



Encuentre el plan adecuado para usted

Descubra los beneficios de Brand New Day

Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) 46

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal o un Plan de Necesidades Especiales. **Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.**

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

Este plan es una buena opción para personas que son elegibles para Medi-Cal.

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 47

Este plan es una buena opción para cualquier persona con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, o diabetes, que no califique para Medi-Cal. **Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.**

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

Este plan es una buena opción para cualquier persona con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, o diabetes, que no califique para Medi-Cal.

Los beneficios varían según el plan y condado. Brand New Day es un plan de necesidades especiales HMO/HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato. Los representantes de Servicios para Miembros atienden de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Contáctenos



Llame al número gratuito

1-866-255-4795, TTY 711



Visite nuestro sitio web

bndhmo.com



Horario de atención:

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana



Dirección

P.O. Box 93122
Long Beach, CA 90809-9871

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT



Beneficios destacados

2024

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT




Brand New Day **Classic Care III Plan**
(HMO) 46 - CC, SO

Brand New Day **Dual Access Plan**
(HMO D-SNP) 24 - AL, CC, FR, IM, KE, KI, LA,
MA, OC, PL, RS, SA, SB, SF, SJ, SO, ST, TU, YO

Brand New Day **Embrace Care Plan**
(HMO C-SNP) 47 - CC, SC, SO

Brand New Day **Embrace Choice Plan**
(HMO C-SNP) 40-2 - AL, CC, FR, IM, KE, KI,
MA, PL, SA, SF, SJ, SM, SC, SO, ST, TU, YO


H0838_46_24_47_40.2_Brochure-2024_2846_M_SP V4

 DETALLES DEL PLAN	CLASSIC CARE III PLAN (HMO) 46	DUAL ACCESS PLAN (HMO D-SNP) 24	EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 47	EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2
Prima mensual del plan	\$55	\$0 ¹⁰	\$55	\$41 ⁶
Reembolso de la Parte B	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	\$5,550	\$8,850	\$3,850	\$8,850
 ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 46	PLAN 24¹	PLAN 47	PLAN 40-2
Médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
Especialistas²	\$10	\$0	\$0-\$10	40% ¹
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico²	\$0	\$0	\$0	20% ¹
Servicios de laboratorio²	\$0	\$0	\$0	\$0
MRI, CAT Scan ²	\$0-\$200	\$0	\$0-\$100	\$0
Radiografías²	\$0	\$0	\$0	20% ¹
Terapia física²	\$10	\$0	\$10	\$0
 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA	PLAN 46	PLAN 24	PLAN 47	PLAN 40-2¹
Hospitalización²	\$300/día días 1-5 \$0/día días 6-90	\$0	\$195/día días 1-5 \$0/día días 6-90	\$1,600 Deducible ¹⁸ \$0/día ¹⁸ días 1-60 \$400/día ¹⁸ días 61-90
Atención ambulatoria²	\$0-\$210	\$0	\$0-\$175	20% ¹
Atención de emergencia³	\$0-\$100	\$0	\$0-\$100	\$100 ¹
Ambulancia (por tierra)²	\$0-\$250	\$0	\$0-\$200	20% ¹

¹ Sus costos pueden ser menos si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto por Medicare.

² Estos servicios pueden necesitar una autorización y/o derivación una referencia médica.

³ Se exonera del copago si es ingresado/(a) al hospital o reingresado/(a) a la sala de emergencias dentro de las siguientes 72 horas.

 COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	CLASSIC CARE III PLAN (HMO) 46	DUAL ACCESS PLAN (HMO D-SNP) 24	EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 47	EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	\$50	\$0 ¹⁰	\$0	\$0 ¹⁰
Cobertura Inicial Usted se encuentra en la etapa de Cobertura Inicial hasta que alcance los \$5,030 en costos de medicamentos (monto acumulado del año hasta la fecha). Farmacia minorista contratada por Brand New Day (Suministro de 1 mes/30 días)				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$12	\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos ⁶	\$12	\$0 ¹⁰
NIVEL 3: De marca preferido	\$47		\$47	\$0 ¹⁰
NIVEL 4: No preferido	\$100		\$100	\$0 ¹⁰
NIVEL 5: Nivel especializado	30%	\$0, \$4.60 o \$11.20 para medicamentos de marca ⁶	33%	\$0 ¹⁰
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Interrupción de cobertura Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000.				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	25%	\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos ⁶	25%	\$0 ¹⁰
NIVEL 3: De marca preferido	25%		25%	\$0 ¹⁰
NIVEL 4: No preferido	25%		25%	\$0 ¹⁰
NIVEL 5: Nivel especializado	25%	\$0, \$4.60 o \$11.20 para medicamentos de marca ⁶	25%	\$0 ¹⁰
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0

⁴ Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su evidencia de cobertura EOC para más detalles.

⁵ Se pueden aplicar limitaciones. No todos los miembros califican.


⁶ Podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

⁷ Límite de 50 millas para ubicaciones aprobadas por el plan.

⁸ Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al 2023 y que podrían cambiar para el 2024.

Proporcionaremos las tarifas actualizadas en www.bndhmo.com tan pronto como se publiquen.

⁹ Sus costos pueden ser mayores si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto por Medicare.

 BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	CLASSIC CARE III PLAN (HMO) 46	DUAL ACCESS PLAN (HMO D-SNP) 24	EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 47	EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2
Examen rutinario de los ojos^{2,4}	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para anteojos^{2,4}	\$300 cada año	\$300 cada año	\$300 cada año	\$300 cada año
Servicios dentales preventivos⁴ (p. ej., examen dental, radiografías, limpiezas)	\$0	\$0-\$17	\$0	\$0-\$17
Aparato auditivo²	\$149 de copago 2 aparatos auditivos por 3 años	\$149 de copago 2 aparatos auditivos por 3 años	\$149 de copago 2 aparatos auditivos por 3 años	\$149 de copago 2 aparatos auditivos por 3 años
Transporte^{2,7}	\$0 12 viajes de ida	\$0 12 viajes de ida	\$0 12 viajes de ida	\$0 12 viajes de ida
Quiropráctica/Acupuntura²	\$0 (30 visitas anuales combinadas)	\$0 (30 visitas anuales combinadas)	\$0 (30 visitas anuales combinadas)	\$0 (12 visitas anuales combinadas)
 BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	PLAN 46	PLAN 24	PLAN 47	PLAN 40-2
Membresía de gimnasio - SilverSneakers²	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para alimentos saludables⁵	No cubierto	Hasta \$50/mes para alimentos saludables	No cubierto	Hasta \$30 al mes para alimentos saludables
24/7 Telesalud	\$0	\$0	\$0	\$0
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)²	\$0	\$0	\$0	\$0
 TARJETA FLEX de BND	PLAN 46	PLAN 24	PLAN 47	PLAN 40-2
Artículos de venta libre	\$23 cada mes	\$33 cada mes	\$22 cada mes	\$50 cada mes
Asignación de acondicionamiento físico	N/A	N/A	N/A	N/A
Asignación dental	N/A	N/A	N/A	N/A

¹⁰ Medicare aprobó Brand New Day para proporcionar estos copagos más bajos como parte del programa de Diseño de Seguro Basado en Valor para aquellos que califican para Subsidios por Bajos Ingresos. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. La elegibilidad para el beneficio modelo o los programas RI según el modelo VBID no está garantizada y la determinará la MAO después de la inscripción, según criterios relevantes (por ejemplo, elegibilidad para Medicaid). Para obtener más información en un idioma diferente, formatos alternativos o preguntas sobre los requisitos para los beneficios, comuníquese con Brand New Day al 1-866-255-4795 (TTY: 711).