

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

Plan Brand New Day Classic Care I (HMO) 50-2

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 Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Plan Brand New Day Classic Care II (HMO) 51-1

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 Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, 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
Classic Care I
(HMO) 50-2

Plan Brand New Day
Classic Care II
(HMO) 51-1

DETALLES DEL PLAN	PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-2	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-1
Prima Mensual del Plan	\$0 ⁵	\$0
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$3,650 por año	No más de \$1,500 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 50-2 ¹	PLAN 51-1
Proveedores de Cuidado Primario	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas ²	\$0 de copago	\$10 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	De \$0 a \$50 de copago
Radiografías ²	\$0 de copago	\$0 de copago
Fisioterapia ²	\$0 de copago	\$10 de copago
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y EN EL HOSPITAL	PLAN 50-2 ¹	PLAN 51-1
Internaciones en un Hospital ²	\$0 por estadía	\$150 por día para los días 1 al 6 \$0 por día para los días 7 al 90
Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ²	\$0 de copago	De \$0 a \$150 de copago
Atención de Emergencia ³	\$0 de copago	De \$0 a \$100 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	\$0 de copago por viaje	De \$0 a \$200 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-2	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-1
Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios Deducibles en NIVELES 2 al 5	\$0 o \$104 ⁵	\$50 en Niveles del 2 al 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 Niveles del 3 al 5 ⁵	\$12 de copago
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos	\$47 de copago
NIVEL 4: No Preferido	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca	\$100 de copago
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	\$0 de copago	32% del costo
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	\$0 de copago Niveles del 2 al 5 ⁵	25 % del costo
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos	25 % del costo
NIVEL 4: No Preferido	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca	25 % del costo
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	\$0 de copago	25 % del costo
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES ²	PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-2	PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-1
Examen Ocular de Rutina	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación de Artículos para 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 cada 3 años	\$699 por audífono básico \$999 por audífono premium Con un límite de 2 ayudas por año
Transporte	\$0 de copago por 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁶	\$0 de copago por 24 viajes de ida a lugares aprobados ⁶
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$840 por año \$210 cada 3 meses	Hasta \$160 por año \$40 de crédito cada 3 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 12 visitas de rutina por año para acupuntura y atención quiropráctica combinadas
PROGRAMAS DE BIENESTAR ²	PLAN 50-2	PLAN 51-1
Membresía para el Gimnasio: SilverSneakers	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Alimentos Saludables	Hasta \$600 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
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.