



Brandman
HEALTH PLAN



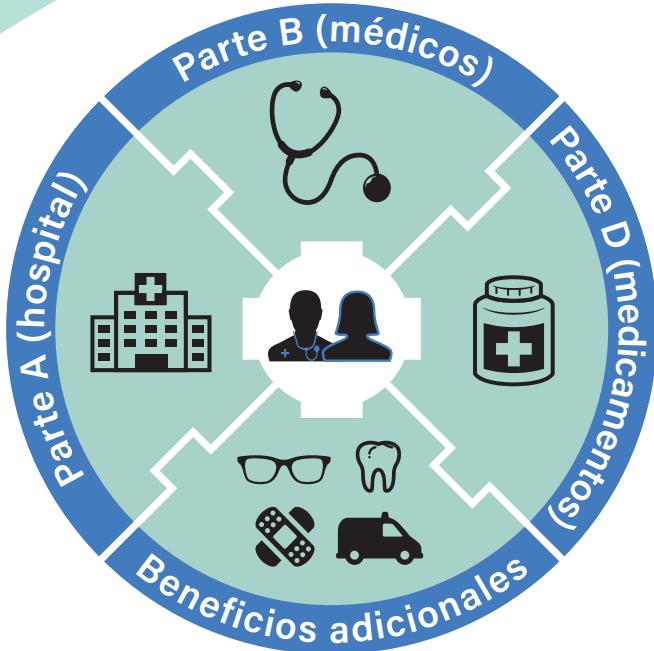
RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2021

**CALIFORNIA:
Condado de Los Angeles**

Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)

H7594_20BHP_AspireDSB2021_M File & Use 10/06/2020

Cobertura de salud: todo en uno



La atención que necesita. El valor que espera.

Los problemas complejos de salud como los suyos pueden crear muchos desafíos. Acceder a la atención médica que necesita no debería ser uno de ellos. Es, por eso, que Brandman Health Plan (HMO SNP) diseñó un plan Medicare Advantage solo para personas con enfermedades cardíacas y diabetes. ¡Conozca Aspire-D (HMO C-SNP), el nuevo plan de salud de Brandman que facilita el acceso a la atención que necesita! Es una solución **TODO EN UNO** para su cobertura de atención médica, ya que combina tres tipos de cobertura de Medicare en un solo plan: Parte A (hospital), Parte B (médicos) y Parte D (medicamentos). Además, le brinda beneficios adicionales que Medicare Original no ofrece, a saber:

- ✓ \$0 Servicios dentales
- ✓ \$0 Servicios de la vista (hasta un valor de \$250)
- ✓ \$0 Servicios auditivos (hasta un valor de \$1,000)

Ahorre en insulina con nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores

Si usted tiene diabetes controlada con insulina, consulte nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores. Es una manera fácil de ahorrar y recibir su receta con una vigencia de 90 días.

¿Califico?

Para afiliarse al plan Brandman Health Plan AspireD (HMO C-SNP), usted debe:

- Ser diagnosticado con trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes
- Contar con Medicare Partes A y B
- Vivir en el condado de Los Angeles
- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país

Si tiene alguna pregunta o desea conocer algo más, comuníquese hoy mismo con nuestro Servicio de Atención al Cliente.

| Primas y beneficios | Detalles de cobertura | Lo que debe saber |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan | Usted paga \$31.50 por la prima de la Parte D. | Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| Deducibles | Este plan no cuenta con deducibles para la Parte C. | Se aplica a servicios que obtiene dentro o fuera de la red. |
| Responsabilidad máxima de desembolso personal (no incluye medicamentos recetados) | Su límite anual en este plan es de \$7,550 para los servicios de la Parte C. | Lo máximo que paga en concepto de copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos durante el año. |
| Pacientes internados Cobertura | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga \$0 por día entre los días 1 - 60. ▪ Usted paga \$352 por día entre los días 61 - 90. ▪ Nuestro plan ofrece un máximo de 60 días de reserva de por vida. \$704 de copago por día entre los días 1 - 60. ▪ Estos son los valores vigentes al 2020, pero podrían cambiar para 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos para 2021. | Se necesitan derivación y autorización. |
| Pacientes ambulatorios Cobertura | Usted paga el 20% del costo total. | Incluye los servicios recibidos en un centro quirúrgico u hospital destinados a pacientes ambulatorios. Se necesitan derivación y autorización. |
| Visitas médicas | Usted paga el 20% del costo total por cada visita a su médico de cabecera o especialista. Las hay disponibles en persona o por tele salud. | Para visitar un especialista, se necesitan derivación y autorización. |
| Cuidado preventivo | Usted paga \$0. | Se necesita autorización previa. |
| Atención de emergencias | Usted paga el 20% del costo total. | |
| Servicios de urgencia | Usted paga \$0. | |
| Servicios de diagnóstico/ Análisis de laboratorio/ Imágenes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de radiología diagnóstica (por ej., IRM) ▪ Servicios de análisis de laboratorio ▪ Pruebas de diagnóstico y procedimientos ▪ Radiografías para pacientes | Usted paga el 20% del costo total. | Se necesitan derivación y autorización previa. |

| Primas y beneficios | Detalles de cobertura | Lo que debe saber |
|---|---|--|
| Exámenes auditivos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Diagnostic exams: Usted paga 20%. ▪ Routine hearing exam: Usted paga \$0. ▪ Hearing aid allowance: Usted paga \$0. The plan covers up to \$1,000 per calendar year. | El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario. La asignación de audífonos es para ambos oídos combinados. |
| Servicios dentales <ul style="list-style-type: none">▪ Examen y limpieza (cada 6 meses)▪ Servicios dentales integrales (por ejemplo, empastes y prótesis) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Dental services: Usted paga \$0. ▪ Preventive dental services: Usted paga 20% ▪ Comprehensive dental services: Usted paga \$0 | El plan cubre hasta \$750 por año calendario en concepto de servicios dentales. |
| Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none">▪ Exámenes (una vez por año)▪ Anteojos o lentes de contacto (una vez cada dos años) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Vision services: Usted paga \$0. ▪ Usted paga \$0 for routine eye exams. ▪ Usted paga \$0 for either:<ul style="list-style-type: none">▪ One pair of eyeglasses (lenses and frames)▪ One pair of contact lenses | El plan cubre hasta \$250 cada dos años para lentes y marcos o lentes de contacto. |
| Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none">▪ Visita a pacientes internados▪ Visita de terapia ambulatoria (grupal o individual) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inpatient Visit:<ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga \$0 per day for days 1-60.▪ Usted paga \$329 per day for days 61 - 90.▪ Our plan provides a maximum of 60 Lifetime Reserve days. Usted paga a \$704 copay per day for days 1 – 60. This is the amount for 2020 and may change in 2021. The plan will let you know once Medicare announces these amounts for 2021. ▪ Outpatient services:<ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga 20% of the total cost. | Se necesitan derivación y autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener más información. |
| Establecimientos de enfermería especializada (SNF) | We cover up to 100 days in a SNF per benefit period: <ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga \$0 per day for days 1 – 20.▪ Usted paga \$176 per day for days 21 – 100.▪ These are the amounts for 2020 and may change in 2021. The plan will let you know once Medicare announces these amounts for 2021. | Se necesitan derivación y autorización previa. |
| Terapia física | Usted paga 20% of the cost. | Se necesitan derivación y autorización previa. |
| Servicio de ambulancia | Usted paga 20% of the cost for each trip by ground or air. | Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia. |
| Transporte | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga \$0 for 24 one-way trips by van to covered medical appointments each year. ▪ Rides must be scheduled through the plan. | Se necesitan derivación y autorización previa. |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga 20% of the cost. | Se requiere autorización previa. |

Medicamentos recetados (Parte D)

| Deducible de la Parte D: \$445 Después del deducible, el costo compartido es: | En farmacia o pedido por correo - suministro para 30 días | En farmacia o pedido por correo - suministro para 90 días | Asistencia a largo plazo suministro para 31 días |
|--|---|---|--|
| Nivel 1: Genéricos preferidos (no se aplican deducibles) | Usted paga \$0 | Usted paga \$0 | Usted paga \$0 |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | Usted paga 25% | Usted paga 25% | Usted paga 25% |
| Nivel 3: Marca preferida | Usted paga 25% | Usted paga 25% | Usted paga 25% |
| Nivel 4: No preferido | Usted paga 25% | Usted paga 25% | Usted paga 25% |
| Nivel 5: Nivel de especialidad | Usted paga 25% | Not available | Usted paga 25% |
| Nivel 6: Seleccione el tipo de atención (no se aplican deducibles) | Usted paga \$0 | Usted paga \$0 | Usted paga \$0 |

- Usted paga estos montos hasta que el costo total anual de los medicamentos alcanza los \$4,130.**
- Etapa de interrupción en la cobertura:** Despues de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos en la Parte D del plan alcancen los \$4,130, usted debe pagar el 25% del costo de sus medicamentos junto con un porcentaje del cargo por despacho
- Etapa de cobertura catastrófica:** Despues de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga el aporte mayor de \$3.70 por los medicamentos genéricos y aquellos preferidos de múltiples fuentes y de \$9.20 por todos los demás medicamentos, o sea el 5%

Beneficios adicionales

| Primas y beneficios | Detalles de cobertura | Lo que debe saber |
|---|---|--|
| Acupuntura | Usted paga \$10 por tratamiento hasta un total de 12 tratamientos de rutina por año. | Se necesitan derivación y autorización previa. |
| Salud y bienestar | Usted paga \$0 por la membresía a una red de gimnasios y centros de ejercitación. | Programas de entrenamiento y acondicionamiento físico para hacer ejercicios en casa. |
| Evaluación de seguridad en el hogar | Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad en el hogar por año. | Se necesita derivación y autorización previa. |
| Entrega de comida a domicilio | Disponible hasta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 días posteriores a la hospitalización ▪ 14 días para afiliados en cuarentena | Se brindan hasta 3 comidas por días. |
| Medicamentos de venta sin receta (OTC) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asignación de \$100 por semestre | Seleccione una variedad de artículos de nuestro catálogo OTC. |



Lo que debe saber

Los costos compartidos pueden variar dependiendo de la farmacia que elija y de la fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información, llámenos o a su Evidencia de Cobertura (EOC) en línea. Visite www.brandmanhealthplan.com para encontrar:

- El directorio de profesionales y farmacias
- El formulario (listado de medicamentos cubiertos)
- La EOC - una lista completa de beneficios



Servicio de Atención al Cliente:

1-888-697-5662 / TTY 711

Horario:

1 de octubre - 31 de marzo: 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana

1 de abril - 30 de septiembre: 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes

Si desea obtener más información sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y usted" (Medicare & You) actual o consulte en línea en www.medicare.gov. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-888-697-5662 o al 711, en caso de ser usuario de TTY. Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a tratar con los afiliados de Brandman Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, como el costo compartido que aplica a los servicios externos a la red.

Brandman Health Plan Aspire-D es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY 711).

