



**Encuentre  
el plan  
adecuado  
para usted**

## Descubra los beneficios de Brand New Day

### Brand New Day Classic Care I Plan

(HMO) 50-1

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal o un Plan de Necesidades Especiales o que reciba un tipo de atención a nivel institucional (atención a largo plazo). **Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.**

### Brand New Day Classic Care II Plan

(HMO) 51-2

Este plan es una buena opción para personas que reciben algún nivel de cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional.

Los beneficios varían según el plan y el 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 I Plan**  
(HMO) 50-1 - KE, LA, OR, RI, SB, SD

Brand New Day **Classic Care II Plan**  
(HMO) 51-2 - KE, LA, OR, RI, SB, SD

 <b>DETALLES DEL PLAN</b>	<b>PLAN CLASSIC CARE I (HMO) 50-1</b>	<b>PLAN CLASSIC CARE II (HMO) 51-2</b>
---	---------------------------------------	--

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$34.30<sup>6</sup></b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Gasto máximo de su bolsillo (MOOP)</b>	<b>\$1,199</b>	<b>\$899</b>

 <b>ATENCIÓN INTEGRAL</b>	<b>PLAN 50-1</b>	<b>PLAN 51-2</b>
---	------------------	------------------

<b>Médicos de atención primaria</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Especialistas<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención de urgencia</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Servicios de laboratorio<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>MRI, CAT Scan<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Radiografías<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Terapia física<sup>2</sup></b>	<b>\$20</b>	<b>\$0</b>

 <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA</b>	<b>PLAN 50-1</b>	<b>PLAN 51-2</b>
---	------------------	------------------

<b>Hospitalización<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención ambulatoria<sup>2</sup></b>	<b>\$0-\$100</b>	<b>\$0-\$100<sup>1</sup></b>
<b>Atención de emergencia<sup>3</sup></b>	<b>\$0-\$135</b>	<b>\$0-\$100<sup>1</sup></b>
<b>Ambulancia (por tierra)<sup>2</sup></b>	<b>\$0-\$150</b>	<b>\$0-\$150<sup>1</sup></b>

 <b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 50-1</b>	<b>CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 51-2</b>
--	---------------------------------------	--

<b>Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)</b>	<b>Ninguno</b>	<b>\$50<sup>6</sup></b>
<b>Cobertura Inicial</b> 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). <b>Farmacia minorista contratada por Brand New Day</b> (Suministro de 1 mes/30 días)		

<b>NIVEL 1: Genérico preferido</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>NIVEL 2: Genérico</b>	<b>\$0</b>	<b>\$12</b>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	<b>\$47</b>	<b>\$47<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	<b>\$100</b>	<b>\$100<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	<b>33%</b>	<b>32%<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 6: Atención selectiva</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

<b>Interrupción de cobertura</b> Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000.		
---	--	--

<b>NIVEL 1: Genérico preferido</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>NIVEL 2: Genérico</b>	<b>25%</b>	<b>25%<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	<b>25%</b>	<b>25%<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	<b>25%</b>	<b>25%<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	<b>25%</b>	<b>25%<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 6: Atención selectiva</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

<sup>1</sup> Sus costos pueden ser mayores si su Medi-Cal no cubre el costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare.

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

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

<sup>4</sup> Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su evidencia de cobertura EOC para más detalles.

<sup>5</sup> Se pueden aplicar limitaciones. No todos los miembros califican.

<sup>6</sup> Podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

<sup>7</sup> Límite de 50 millas para ubicaciones aprobadas por el plan.

 <b>BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES<sup>2</sup></b>	<b>CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 50-1</b>	<b>CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 51-2</b>
---	---------------------------------------	--

<b>Examen rutinario de los ojos<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Asignación para artículos de la visión<sup>2</sup></b>	<b>\$300</b> cada año	<b>\$300</b> cada año
<b>Servicios dentales preventivos<sup>4</sup></b> (p. ej., examen dental, radiografías, limpiezas)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Aparato auditivo<sup>2</sup></b>	<b>\$149</b> 2 aparatos auditivos por 3 años	<b>\$149</b> 2 aparatos auditivos por 3 años
<b>Transporte<sup>2,7</sup></b>	<b>\$0</b> 24 viajes de ida	<b>\$0</b> 24 viajes de ida

<b>Quiropráctica/Acupuntura<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b> (12 visitas anuales combinadas)	<b>\$0</b> (30 visitas anuales combinadas)
---	---	---

 <b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>	<b>PLAN 50-1</b>	<b>PLAN 51-2</b>
---	------------------	------------------

<b>Membresía de gimnasio - SilverSneakers<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Asignación para alimentos saludables<sup>5</sup></b>	<b>No cubierto</b>	Hasta <b>\$35 al mes</b> para alimentos saludables
<b>24/7 Telesalud</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
 <b>TARJETA FLEX DE BND</b>	<b>PLAN 50-1</b>	<b>PLAN 51-2</b>

<b>Artículos de venta libre</b>	<b>\$40</b> al mes	<b>\$50</b> al mes
<b>Asignación de acondicionamiento físico</b>	<b>N/A</b>	<b>\$20</b> al mes
<b>Asignación dental</b>	<b>N/A</b>	<b>\$200</b> cada 6 meses