

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

Plan Brand New Day Embrace Care (HMO C-SNP) 39-2

Este plan es una buena opción para cualquier persona con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva o diabetes que no califica para Medi-Cal o que recibe un tipo de atención a nivel institucional (atención a largo plazo). Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y, al mismo tiempo, ofrece servicios y beneficios adicionales.

- Para los condados de Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Plan Brand New Day Embrace Choice (HMO C-SNP) 40-2

Este plan es una buena opción para las personas con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva o diabetes que califican para Medi-Cal y no reciben un tipo de atención a nivel institucional (atención a largo plazo).

- Para los condados de Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Los beneficios varían según el plan y el condado. Brand New Day es un HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato. Los representantes de Servicio para Miembros están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.

brand new day

A Bright HealthCare Company

CONTÁCTENOS



Llame de Forma Gratuita

1-866-255-4795, TTY 711



Visite nuestro Sitio Web

bndhmo.com



Horario de Atención

Todo el año: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8 a.m. a 8 p.m.



Dirección

P.O. Box 93122

Long Beach, CA 90809-9871



brand new day

A Bright HealthCare Company

Aspectos destacados de los beneficios para el 2023

Plan Brand New
Day Embrace Care
(HMO C-SNP) 39-2

Plan Brand New
Day Embrace Choice
(HMO C-SNP) 40-2

DETALLES DEL PLAN	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-2	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2
Prima Mensual del Plan	\$0	\$0 ⁵
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$1,999 por año	No más de \$8,300 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 39-2	PLAN 40-2 ¹
Proveedores de Cuidado Primario	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas ²	De \$0 a \$10 de copago	\$0 de copago
Atención de Urgencia	\$0 de copago	\$0 de copago
Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico ²	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de Laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
Pruebas CAT, MRI ²	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías ²	\$0 de copago	\$0 de copago
Fisioterapia ²	\$10 de copago	\$0 de copago
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y EN EL HOSPITAL	PLAN 39-2	PLAN 40-2 ¹
Internaciones en un Hospital ²	\$175 de copago por día para los días 1 al 6 \$0 de copago por día para los días 7 al 90	\$0 por estadía
Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ²	De \$0 a \$100 de copago	\$0 de copago
Atención de Emergencia ³	De \$0 a \$125 de copago	\$0 de copago
Atención de Emergencia a Nivel Mundial • Atención de Urgencia • Sala de Emergencias • Transporte de Emergencia	\$125 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$95 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000
Ambulancia (Terrestre) ²	De \$0 a \$100 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-2	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2
Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios Deducibles en NIVELES 2 al 5	Sin deducible	\$0 ⁶
	Suministro de 30 días para medicamentos recetados en venta minorista	
Senior Savings de la Part D Insulinas seleccionadas cubiertas en la etapa de Cobertura Inicial y en la etapa Sin Cobertura		
NIVEL 3: De Marca Preferida Cobertura Inicial Usted está en la etapa de Cobertura Inicial hasta que alcance \$4,660 en costos de medicamentos (hasta la fecha).	\$0 de copago	Sin cobertura
NIVEL 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
NIVEL 2: Genérico	\$9 de copago	\$0 de copago ⁶
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$47 de copago	\$0 de copago ⁶
NIVEL 4: No Preferido	\$90 de copago	\$0 de copago ⁶
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	33% del costo	\$0 de copago ⁶
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago
Sin Cobertura Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,400.		
NIVEL 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
NIVEL 2: Genérico	25 % del costo	\$0 de copago ⁶
NIVEL 3: De Marca Preferida	25 % del costo	\$0 de copago ⁶
NIVEL 4: No Preferido	25 % del costo	\$0 de copago ⁶
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	25 % del costo	\$0 de copago ⁶
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES ²	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-2	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2
Examen Ocular de Rutina	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Artículos de la Vista	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año
Servicios Dentales Preventivos e Integrales ⁴ (p. ej., exámenes bucales, radiografías, limpiezas)	Cubierto Consulte la EOC para obtener más información	Cubierto Consulte la EOC para obtener más información
Audífonos	\$699 por audífono básico \$999 por un audífono premium Límite de 2 audífonos por año	\$149 por audífono básico Límite de 2 audífonos cada 3 años
Transporte	\$0 de copago por 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁷	\$0 de copago por 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁷
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$160 por año \$40 de crédito cada 3 meses	Hasta \$740 por año \$185 de crédito cada 3 meses
Acupuntura y Atención Quiropráctica de Rutina	\$0 de copago Hasta 12 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas	\$0 de copago Hasta 12 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas
PROGRAMAS DE BIENESTAR ²	PLAN 39-2	PLAN 40-2
Membresía para el Gimnasio: SilverSneakers	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Alimentos Saludables	Sin cobertura	Hasta \$600 por año para miembros con afecciones que califican
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 Horas, los 7 Días de la Semana	\$0 de copago	\$0 de copago
Telesalud	\$0 de copago	\$0 de copago
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago

¹ Sus costos pueden ser mayores si Medi-Cal no cubre los costos compartidos para los servicios cubiertos por Medicare.
² Los servicios pueden requerir autorización y remisión.
³ El copago se cancela si el paciente es admitido en el hospital o si es admitido nuevamente en la sala de emergencias en un plazo de 72 horas.
⁴ Se pueden aplicar límites. Consulte su EOC para obtener más información.
⁵ Según el nivel de Ayuda Adicional que reciba.
⁶ Para miembros Doblemente Elegibles con Beneficios Completos (FBDE).
⁷ Límite de 50 millas para lugares aprobados por el plan.