

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

Plan Brand New Day Dual Access (HMO D-SNP) 24

Este plan es una buena opción para los individuos que reúnen los requisitos para Medi-Cal.

- Para los condados de Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Francisco, San Joaquin, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Plan Brand New Day Embrace Care (HMO C-SNP) 39-1

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 Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego

Plan Brand New Day Embrace Choice (HMO C-SNP) 40-1

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 Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego

Plan Brand New Day Valor Care (HMO) 48

Este plan es una buena opción para los veteranos que califican para la cobertura a través del sistema de VA. Este plan ofrece abundantes beneficios médicos y una generosa rebaja de Part B.

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

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 Dual Access
(HMO D-SNP) 24

Plan Brand New Day Embrace Care
(HMO C-SNP) 39-1

Plan Brand New Day Embrace Choice
(HMO C-SNP) 40-1

Plan Brand New Day Valor Care
(HMO) 48

DETALLES DEL PLAN	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-1	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-1	PLAN VALOR CARE (HMO) 48
Prima Mensual del Plan	\$0	\$0	\$0 ⁵	\$0
Reembolsos de la Part B	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	\$125 por mes
Deducible	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$8,300 por año	No más de \$1,450 por año	No más de \$7,550 por año	No más de \$3,000 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 24¹	PLAN 39-1	PLAN 40-1¹	PLAN 48
Proveedores de Cuidado Primario	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de Urgencia	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de Laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Pruebas CAT, MRI ²	\$0 de copago	De \$0 a \$25 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Fisioterapia ²	\$0 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y EN EL HOSPITAL	PLAN 24¹	PLAN 39-1	PLAN 40-1¹	PLAN 48
Internaciones en un Hospital ²	\$0 por estadía	\$0 por estadía	\$0 por estadía	Deducible de \$1,556 \$0 de copago por día para los días 1 al 60 \$389 de copago por día para los días 61 al 90 Estos son montos de distribución de costos del 2022 y pueden cambiar para el 2023
Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ²	\$0 por estadía	De \$0 a \$100 de copago	\$0 de copago	Del 0 al 20% de copago
Atención de Emergencia ³	\$0 de copago	De \$0 a \$125 de copago	\$0 de copago	De \$0 a \$90 de copago
Atención de Emergencia a Nivel Mundial • Atención de Urgencia • Sala de Emergencias • Transporte de Emergencia	\$90 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$125 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$90 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 de copago por viaje	De \$0 a \$100 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	De \$0 a \$75 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-1	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-1	PLAN VALOR CARE (HMO) 48
Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios Deducibles en NIVELES 2 al 5	\$0 o \$104 ⁵	Sin deducible	Sin deducible 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	Sin cobertura	\$0 de copago	Sin cobertura	
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 NIVEL 2: Genérico NIVEL 3: De Marca Preferida NIVEL 4: No Preferido NIVEL 5: Nivel de Especialidad	\$0 de copago Niveles del 2 al 5 ⁵ \$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos \$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca	\$0 de copago \$9 de copago \$47 de copago 33% del costo	\$0 de copago \$0 de copago ⁶ \$0 de copago ⁶ \$0 de copago ⁶	Este plan no ofrece cobertura Part D. Si está interesado en la cobertura Part D, seleccione otro plan de Brand New Day.
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$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 NIVEL 2: Genérico NIVEL 3: De Marca Preferida NIVEL 4: No Preferido NIVEL 5: Nivel de Especialidad	\$0 de copago Niveles del 2 al 5 ⁵ \$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos \$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca	\$0 de copago 25 % del costo 25 % del costo 25 % del costo	\$0 de copago \$0 de copago ⁶ \$0 de copago ⁶ \$0 de copago ⁶	
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$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.

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES ²	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 39-1	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-1	PLAN VALOR CARE (HMO) 48
Examen Ocular de Rutina	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Artículos de la Vista	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año	Hasta \$150 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	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	\$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 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁷	\$0 de copago por 24 viajes de ida a lugares aprobados ⁷	\$0 de copago por 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁷	\$0 de copago por 24 viajes de ida a lugares aprobados ⁷
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$680 por año \$170 de crédito cada 3 meses	Hasta \$460 por año \$115 de crédito cada 3 meses	Hasta \$1,020 por año \$255 de crédito cada 3 meses	Hasta \$500 por año \$250 de crédito cada 6 meses
Acupuntura y Atención Quiropráctica de Rutina	\$0 de copago Hasta 30 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas	\$0 de copago Hasta 30 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas	\$0 de copago Hasta 30 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas	\$0 de copago Hasta 30 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas
PROGRAMAS DE BIENESTAR²	PLAN 24	PLAN 39-1	PLAN 40-1	PLAN 48
Membresía para el Gimnasio: SilverSneakers	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Alimentos Saludables	Hasta \$360 por año para miembros con afecciones que califican	Sin cobertura	Hasta \$660 por año para miembros con afecciones que califican	Sin cobertura
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 Horas, los 7 Días de la Semana	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Telesalud	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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