marca preferidos)	\$45 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 (De marca no preferidos)	\$90 de copago	\$270 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	33% del costo
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$9 de copago	\$27 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 de copago	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$100 de copago	
Nivel	Suministro para tres meses	
Nivel 4 (De marca no preferidos)	\$270 de copago	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$25 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. Bajo este plan, puede pagar incluso menos por los medicamentos de marca y genéricos en el formulario. Su costo varía por nivel. Debe usar el formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento. Vea el diagrama siguiente para saber cuánto le costará.

Costo compartido estándar para farmacias minoristas			
Nivel	Medicamento cubierto	Suministro de un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todo	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	Todo	\$9 de copago	\$27 de copago
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	Todo	\$9 de copago	\$27 de copago

Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo		
Nivel	Medicamento cubierto	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Todo	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	Todo	\$25 de copago
Nivel 6 (Medicamentos	Todo	\$25 de copago

selectos para diabéticos)		
---------------------------	--	--

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 del 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.