



Encuentre el plan adecuado para usted

## Descubra los beneficios de Brand New Day

### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-2

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. **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 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](http://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 **Embrace Care Plan**  
(HMO C-SNP) 39-2 - AL, FR, IM, KE, KI, MA,  
PL, SA, SF, SJ, SM, SC, ST, TU, YO

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\_39.2\_40.2\_Brochure-2024\_2847\_M\_SP V4

 <b>DETALLES DEL PLAN</b>	<b>EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 39-2</b>	<b>EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$41<sup>9</sup></b>
<b>Reembolso de la Parte B</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Gasto máximo de su bolsillo (MOOP)</b>	<b>\$3,000</b>	<b>\$8,550</b>
 <b>ATENCIÓN INTEGRAL</b>	<b>PLAN 39-2</b>	<b>PLAN 40-2<sup>1</sup></b>
<b>Médicos de atención primaria</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Especialistas<sup>2</sup></b>	<b>\$0-\$10</b>	<b>40%<sup>1</sup></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>20%<sup>1</sup></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-\$50</b>	<b>\$0</b>
<b>Radiografías<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>20%<sup>1</sup></b>
<b>Terapia física<sup>2</sup></b>	<b>\$10</b>	<b>\$0</b>
 <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA</b>	<b>PLAN 39-2</b>	<b>PLAN 40-2</b>
<b>Hospitalización<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b> (por día, días 1-1) <b>\$225</b> (por día, días 2-9) <b>\$0</b> (por día, días 10-90)	\$1,600 Deducible <sup>1,8</sup> <b>\$0/día<sup>1,8</sup></b> días 1-60 <b>\$400/día<sup>1,8</sup></b> días 61-90
<b>Atención ambulatoria<sup>2</sup></b>	<b>\$0-\$150</b>	<b>20%<sup>1</sup></b>
<b>Atención de emergencia<sup>3</sup></b>	<b>\$0-\$125</b>	<b>\$100<sup>1</sup></b>
<b>Ambulancia (por tierra)<sup>2</sup></b>	<b>\$0-\$150</b>	<b>20%<sup>1</sup></b>

**<sup>1</sup> Sus costos pueden ser menos si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto 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.

 <b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 39-2</b>	<b>EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2</b>
<b>Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)</b>	<b>Ninguno</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>Parte D Insulina Nivel 3 - De marca preferido</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0<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>\$9</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	<b>\$47</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	<b>\$90</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	<b>33%</b>	<b>\$0<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>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	<b>25%</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	<b>25%</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	<b>25%</b>	<b>\$0<sup>6</sup></b>
<b>NIVEL 6: Atención selectiva</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

<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> 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).

 <b>BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES</b>	<b>EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP) 39-2</b>	<b>EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP) 40-2</b>
<b>Examen rutinario de los ojos<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Asignación para anteojos<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-\$17</b>
<b>Aparato auditivo<sup>2</sup></b>	<b>\$699-\$999</b> de copago 2 aparatos auditivos por 1 año	<b>\$149</b> de copago 2 aparatos auditivos por 3 años
<b>Transporte<sup>2,7</sup></b>	<b>\$0</b> 12 viajes de ida	<b>\$0</b> 12 viajes de ida
<b>Acupuntura/Quiropráctica<sup>2</sup></b>	<b>\$0</b> (12 visitas anuales combinadas)	<b>\$0</b> (12 visitas anuales combinadas)
 <b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>	<b>PLAN 39-2</b>	<b>PLAN 40-2</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>\$30 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 39-2</b>	<b>PLAN 40-2</b>
<b>Artículos de venta libre</b>	<b>\$45</b> cada 3 meses	<b>\$50</b> cada mes
<b>Asignación de acondicionamiento físico</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>
<b>Asignación dental</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>

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

<sup>8</sup> 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](http://www.bndhmo.com) tan pronto como se publiquen.

<sup>9</sup> Podría ser menos dependiendo de la Ayuda Adicional que reciba.