

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

Plan Brand New Day Classic Care I (HMO) 50-1

Este plan es una buena opción para aquellas personas que no califican para acceder a Medi-Cal, a un Plan para Necesidades Especiales o reciben atención de tipo 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 Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Plan Brand New Day Classic Care II (HMO) 51-2

Este plan es una buena opción para las personas que requieren asistencia para coordinar con otra cobertura de seguro médico. Y para las personas que no califican para un Plan de Necesidades Especiales de Brand New Day para enfermedades cardiovasculares, diabetes o demencia o que reciben un tipo de atención a nivel institucional (atención a largo plazo).

- Para los condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

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

Classic Care I

(HMO) 50-1

Plan Brand New Day

Classic Care II

(HMO) 51-2

DETALLES DEL PLAN	PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-1	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-2
Prima Mensual del Plan	\$0	\$0 ⁵
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$999 por año	No más de \$1,999 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 50-1	PLAN 51-2 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 50-1	PLAN 51-2 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 • Atención de Urgencia • Sala de Emergencias • Transporte de Emergencia	\$100 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$100 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000
Ambulancia (Terrestre) ²	De \$0 a \$75 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-1	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-2
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	\$0 de copago	\$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$47 de copago	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca
NIVEL 4: No Preferido	\$100 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 CLASSIC CARE I (HMO) 50-1	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-2
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)	Con cobertura Consulte la EOC para obtener más información	Con cobertura Consulte la EOC para obtener más información
Audífonos	\$149 por audífono básico Límite de 2 cada 3 años	\$149 por audífono básico Límite de 2 cada 3 años
Transporte	\$0 de copago para 24 viajes de ida a lugares aprobados ⁶	\$0 de copago para 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁶
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$460 por año \$115 de crédito cada 3 meses	Hasta \$820 por año \$205 de crédito cada 3 meses
Acupuntura y Atención Quiropráctica de Rutina	\$0 de copago Hasta 12 visitas por año para acupuntura de rutina y atención quiropráctica combinadas	\$0 de copago Hasta 30 visitas por año para acupuntura de rutina y atención quiropráctica combinadas
PROGRAMAS DE BIENESTAR ²	PLAN 50-1	PLAN 51-2
Membresía para el Gimnasio: SilverSneakers	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Alimentos Saludables	Sin cobertura	Hasta \$540 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 Límite de 50 millas para lugares aprobados por el plan.