

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

Plan Brand New Day Bridges Care (HMO C-SNP) 28

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal con un diagnóstico de demencia, que incluye, entre otros, la enfermedad de Alzheimer. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y, al mismo tiempo, ofrece servicios y beneficios adicionales.

- Para los condados de Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco y San Mateo.

Plan Brand New Day Bridges Choice (HMO C-SNP) 29

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal con un diagnóstico de demencia, que incluye, entre otros, la enfermedad de Alzheimer. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y, al mismo tiempo, ofrece servicios y beneficios adicionales.

- Para los condados de Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco y San Mateo.

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

Bridges Care

(HMO C-SNP) 28

Plan Brand New Day

Bridges Choice

(HMO C-SNP) 29

DETALLES DEL PLAN	PLAN BRIDGES CARE (HMO C-SNP) 28	PLAN BRIDGES CHOICE (HMO C-SNP) 29
Prima Mensual del Plan	\$0	\$0
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$1,500 por año	No más de \$7,550 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 28	PLAN 29 ¹
Proveedores de Cuidado Primario	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas ²	\$0 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 28	PLAN 29 ¹
Internaciones en un Hospital ²	\$0 por estadía	\$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 \$100 de copago	\$0 de copago
Atención de Emergencia a Nivel Mundial <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Urgencia • Sala de Emergencias • Transporte de Emergencia 	\$100 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$90 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000
Ambulancia (Terrestre) ²	\$0 a \$75 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN BRIDGES CARE (HMO C-SNP) 28	PLAN BRIDGES CHOICE (HMO C-SNP) 29
Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios Deducibles en NIVELES 2 al 5	Sin deducible	\$0 o \$104 ⁵
	Suministro de 30 días para medicamentos recetados en venta minorista	
Cobertura Inicial Usted está en la etapa de Cobertura Inicial hasta que alcance \$4,660 en costos de medicamentos (hasta la fecha).		
NIVEL 1: Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
NIVEL 2: Genérico	\$5 de copago	\$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$45 de copago	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca
NIVEL 4: No Preferido	\$90 de copago	\$0 de copago
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	33% del costo	\$0 de copago
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, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos
NIVEL 3: De Marca Preferida	25 % del costo	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca
NIVEL 4: No Preferido	25 % del costo	\$0 de copago
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	25 % del costo	\$0 de copago
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES ²	PLAN BRIDGES CARE (HMO C-SNP) 28	PLAN BRIDGES CHOICE (HMO C-SNP) 29
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	\$149 por audífono básico Límite de 2 audífonos cada 3 años	\$149 por audífono básico Límite de 2 audífonos cada 3 años
Transporte	\$0 de copago por 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan ⁶	\$0 de copago por 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan ⁶
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$540 por año \$135 de crédito cada 3 meses	Hasta \$520 por año \$130 de crédito cada 3 meses
PROGRAMAS DE BIENESTAR ²	PLAN 28	PLAN 29
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 detalles.

⁵ Según el nivel de Ayuda Adicional que reciba.

⁶ Límite de 50 millas para lugares aprobados por el plan.