

Encuentre el plan adecuado para usted.

Descubra los beneficios de Brand New Day.

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

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 Contra Costa y Solano.

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

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

Plan Brand New Day Classic Care III (HMO) 46

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 Contra Costa y Solano.

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.

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
Day Embrace Care
(HMO C-SNP) 47

Plan Brand New Day
Classic Care III
(HMO) 46

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

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

DETALLES DEL PLAN	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 47	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2	PLAN CLASSIC CARE III (HMO) 46	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24
Prima Mensual del Plan	\$55	\$0 ⁵	\$55	\$0 ⁵
Deducible	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad Máxima de su Propio Bolsillo	No más de \$2,900 por año	No más de \$8,300 por año	No más de \$2,999 por año	No más de \$8,300 por año
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 47	PLAN 40-2¹	PLAN 46	PLAN 24¹
Proveedores de Cuidado Primario	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$10 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	De \$0 a \$100 de copago	\$0 de copago	De \$0 a \$200 de copago	\$0 de copago
Radiografías ²	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Fisioterapia ²	\$10 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y EN EL HOSPITAL	PLAN 47	PLAN 40-2¹	PLAN 46	PLAN 24¹
Internaciones en un Hospital ²	\$0 por estadía	\$0 por estadía	\$250 de copago por día para los días 1 al 5 \$0 de copago por día para los días 6 al 90	\$0 por estadía
Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ²	De \$0 a \$150 de copago	\$0 de copago	De \$0 a \$200 de copago	\$0 de copago
Atención de Emergencia ³	De \$0 a \$100 de copago	\$0 de copago	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	\$95 de copago La cobertura tiene un límite de \$50,000	\$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	De \$0 a \$200 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	De \$0 a \$200 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 47	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2	PLAN CLASSIC CARE III (HMO) 46	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24
Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios Deducible en NIVELES 2 al 5	Sin deducible	\$0 ⁵	\$50	\$0 o \$104 ⁵
	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	\$0 de copago	Sin cobertura	Sin cobertura	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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
NIVEL 2: Genérico	\$12 de copago	\$0 de copago ⁶	\$12 de copago	Niveles del 2 al 5 ⁵ \$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos
NIVEL 3: De Marca Preferida	\$47 de copago	\$0 de copago ⁶	\$47 de copago	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca
NIVEL 4: No Preferido	\$100 de copago	\$0 de copago ⁶	\$100 de copago	\$0 de copago
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	33% del costo	\$0 de copago ⁶	33% del costo	\$0 de copago
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
NIVEL 2: Genérico	25 % del costo	\$0 de copago ⁶	25 % del costo	Niveles del 2 al 5 ⁵ \$0, \$1.45, \$4.15 o 15% para medicamentos genéricos
NIVEL 3: De Marca Preferida	25 % del costo	\$0 de copago ⁶	25 % del costo	\$0, \$4.30, \$10.35 o 15% para medicamentos de marca
NIVEL 4: No Preferido	25 % del costo	\$0 de copago ⁶	25 % del costo	\$0 de copago
NIVEL 5: Nivel de Especialidad	25 % del costo	\$0 de copago ⁶	25 % del costo	\$0 de copago
NIVEL 6: Atención Selecta	\$0 de copago	\$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 EMBRACE CARE (HMO C-SNP) 47	PLAN EMBRACE CHOICE (HMO C-SNP) 40-2	PLAN CLASSIC CARE III (HMO) 46	PLAN DUAL ACCESS (HMO D-SNP) 24
Examen Ocular de Rutina	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación de Artículos para la Vista	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año	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	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 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	\$0 de copago por 48 viajes de ida a lugares aprobados ⁷
Artículos de Venta Libre (OTC)	Hasta \$240 por año \$60 de crédito cada 3 meses	Hasta \$700 por año \$175 de crédito cada 3 meses	Hasta \$160 por año \$40 de crédito cada 3 meses	Hasta \$680 por año \$170 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	\$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 47	PLAN 40-2¹	PLAN 46	PLAN 24⁵
Membresía para el Gimnasio: SilverSneakers	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación para Alimentos Saludables	Sin cobertura	Hasta \$360 por año para miembros con afecciones que califican	Sin cobertura	Hasta \$360 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	\$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 Completos.

⁷ Límite de 50 millas para lugares aprobados por el plan.