



2018

Resumen de beneficios de Bright Health

**Bright Advantage (HMO)
H4853-001**

**Bright Advantage Plus (HMO)
H4853-002**

Bienvenido a Bright Health.

Adjunto encontrará nuestro resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por los planes Medicare Advantage de Bright Health del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018 para el condado de Maricopa.

Tenga en cuenta que este es un *resumen* de lo que está cubierto y lo que usted paga por esos beneficios y servicios. Para obtener una lista completa de la cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones, consulte nuestra Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, "EOC"). Puede encontrar una EOC en línea en BrightHealthPlan.com/Medicare o puede solicitar que se le envíe por correo postal una copia impresa llamando al 1-844-679-2032, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero, de lunes a viernes del 15 de febrero al 30 de septiembre, TTY: 711.

Diseñamos nuestros planes de una manera un poco diferente.

Creemos que los seguros de salud y la atención médica funcionan mejor juntos. Entonces, es por eso que creamos nuestros planes de salud desde cero, con socios de atención cuidadosamente seleccionados como Arizona Care Network ("ACN"). Nuestra sociedad con ACN significa que usted se beneficia de un sistema de atención conectado que se centra en sus necesidades de atención médica. Con una red de médicos elegidos uno por uno, que trabajan juntos en su nombre, usted puede centrarse en vivir su vida de la manera más brillante.

Esta es atención médica que gira a su alrededor.

Cuando su plan de salud y sus proveedores de atención médica trabajan juntos, usted siempre se encuentra en el centro, pero nunca está atrapado en el medio.

Estamos orgullosos de nuestros planes Medicare Advantage y creemos que a usted también le encantarán. Pero también creemos que es importante que se inscriba en el plan de salud adecuado para usted. Por eso, de un vistazo y llámenos si tiene alguna pregunta.

Esperamos ayudarle a vivir de la manera más brillante.

Algunas preguntas frecuentes:

¿Puedo elegir mis proveedores?

Bright Health ha seleccionado cuidadosamente una red de médicos, hospitales, farmacias y demás proveedores. **Para mantener sus costos bajos, es importante que reciba atención de un proveedor de la red.** En la mayoría de los casos, si decide obtener atención fuera de la red del plan, pagará más por esos servicios. Sin embargo, si necesita servicios de emergencia fuera de la red, servicios de urgencia fuera del área o servicios de diálisis fuera del área, no debe preocuparse.

Para encontrar un proveedor de la red cercano a usted, visite nuestro sitio web BrightHealthPlan.com/Medicare o llame a Bright Health al 1-844-679-2032.

También puede descargar una lista completa de proveedores de la red de nuestro sitio web.

¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por un plan de salud. Para asegurarse de que sus medicamentos estén incluidos en el formulario de Bright Advantage y Bright Advantage Plus, puede buscar y descargar nuestro formulario en línea en BrightHealthPlan.com/Medicare. O bien, puede llamar a Bright Health al 1-844-679-2032 para analizar sus medicamentos. Tenga en cuenta que el formulario está sujeto a modificaciones y usted siempre puede encontrar la lista más actualizada de medicamentos en nuestro sitio web.

Si desea obtener más información, o si tiene alguna pregunta, llámenos.



1-844-679-2032, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña,
los 7 días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero,
de lunes a viernes del 15 de febrero al 30 de septiembre,
TTY: 711.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual "Medicare y usted" actual. Puede verlo en línea en Medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Primas y beneficios de Bright

Prima mensual del plan	\$0	\$28
Deducible médico anual	\$0	\$0
Su máximo de gastos de bolsillo anual* (no se aplica a medicamentos recetados)	\$3,750 por año	\$3,500 por año

Beneficios de Bright

Dentro de la red	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	\$185 por día para los días 1 a 7, \$0 por día para los días 8 en adelante, sin límite	\$170 por día para los días 1 a 5, \$0 por día para los días 6 en adelante, sin límite
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	Copago de \$250; copago de \$50 por día de observación para pacientes ambulatorios	Copago de \$250; copago de \$50 por día de observación para pacientes ambulatorios
Visitas al médico		
Proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	Copago de \$30	Copago de \$20
Examen físico de rutina anual	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención preventiva	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de emergencia	Copago de \$75	Copago de \$75
Servicios de urgencia	Copago de \$30	Copago de \$30
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes		
Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej.: imágenes por resonancia magnética)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Servicios de laboratorio	Copago de \$10	Copago de \$10
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$10	Copago de \$10

Dentro de la red	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)
Servicios de audición		
Evaluación de audición y equilibrio para diagnóstico	Copago de \$0	Copago de \$0
Evaluación y ajuste de audífonos	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos	\$2,000 cada 3 años para audífonos	\$2,000 cada 3 años para audífonos
Servicios dentales		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Limpieza y examen bucal preventivo	Uno de cada uno por año; copago de \$0 por cada servicio	Uno de cada uno por año; copago de \$0 por cada servicio
Radiografías de aleta de mordida	Un conjunto por año por un copago de \$0	Un conjunto por año por un copago de \$0
Tratamiento con flúor anual	Sin cobertura. Puede comprar beneficios adicionales opcionales de Bright por una prima mensual adicional.	Dos por año; copago de \$0 por cada servicio
Empastes	Sin cobertura. Puede comprar beneficios adicionales opcionales de Bright por una prima mensual adicional.	Los copagos varían
Prótesis dentales	Sin cobertura. Puede comprar beneficios adicionales opcionales de Bright por una prima mensual adicional.	Los copagos varían
Servicios para la vista		
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de la vista	Copago de \$25	Copago de \$25
Anteojos y accesorios luego de una cirugía de cataratas	Copago de \$0	Copago de \$0
Examen de la vista de rutina	Un examen preventivo anual por un copago de \$0	Un examen preventivo anual por un copago de \$0
Anteojos y lentes	Sin cobertura. Puede comprar beneficios adicionales opcionales de Bright por una prima mensual adicional.	\$130 para marcos de anteojos o lentes de contacto
Servicios de salud mental		

Dentro de la red	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)
Visita para pacientes internados	\$185 por día para los días 1 a 7, \$0 por día para los días 8 a 90	\$170 por día para los días 1 a 5, \$0 por día para los días 6 a 90
Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios	Copago de \$10	Copago de \$10
Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$40	Copago de \$40
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días 1 a 20, \$145 por día para los días 21 a 100	\$0 por día para los días 1 a 20, \$155 por día para los días 21 a 100
Visita de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla	Copago de \$25	Copago de \$25
Ambulancia	Copago de \$200	Copago de \$200
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Atención de los pies (Servicios de podiatría)		
Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Copago de \$25	Copago de \$25
Equipos/suministros médicos		
Equipo médico duradero (p. ej.: sillas de ruedas, oxígeno)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Prótesis (p. ej.: aparatos, extremidades artificiales)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0	Copago de \$0
Zapatos o plantillas terapéuticas	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$175	Copago de \$150
Centro hospitalario ambulatorio	Copago de \$250	Copago de \$250

Beneficios adicionales de Bright (incluidos)

Dentro de la red	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)
Membresía en centros de acondicionamiento físico	Sin cargo para una membresía en un centro participante	Sin cargo para una membresía en un centro participante
Acupuntura	Copago de \$20 por visita, hasta 12 visitas por año	Copago de \$20 por visita, hasta 12 visitas por año

Beneficios adicionales de Bright (opcionales): usted paga una prima mensual adicional

Servicios para la vista	Prima mensual de \$4	Estos beneficios ya están incluidos en su plan Bright Advantage Plus.
Examen de la vista de rutina	Ya está incluido en el plan	
Anteojos y lentes	\$130 para marcos de anteojos o lentes de contacto	
Servicios dentales: cobertura integral	Prima mensual de \$14, los copagos varían según el servicio. Sin deducible anual y sin máximo de beneficios.	

*El máximo anual de gastos de bolsillo no se aplica a los medicamentos recetados de la Parte D ni a los beneficios adicionales de Bright.

Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer detalles.

Bright Advantage y Bright Advantage Plus son planes Medicare Advantage con un contrato con el gobierno federal. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la parte B.

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Bright Health, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio del plan.

Información sobre los beneficios adicionales de Bright

Audición: si desea encontrar proveedores de la red en su área de servicio, llame a Servicios para Miembros de Bright al 1-844-202-4463, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos federales, TTY 711.

Atención de la vista: ofrecida a través de VSP. Si desea encontrar proveedores de la red en su área, llame a Servicios para Miembros de Bright al 1-844-202-4463, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos federales, TTY 711.

Dental: ofrecida a través de DeltaDental®. Si desea encontrar proveedores de la red en su área, llame a Servicios para Miembros de Bright al 1-844-202-4463, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos federales, TTY 711.

Membresía en centros de acondicionamiento físico: ofrecida a través del programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®. Si desea encontrar un centro participante cercano, llame a Servicios para Miembros de Bright al 1-844-202-4463, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos federales, TTY 711.

Acupuntura: ofrecida a través de American Specialty Health. Si desea encontrar un proveedor participante cercano, llame a Servicios para Miembros de Bright al 1-844-202-4463, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos federales, TTY 711.

Beneficios de medicamentos recetados

El siguiente cuadro resume sus costos. El nivel en el que se encuentran sus medicamentos determinará cuánto pagará. Por lo general, mientras más alto es el nivel, más alto es el costo.

Etapa 1: Deducible anual de medicamentos recetados		
Deducible de la Parte D	\$0	\$0
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar el deducible, si corresponde)		
Venta minorista (30 días/90 días)		
Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$2/\$6	Copago de \$0/\$0
Nivel 2: Genéricos	Copago de \$8/\$24	Copago de \$8/\$24
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$45/\$135	Copago de \$45/\$135
Nivel 4: Medicamento no preferido	Copago de \$95/\$285	Copago de \$95/\$285
Nivel 5: Nivel de especialidades	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
Pedido por correo (90 días)		
Nivel 1: Genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$135	Copago de \$135
Nivel 4: Medicamento no preferido	Copago de \$285	Copago de \$285
Nivel 5: Nivel de especialidades	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
Etapa 3: Brecha de cobertura		
Después de su costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance los \$3,750, ingresará en la brecha de cobertura (también denominada “hoyo de la dona”). Esto significa que se produce un cambio temporal en lo que usted paga por medicamentos. No todos ingresarán a la brecha de cobertura. Si usted ingresa a la brecha de cobertura, pagará el 35 % del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 44 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$5,000, que es el fin de la brecha de cobertura.		
Etapa 4: Cobertura catastrófica		
Después de que sus costos de bolsillo anuales en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y pedidos por correo) alcancen los \$5,000, usted pagará el monto mayor de los siguientes:		
- el 5 % del costo, o - un copago de \$3.35 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y un copago de \$8.35 para todos los demás		

Centros de atención a largo plazo

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga los mismos copagos y coseguros para un suministro de 31 días que para un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Farmacias fuera de la red

Si decide obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Ayuda adicional

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>.

Si reúne los requisitos para la ayuda adicional para los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 844-679-2032 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame 844-679-2032 (TTY: 711).

Este documento se encuentra disponible en español. Comuníquese con Bright Health al 844-679-2032 (TTY: 711) si necesita información en otro idioma o formato (p. ej.: braille, letra grande, cinta de sonido).

Nuestros planes se otorgan a través de: Bright Health Insurance Company of Alabama, Inc.; Bright Health Company of Arizona; y Bright Health Insurance Company. Otros proveedores se encuentran disponibles dentro de nuestra red. La mayoría de los proveedores de la red participan a través de nuestro socio de atención, Arizona Care Network.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse límites, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden modificarse el 1 de enero de cada año.

Nondiscrimination Notice and Assistance with Communication

Bright Health does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any individual on the basis of sex, age, race, color, national origin, or disability. "Bright Health" means Bright Health plans and their affiliates, which are listed below.

Language assistance and alternate formats:

Assistance is available *at no cost* to help you communicate with us. The services include, but are not limited to:

- Interpreters for languages other than English;
- Written information in alternative formats such as large print; and
- Assistance with reading Bright Health websites.

To ask for help with these services, please call (844) 606-4633.

If you think that we failed to provide language assistance or alternate formats, or you were discriminated against because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
Phone: (844) 202-2154
Fax: (800) 894-7742

You can also file a complaint with the U.S Dept. of Health and Human Services, the Office of Civil Rights:

- **Online:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Phone:** Toll-free **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Mail:** U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call (844) 202-2154.

"Bright Health" means Bright Health Management, Inc., Bright Health Insurance Company of Alabama, Inc., Bright Health Company of Arizona, and Bright Health Insurance Company.

Section 1557 / Multi Language Insert

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call (844) 606-4633.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 606-4633.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de ayuda con el idioma. Llame al (844) 606-4633.
Chinese (S)	注意：如果您讲中文，您可以获得免费的语言协助服务。请致电 (844) 606-4633。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, то услуги бесплатной языковой поддержки доступны Вам. Позвоните по телефону (844) 606-4633.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (844) 606-4633 로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (844) 606-4633.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero (844) 606-4633.
Yiddish	אויפמערקזאמקייט: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אָפּצאָל, זענען פאראן פאר אייך. רופט (844) 606-4633
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, আপনার জন্য উপলব্ধ আছে। (844) 606-4633 নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتكلم العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك من دون مقابل. اتصل على الرقم (844) 606-4633.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić pod numer (844) 606-4633.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le (844) 606-4633.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyong pangwika. Tawagan ang (844) 606-4633.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số (844) 606-4633.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí bee yáníłti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódíłnih (844) 606-4633.
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (844) 606-4633 پر کال کریں۔
Japanese	ご注意: 日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。(844) 606-4633 までお電話ください。
Portuguese (BR)	ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para (844) 606-4633.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter (844) 606-4633 an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات پشتیبانی زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با (844) 606-4633 تماس بگیرید.

Si desea obtener más información, llame a Bright Health:

1-844-679-2032

de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar de la montaña, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 14 de febrero),

de lunes a viernes (del 15 de febrero al 30 de septiembre)

TTY: 711.

O bien,

Visite nuestro sitio web: BrightHealthPlan.com/Medicare

Encuentre el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario (la lista de medicamentos) de Bright Health en

BrightHealthPlan.com/Medicare.