



Brandman  
HEALTH PLAN



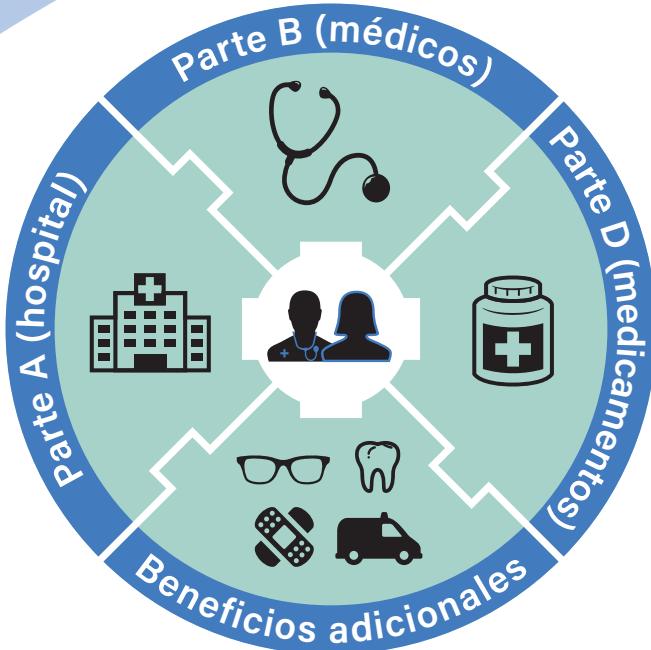
## RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2021

CALIFORNIA:  
Condado de Los Angeles

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

H7594\_20BHP\_AspireSB2021\_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 (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 Aspire (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.



**Brandman  
HEALTH PLAN**

**1-888-697-5662**

Primas y beneficios	Detalles de cobertura	Lo que debe saber
<b>Prima mensual del plan</b>	Este plan no cuenta con una prima.	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducibles</b>	Este plan no cuenta con deducibles para la Parte C.	Se aplica a servicios que obtiene dentro o fuera de la red.
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal (no incluye medicamentos recetados)</b>	Su límite anual en este plan es de \$999 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.
<b>Pacientes internados Cobertura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 por día entre los días 1 - 90.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	Se necesitan derivación y autorización.
<b>Pacientes ambulatorios Cobertura</b>	Usted paga \$0.	Incluye los servicios recibidos en un centro quirúrgico u hospital destinados a pacientes ambulatorios. Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Visitas médicas</b>	Usted paga \$0 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.
<b>Cuidado preventivo</b>	Usted paga \$0.	Se necesita autorización previa.
<b>Atención de emergencias</b>	Usted paga \$100 por visita.	
<b>Servicios de urgencia</b>	Usted paga \$0.	
<b>Servicios de diagnóstico/ Análisis de laboratorio/ Imágenes</b> ▪ Servicios de radiología diagnóstica (por ej., IRM) ▪ Servicios de análisis de laboratorio ▪ Pruebas de diagnóstico y procedimientos ▪ Radiografías para pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas de diagnóstico y procedimientos</li> <li>▪ Servicios de análisis de laboratorio</li> <li>▪ Servicios radiológicos de diagnóstico (incluye radiografías)</li> </ul> </li> <li>▪ Usted paga el 20% del costo total para los servicios radiológicos terapéuticos.</li> </ul>	Se necesitan derivación y autorización.
<b>Exámenes auditivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen auditivo de rutina: \$0.</li> <li>▪ Asignación de audífonos: \$0. El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario. La asignación de audífonos es para ambos oídos combinados.</li> </ul>	El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario. La asignación de audífonos es para ambos oídos combinados.

Primas y beneficios	Detalles de cobertura	Lo que debe saber
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen y limpieza (cada 6 meses)</li> <li>▪ Servicios dentales integrales (por ejemplo, empastes y prótesis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios dentales cubiertos por Medicare: usted paga \$0.</li> <li>▪ Servicios dentales preventivos: usted paga \$0 para controles de rutina en el consultorio. Dichos controles de rutina incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales.</li> <li>▪ Usted paga \$0 por servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales, otros servicios.</li> </ul>	El plan cubre hasta \$750 por año calendario en concepto de servicios dentales.
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exámenes (una vez por año)</li> <li>▪ Anteojos o lentes de contacto (una vez cada dos años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de la vista cubiertos por Medicare: usted paga \$0.</li> <li>▪ Usted paga \$0 para exámenes oftalmológicos de rutina.</li> <li>▪ Usted paga \$0 para: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>▪ Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> </ul>	El plan cubre hasta \$250 cada dos años para lentes y marcos o lentes de contacto.
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita a pacientes internados</li> <li>▪ Visita de terapia ambulatoria (grupal o individual)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita a pacientes internados: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 por día entre los días 1 y 60.</li> <li>▪ Usted paga \$329 por día entre los días 61 y 90.</li> <li>▪ Nuestro plan ofrece un máximo de 60 días de reserva de por vida. \$704 de copago por día entre los días 1 y 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.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 por cada visita de salud mental ambulatoria de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</li> </ul> </li> </ul>	Se necesitan derivación y autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener más información.
<b>Establecimientos de enfermería especializada (SNF)</b>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 por día entre los días 1 – 100.</li> </ul>	Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Terapia física</b>	Usted paga \$10 por visita.	Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Servicio de ambulancia</b>	Usted paga \$125 fpor cada viaje terrestre o por aire.	Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia.
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga \$0 por un total de 24 viajes de ida por año a las citas médicas cubiertas.</li> <li>▪ Los viajes deben programarse a través del plan.</li> </ul>	Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted paga el 20% del costo total.</li> <li>▪ Los medicamentos de la Parte B incluyen quimioterapia y medicamento de infusión domiciliaria.</li> </ul>	Se requiere autorización previa.

## Medicamentos recetados (Parte D)

Deductible de la Parte D: \$0 Su costo repartido es:	Suministro para 30 días en farmacia / pedido por correo	Suministro para 90 días en farmaciaz	Suministro para 90 días - Pedido por correo	Asistencia a largo plazo suministro para 31 días
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	Usted paga \$9	Usted paga \$27	Usted paga \$18	Usted paga \$9
<b>Nivel 3: Marca preferida</b>	Usted paga \$45	Usted paga \$135	Usted paga \$90	Usted paga \$45
<b>Nivel 4: No preferido</b>	Usted paga \$90	Usted paga \$270	Usted paga \$270	Usted paga \$90
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	Usted paga 33%	No disponible	No disponible	Usted paga 33%
<b>Nivel 6: Seleccione el tipo de atención</b>	Usted paga \$0	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:** Después 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 de catástrofe:** Después 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
<b>Acupuntura</b>	Usted paga \$10 por tratamiento hasta un total de 12 tratamientos de rutina por año.	Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Salud y bienestar</b>	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.
<b>Evaluación de seguridad en el hogar</b>	Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad en el hogar por año.	Se necesitan derivación y autorización previa.
<b>Entrega de comida a domicilio</b>	Disponible hasta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 días posteriores a la hospitalización</li> <li>• 14 días para afiliados en cuarentena</li> </ul>	Se brindan hasta 3 comidas por día.
<b>Medicamentos de venta sin receta (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$60 por semestre</li> </ul>	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](http://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](http://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 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).

