

2010

Introducción del resumen de beneficios de

BRAND NEW DAY HMO

Organización para el Mantenimiento de la Salud

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en Brand New Day Nuestro plan lo ofrece Brand New Day, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage. Este resumen de beneficios menciona algunos aspectos de nuestro plan. El plan es designado para pacientes que tienen discapacidades mentales. El plan es designado para gente que califica específico criterio. Si quiere una lista completa de nuestros beneficios, llame a Brand New Day y pida la "Prueba de cobertura"

TIENE OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA

Como beneficiario de Medicare, puede escoger de diversas opciones de Medicare. Una es la Original (pago por servicio) Medicare Plan. Otra opción es un plan médico de Medicare, como Brand New Day. Hay otras opciones. Usted decide. Cualquiera que seleccione, sigue perteneciendo al programa de Medicare.

Solo puede unirse o dejar un plan durante ciertos períodos. Para más detalles, llame a Brand New Day al número telefónico al final de esta introducción, ó al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARA MIS OPCIONES?

Puede comparar Brand New Day y el Original Medicare Plan usando este resumen de beneficios. Los cuadros en este folleto mencionan importantes beneficios. Para cada beneficio, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Original Medicare Plan.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el Original Medicare Plan. También ofrecemos más beneficios que pudieran cambiar cada año.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE BRAND NEW DAY?

La zona de servicio de este plan incluye: Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, CA Tiene que vivir en este condado para unirse al plan.

¿QUIÉN PUEDE UNIRSE A [BRAND NEW DAY]?

Cualquiera que tiene derecho a Medicare Part A y esté matriculado en Medicare Part B y viva en la zona de servicio. Pero las personas con enfermedad renal en etapa terminal normalmente no son elegibles para matricularse en Brand New Day a menos que sean miembros de nuestra organización y lo han sido desde que empezaron la diálisis.

You must have been diagnosed by your doctor with Chronic and disabling mental health conditions to join this plan. Please call plan to see if you are eligible to join.

¿PUEDO ESCOGER A MIS MÉDICOS?

Brand New Day ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Solo puede utilizar a médicos que son parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Puede pedir un directorio de proveedores, o si quiere la lista más actualizada visítenos en <http://www.BrandNewDayHMO.com>. Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VOY CON UN MÉDICO FUERA DE LA RED?

Usted mismo tiene que pagar por esos servicios. Ni Brand new Day ni el Original Medicare Plan pagará por dichos servicios

CUBRE MI PLAN MEDICINAS DE MEDICARE PART B O PART D?

Brand New Day cubre medicinas recetadas de Medicare Part B y Medicare Part D.

¿DÓNDE PUEDO SURTIR MIS RECETAS SI ME UNO AL PLAN?

Brand New Day ha formado una red de farmacias. Tiene que usar una de estas para recibir los beneficios del plan. Quizás no paguemos por sus recetas si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio de farmacias, o visitarnos en <http://www.BrandNewDayHMO.com>. Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICINAS RECETADAS?

Brand New Day usa un formulario. Un formulario es una lista de medicinas cubiertas por su plan que satisfacen las necesidades de los pacientes. De vez en cuando podemos añadir, quitar o hacer cambios a las limitaciones de ciertas medicinas o cambiar lo que usted paga por una medicina. Si hacemos un cambio en el formulario que limita la habilidad de nuestros miembros de surtir sus recetas, avisaremos a los miembros afectados antes de que se haga el cambio. Le enviaremos un formulario, y puede ver nuestro formulario completo en nuestra página de Internet en http://www.BrandNewDayHMO.com/pdf/Comprehensive_Formulary.pdf?

Si está tomando una medicina que no está en nuestro formulario o está sujeta a requisitos o límites adicionales, tal vez pueda conseguir un suministro temporero de ella. Puede contactarnos para pedir una excepción o para cambiar a una medicina alternativa que aparezca en el formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si puede conseguir un suministro temporero o para más detalles sobre nuestra norma de transferencia de medicinas.

¿CÓMO PUEDO CONSEGUIR AYUDA EXTRA PARA EL COSTO DE MI PLAN DE MEDICINAS RECETADAS?

Quizás pueda conseguir ayuda para pagar por las primas y el costo de sus medicinas recetadas. Para ver si califica para recibir ayuda extra, llame a:

- * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD llamen a 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana
- * La Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD al 1-800-325-0778 u

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

* Oficina de Medicaid de su estado

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO EN ESTE PLAN?

Todos los Medicare Advantage Plans concuerdan en permanecer en el plan por un año completo a la vez. Cada año los planes deciden si seguirán por otro año. Si algún Medicare Advantage Plan deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan opta por no seguir, debe enviarle una carta al menos 60 días antes de que termine su cobertura. Esta carta explica sus opciones para cobertura de Medicare en su zona.

Como miembro de Brand New Day, tiene el derecho de pedir una determinación de organización, que incluye el derecho de apelar si le denegamos cobertura por un artículo o servicio, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si quiere que suministremos o paguemos por un artículo o servicio que crea que debemos cubrir. Si denegamos la cobertura, tiene el derecho de apelar y pedir una revisión de la decisión. Puede pedirnos una determinación de cobertura expeditiva (rápida) o puede apelar si cree que esperar la decisión pudiera poner su vida o salud en grave peligro o afectar su habilidad de recobrar el máximo funcionamiento. Si su médico prepara o apoya la solicitud expeditiva, nosotros tenemos que acelerar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de presentarnos una queja si tiene algún problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red que no tiene que ver con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema implica la calidad del cuidado, tiene el derecho de presentar una queja a la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) de su estado, Grupo asesor en servicios de salud (HSAG) a 1-866-800-8749 (TTY: 1-800-881-5980).

Como miembro de Brand New Day, tiene el derecho de pedir una determinación de cobertura, que incluye el derecho de pedir una excepción, el derecho de apelar si denegamos cobertura por una medicina recetada, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de pedir una determinación de cobertura si quiere que cubramos una medicina de Part D que cree que debe cubrirse. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si cree que necesita una medicina que no está en la lista de medicinas cubiertas o si cree que debe recibir una medicina no preferida con un desembolso más bajo. También puede pedir una excepción a las normas de utilización de costos, como el límite a la cantidad de una medicina. Si cree que necesita una excepción, debe llamarnos antes de que intente surtir una receta en la farmacia. Su médico debe incluir una declaración que apoye su pedido de una excepción. Si denegamos la cobertura, tiene el derecho de apelar y pedirnos que revisemos la decisión. Finalmente, tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con alguna farmacia de nuestra red que no implique la cobertura de una medicina recetada. Si el problema implica la calidad del cuidado, tiene el derecho de presentar una queja con la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) de su estado, Grupo asesor en servicios de salud (HSAG) a 1-866-800-8749 (TTY: 1-800-881-5980).

SECTION I - INTRODUCTION TO SUMMARY OF BENEFITS

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE MANEJO DE MEDICAMENTOS (MTM)?

Es un programa gratuito que podemos ofrecer. Se le pudiera invitar a participar en un programa concebido para sus necesidades medicas y medicinales específicas. No tiene que participar, pero se recomienda que aproveche de lleno este servicio cubierto si se le escoge. Para más detalles llame a Brand New Day.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICINAS CUBRE MEDICARE PART B?

Algunas medicinas recetadas para pacientes ambulatorios pudieran estar cubiertas por Medicare Part B. Entre ellas figuran las siguientes. Para más detalles llame a Brand New Day.

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona preparada (puede ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicinas para la osteoporosis: inyectable para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (deficiencia renal permanente que requiere diálisis o transplante) y necesita esta medicina para tratar la anemia.
- Factores coagulantes para la hemofilia: se los puede inyectar personalmente.
- Medicinas inyectables: la mayoría relacionadas con el servicio del médico.
- Medicinas inmunosupresoras: para pacientes que reciben un transplante pagado por Medicare, o por un seguro privado que pagó como primario a su cobertura de Medicare Part A, en un centro certificado por Medicare.
- Algunas medicinas orales anti-cáncer: si la misma está disponible de forma inyectable.
- Medicinas orales anti-náusea: si está en un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- Medicinas de inhalación e infusión provistas por DME.

EVALUACIONES DEL PLAN El programa de Medicare evalúa la eficacia de los programas en diversas categorías (como detección y prevención de enfermedades, evaluaciones de pacientes y servicio a los clientes). Si tiene acceso a Internet, puede valerse de las herramientas de www.medicare.gov y seleccione “Compare Medicare Prescription Drug Plans” o “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” para comparar las evaluaciones para los planes de Medicare en su zona. Puede llamarnos directamente al (877)-697-2464 ó 661-716-8800 para obtener una copia de las evaluaciones de para este plan. Usuarios de TTY a (888)-833-9312.

Llame a Brand New Day para más detalles sobre Brand New Day. Visítenos en www.BrandNewDayHMO.com o llámenos al (866)-255-4795 Horario de servicio al cliente: domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, 8.00 a.m. – 8.00 p.m. hora del Pacífico

Miembros y miembros en perspectiva deben llamar gratis al (866)-255-4795 para preguntas sobre el programa de medicinas recetadas de Medicare Advantage. (TTY/TDD (866)-321-5988).

SECTION I - INTRODUCTION TO SUMMARY OF BENEFITS

Para más detalles sobre Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana

O, visite www.medicare.gov .

Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

Si tiene preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, llame a Brand New Day.

Información Importante		
1 - Primas y otra información importante	<p>En 2009 la prima mensual de Part B era \$96.40 y cambiará para 2010, el deducible anual de Part B era \$135 y cambiará para 2010.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta asignación, sus costos suelen ser mayores, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima normal mensual de Part B. Pero a partir del 1 de enero de 2010, algunas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales. (En 2009, era de \$85,000 para solteros, \$170,000 para personas casadas. Esta cantidad puede cambiar para 2010.) Para más detalles sobre las primas de Part B basadas en ingresos, llame a Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY al 1-800-325-0778.</p>	<p>General \$29 es la prima mensual del plan además prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>En la Red \$3,400 fuera del límite de bolsillo.</p> <p>Todos los servicios de plan incluía.</p>
2 - Selección de médico y hospital (Para más detalles, vea Emergencia - #15 y Atención médica inmediata - #16.)	Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepta Medicare.	<p>En la Red Usted debe ir a los médicos, especialistas y hospitales en la red.</p> <p>Requiere referencia para los hospitales de la red y los especialistas (para ciertos beneficios).</p>
SUMMARY OF BENEFITS		
CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO		

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

<p>3 - Cuidado de paciente internado (incluye abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada período de beneficio eran:</p> <p>Días 1 - 60: \$1100 deducible Días 61 - 90: \$275 por día Días 91 - 150: \$550 por cada día de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida solo pueden usarse una vez.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para detalles sobre días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida solo pueden usarse una vez.</p> <p>Un "período de beneficio" empieza el día que entra en un hospital o centro de cuidados especializados (SNF). Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalario o en un (SNF). Si se ingresa en un hospital después que ha terminado un período de beneficio, empieza uno nuevo. Usted tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado de cada período de beneficio. No hay límite de cuántos períodos de beneficio puede tener..</p>	<p>En la Red En 2010, las cantidades para cada período de beneficio eran:</p> <p>Días 1 - 60: \$1100 deducible Días 61 - 90: \$275 por día Días 91 - 150: \$550 por cada día de reserva de por vida.</p> <p>No se cobrará el reparto de costes adicionales para los servicios profesionales.</p> <p>Plan cubre 90 Días cada período de beneficio.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.</p>
<p>4 - Servicios de salud mental para pacientes internados</p>	<p>Mismo deducible y copago que el cuidado para un paciente hospitalizado (vea "Cuidado de paciente internado" arriba).</p> <p>Límite de por vida de 190 en hospital psiquiátrico</p>	<p>En la Red Mismo deducible y copago que el cuidado para un paciente hospitalizado (vea "Cuidado de paciente internado" arriba).</p> <p>Usted obtiene hasta 190 Días en un hospital psiquiátrico en la vida. Ecepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan que va a ser ingresados en el hospital.</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
<p>5 - Centro de cuidados especializado (SNF) (en centro de cuidados especializados certificado por Medicare)</p>	<p>En 2010 las cantidades para cada período de beneficio tras 3 días de hospitalización cubiertos eran:</p> <p>días 1 - 20: \$0 por día días 21 - 100: \$137.50 por día</p> <p>100 días para cada período de beneficio.</p> <p>Un "período de beneficio" empieza el día que entra en un hospital o centro de cuidados especializados (SNF). Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalario o en un (SNF). Si se ingresa en un hospital después que ha terminado un período de beneficio, empieza uno nuevo. Si se ingresa en un hospital después que ha terminado un período de beneficio, empieza uno nuevo. Usted tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado de cada período de beneficio. No hay límite de cuántos períodos de beneficio puede tener.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red En 2010 las cantidades para cada período de beneficio tras 3 días de hospitalización cubiertos eran:</p> <p>días 1 - 20: \$0 por día días 21 - 100: \$137.50 por día</p> <p>No se cobrará costos adicionales para los servicios profesionales. El plan cubre hasta 100 Días cada período de beneficios 3 días de estancia hospitalaria previa es requerida.</p>
<p>6 - Asistencia de la salud en el hogar (incluye cuidado especializado intermitente, asistencia de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación médicamente necesarios, etc.)</p>	<p>\$0 copago.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por visitas por Asistencia de la salud en el hogar cubiertas por Medicare.</p>
<p>7 - Hospicio</p>	<p>Usted paga parte del costo de medicinas para pacientes ambulatorios y cuidado de relevo de pacientes internados.</p> <p>Debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO		
8 - Visitas a oficina del médico	20% coseguro	<p>General Vea " Los exámenes físicos," para mas informacion. Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por cada visita a oficina del médico beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago por el costo de cada en la zona, atención de urgencia en la red cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada visita al especialista beneficios cubiertos por Medicare.</p>
9 - Servicios de quiropráctico	<p>Cuidado rutinario no cubierto</p> <p>Coseguro del 20% por manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (desplazamiento y desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si lo recibe de un quiropráctico u otro proveedor capacitado.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago para servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare.</p> <p>Cubierto por Medicare visitas quiroprácticas son para manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (desplazamiento y desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si lo recibe de un quiropráctico u otro proveedor capacitado.</p>
10 - Servicios de podología	Cuidado rutinario no cubierto.	<p>General Las reglas de autorización se</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
	20% coseguro por cuidado – médicamente necesario- de los pies, incluso cuidado de condiciones médicas que afectan los miembros inferiores.	<p>pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Beneficios de podología son para cuidado médicamente necesario de los pies cubiertos por Medicare.</p>
11 - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	45% coseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por visitas a servicios de salud mental.</p>
12 - Cuidado de paciente ambulatorio por abuso de sustancias	20% coseguro	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p>
13 - Servicios y cirugía ambulatorios	20% coseguro por el médico Cargos del 20% por centro de pacientes ambulatorios	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En La Red 20% del costo por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>0% to 20% del costo por cada visita al centro de pacientes ambulatorios.</p>
14 - Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	20% coseguro	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>En la Red 20% del costo por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. .</p>
<p>15 - Cuidado de emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si razonablemente cree que necesita atención de emergencia)</p>	<p>20% de cargo por el centro, o un copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>No tiene que pagar el copago por la sala de emergencias si se le ingresa en el hospital por la misma condición dentro de 3 días desde la visita a la sala de emergencias.</p> <p>NO se cubre fuera de E.U.A., excepto en limitadas circunstancias.</p>	<p>General \$50 copago por servicios de cuidado de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Cobertura de todo el mundo</p> <p>Si usted está inmediatamente ingresados en el hospital, usted paga \$0 para la visita a la sala de emergencia.</p> <p>Si usted es admitido en el hospital dentro de 3-día(s) para la misma condición, usted paga \$0 para la visita a la sala de emergencia.</p>
<p>16 - Atención médica inmediata (NO es cuidado de emergencia, y en la mayoría de los casos ocurre fuera de la zona de servicio.)</p>	<p>20% coseguro, o un copago fijo.</p> <p>NO cubierto fuera de E.U.A., excepto en limitadas circunstancias.</p>	<p>General \$0 copago por servicios de Atención médica inmediata cubiertos por Medicare.</p>
<p>17 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Terapia ocupacional, física, del habla y de idioma)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por servicios de Terapia ocupacional cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago para servicios de Física y/o visitas de terapia del habla/lenguaje cubiertos por Medicare.</p>
<p>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</p>		

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
PARA EL PACIENTE AMBULATORIO		
<p>18 - Equipo médico durable (incluye sillas de rueda, oxígeno, etc.)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>19 - Aparatos de prótesis (incluye aparatos ortopédicos, extremidades, ojos, etc., artificiales)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>20 - Preparación en autoanálisis de diabetes, terapia de nutrición y suministros (incluye cobertura de monitor de glucosa, tiras reactivas para glucosa, lancetas, exámenes de detección y preparación en autoanálisis)</p>	<p>20% coseguro</p> <p>Terapia de nutrición es para personas con diabetes o deficiencia renal (pero que no reciben diálisis y no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Tales servicios pueden ser administrados por un dietista certificado o pueden incluir asesoramiento nutritivo para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago para entrenamiento para el autocontrol del diabetes. \$0 copago para terapia de nutrición para la diabetes. \$0 copago para suministro de la Diabetes.</p>
<p>21 - Pruebas de diagnóstico, rayos-X, servicios de laboratorio y de radiología</p>	<p>20% coseguro por pruebas de diagnóstico y rayos-X</p> <p>\$0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio, médicamente necesarios, que su médico ordena cuando los provee un laboratorio certificado de Reformas sobre el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago cubiertos por Medicare - servicios de laboratorio - procedimientos diagnósticos y pruebas.</p> <p>20% coseguro por servicios de rayos-X cubiertos por</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
	<p>(CLIA) que participa en Medicare. Tales servicios son para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad que sospechaba. Medicare no cubre la mayoría de exámenes de detección, como examinar el colesterol.</p> <p>SERVICIOS DE PREVENCIÓN</p>	<p>Medicare.</p> <p>20% del costo por servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>20% del costo por servicios de radiología terapéutica.</p>
<p>22 - Densitometría ósea (para persona con Medicare que están en riesgo)</p>	<p>20% coseguro</p> <p>Cubierto una vez cada 24 meses (más a menudo si es médicamente necesario) si reúne ciertas condiciones médicas.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por servicios de Densitometría ósea cubiertos por Medicare .</p>
<p>23 - Examen colorrectal (para personas con Medicare y de 50 años o más)</p>	<p>20% coseguro</p> <p>Cubierto cuando está en alto riesgo o cuando tiene 50 años o más.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por servicios de examen colorrectal cubiertos por Medicare</p>
<p>24 - Vacunaciones (vacuna antigripal, contra la hepatitis B – para personas con Medicare y en riesgo, vacuna contra neumonía)</p>	<p>\$0 copago por vacunas contra la gripe y la neumonía</p> <p>20% coseguro por vacuna contra la hepatitis B</p> <p>Tal vez necesite la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Llame a su médico para más detalles.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago para las vacunas contra la gripe y la neumonía. \$0 de copago para la vacuna de Hepatitis B. No es necesarios recibir un referencia para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p>
<p>25 - Mamografías (examen anual) (para mujeres con Medicare y</p>	<p>20% coseguro</p> <p>No se requiere un referido.</p>	<p>En la Red \$0 copago por servicios de Mamografías cubiertos por Medicare.</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
de 40 años o más)	Cubierto una vez al año para mujeres con Medicare y de 40 años o más. Un examen de rutina se cubre para mujeres con Medicare y entre 35 y 39 años de edad.	
26 - Pruebas de papanicolao (PAP) y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare)	<p>\$0 copago por PAP</p> <p>Cubierto una vez cada 2 años. Cubierto para mujeres con Medicare y en alto riesgo.</p> <p>20% coseguro para exámenes pélvicos.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por servicios de papanicolao (PAP) y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
27 - Pruebas de detección de cáncer de próstata (para hombres con Medicare y de 50 años o más)	<p>20% coseguro por examen digital del recto.</p> <p>\$0 por prueba de PSA; 20% coseguro por otros servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para hombres con Medicare y de más de 50 años.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red \$0 copago por: - para pruebas de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare</p>
28 - Enfermedad renal en etapa terminal	<p>20% coseguro por diálisis renal</p> <p>20% coseguro por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal</p> <p>Terapia de nutrición es para personas con diabetes o enfermedad renal (pero que no reciben diálisis y no han tenido un transplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Tales servicios pueden ser administrados por un dietista certificado o puede incluir asesoramiento nutritivo para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>En la Red 20% por el costo de diálisis renal</p> <p>\$0 copago por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.</p>
29 - Medicinas recetadas	La mayoría de las medicinas no están cubiertas por Original Medicare. Puede añadir una	Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

	<p>cobertura de medicinas recetadas al Original Medicare al unirse a un plan de medicinas recetadas de Medicare, o puede recibir toda su cobertura de Medicare, incluso cobertura de medicinas recetadas, al unirse a Medicare Advantage Plan o a un Medicare Cost Plan que ofrece cobertura de medicinas recetadas.</p>	<p>General 0% del costo por medicamentos cubiertas por Parte B (no incluyendo medicamentos quimioterapia cubiertas por Parte B).</p> <p>20% del costo por medicamentos quimioterapia cubiertas por Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por Parte D de Medicare General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario visitando http://www.BrandNewDayHMO.com/pdf/Comprehensive_Formulary.pdf en la web.</p> <p>Diferentes fuera de los gastos de bolsillo se pueden aplicar a las personas-que tienen ingresos limitados, a vivir en las instalaciones de cuidados a largo plazo, o, tengan acceso a indígena/tribales /urbano (Los servicios de salud indígena).</p> <p>Su cobertura de prescripción en la red puede limitarse a la zona de servicio del plan. Esto significa que si usted viaja fuera del área de servicio, puede que tenga que pagar el costo total de su receta.</p> <p>En ciertas emergencias, sus medicamentos serán cubiertos si lo recibes en una farmacia fuera de la red,</p>
--	--	---

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>aunque puede que tenga que pagar cargos adicionales. Comuníquese con el plan para más detalles. Total de costos anual de medicamentos son los costos de los medicamentos total pagado por usted y por el plan. El plan puede requerir que primero trate un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos limita las cantidades. Su proveedor debe obtener autorización previa de Brand New Day (HMO) para ciertos medicamentos. Tienes que ir a ciertas farmacias, para un número muy limitado de medicamentos, debido a un manejo especial, coordinación de proveedores, o de los requisitos de educación del paciente para este tipo de medicamentos que no pueden ser cumplidas por la mayoría de las farmacias en su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, el formulario, y materiales impresos, así como en el Plan de recetas médicas de Medicare Finder en www.Medicare.gov. Si el coste real de un medicamento es menor que el costo normal de la cantidad compartida para ese medicamento, usted tendrá que pagar el costo real, no el coste más elevado</p>
--	--	--

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>de la cantidad compartida.</p> <p>En la Red \$310 deducible anual.</p> <p>Cobertura Inicial Después de pagar su deducible anual, usted paga el 25% hasta el total de los costos anuales de medicamentos alcance \$2,830.</p> <p>Farmacia de Venta Usted puede obtener los medicamentos de la siguiente manera (s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - surtido de un mes (30- días) - surtido de tres mes (90- días) <p>Farmacia de cuidado a largo plazo Usted puede obtener los medicamentos de la siguiente manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - surtido de un mes (31- días) <p>Por Correo Usted puede obtener los medicamentos de la siguiente manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - surtido de 3 meses (90 días) <p>Cobertura Gap Después de que su total de los costos anuales de medicamentos alcance \$2,830, usted paga 100% hasta que el año fuera de los costos de medicamentos de bolsillo alcance \$4,550.</p>
--	--	---

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>Fuera de la Red Cobertura Catastrófico Después de su año fuera de los costos de medicamentos de bolsillo alcance \$ 4,550, pagara lo mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$2.50 para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.30 para todas las otras drogas, o - 5% coseguro. <p>Fuera de la Red Plan de drogas pueden ser cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, las enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan, donde no hay farmacia de la red. Puede que tenga que pagar más de su costo normal de la cantidad compartida si recibe sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el costo completa por la droga y presentar la documentación para recibir el reembolso de Brand New Day (HMO).</p> <p>Usted puede obtener los medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - surtido de un mes (30-día) <p>Inicial fuera de la red Cobertura Después usted paga su deducible anual, se le</p>
--	--	---

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>reembolso de hasta el 75% del coste real de las drogas compradas fuera de la red hasta que el total de los costos anuales de medicamentos llegar a \$2,830.</p> <p>Fuera de la Red Cobertura de Gap Después de que su total de los costos anuales de medicamentos alcance \$2,830, usted paga 100% el scosto complete de los que cobra la farmacia por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que su año fuera de los costos de medicamentos de bolsillo alcance \$4,550. Usted no será reembolsado por Brand New Day (HMO) para compras fuera de la red, cuando estás en la cobertura de Gap. Sin embargo, aún debe presentar documentación a Brand New Day (HMO) para que podamos añadir las cantidades que usted gasto fuera de la red al total por gastos de bolsillo para el año.</p> <p>Fuera de la Red Cobertura Catastrófico Después de su año fuera de los costos de medicamentos de bolsillo alcance \$ 4,550, será reembolsado por los medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo total de la droga, menos el siguiente:</p> <p>- Un copago de \$2.50 para</p>
--	--	---

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
-----------	-------------------	-------------------

		<p>medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.30 para todas las otras drogas, o - 5% coseguro.</p>
<p>30 - Servicios dentales</p>	<p>No se cubren los servicios dentales preventivos (como la limpieza).</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar. Dentro de la Red \$0 copago para lo siguiente servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen(s) oral cada año - hasta 2 limpieza(s) cada seis meses - hasta 1 tratamiento(s) de fluoruro cada año - hasta 1 x-ray(s) dental cada año <p>\$0 a \$1,900 copago cubiertos por Medicare beneficios dentales.</p> <p>Plan ofrece beneficios adicionales dental comprensivo.</p>
<p>31 - Servicios de oído</p>	<p>Exámenes rutinarios de los oídos y auriculares no están cubiertos. 20% coseguro para exámenes de diagnóstico del oído.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar. Dentro de la Red En general, Exámenes rutinarios de los oídos no están cubiertos.</p> <p>\$0 copago cubierto por Medicare para exámenes de diagnóstico del oído.</p>
<p>32 - Servicios de la vista</p>	<p>20% coseguro por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y</p>	<p>Dentro de la Red \$0 copay para el diagnóstico</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
	<p>condiciones del ojo.</p> <p>Examen rutinario de los ojos y anteojos no cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p> <p>Se cubren exámenes anuales de glaucoma para personas en riesgo.</p>	<p>y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>- de hasta 1 examen rutinario(s) de los ojos cada año</p> <p>\$0 copago por:</p> <p>- un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p> <p>- de hasta 1 par(s) lentes cada año</p> <p>- de hasta 1 marco(s) cada dos años</p> <p>Límite de \$60 para anteojos cada año.</p> <p>Límite de \$25 para marcos cada dos años.</p>
<p>33 - Exámenes físicos</p>	<p>20% coseguro por un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de Medicare Part B</p> <p>Cuando consigue Medicare Part B, puede recibir un examen físico una sola vez dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Part B. La cobertura no incluye los exámenes del laboratorio.</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para los exámenes de rutina. Limitado a 1 examen cada año.</p>
<p>34 - Educación de salud/bienestar</p>	<p>Dejar de fumar: cubierto si lo ordena su médico. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses si se le diagnostica con una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si está tomando una medicina que pudiera ser afectada por el</p>	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago cubiertos por Medicare por cada sesión de cesación de fumar de</p>

SECCIÓN II -RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Medicare Original	Brand New Day HMO
	tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye visitas personales. Usted paga coseguro, y el deducible de Part B es aplicable.	consejería.
Transportación	No cubierto.	<p>General Las reglas de autorización se pueden aplicar.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago de hasta 24 viaje(s) a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
Acupuntura	Not cubierto.	<p>Dentro de la Red Este plan no cubre Acuountura.</p>