



2019

Resumen de beneficios de Bright Health

**Bright Advantage Choice (HMO-POS)
H4853-003**

**Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)
H4853-004**

Bienvenido a Bright Health.

Adjunto encontrará nuestro resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por los planes de Bright Health Medicare Advantage desde el 1° de enero, 2019 hasta el 31 de diciembre, 2019 para el condado de Maricopa.

Recuerde, que hay un resumen de lo que está cubierto y lo que usted pagaría por esos beneficios y servicios. Para obtener una lista completa de cobertura, incluidas limitaciones y exclusiones, consulte nuestra Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, "EOC"). Puede encontrar una EOC en línea, en www.brighthealthplan.com/medicare, o puede solicitar que le envíen una copia impresa por correo con solo llamarnos al 844-667-5502, 8 a. m. - 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1° de octubre al 31 de marzo, lunes-viernes, del 1° de abril al 30 de septiembre, TTY: 711.

Diseñamos nuestros planes de manera ligeramente diferente.

Creemos que el seguro de salud y la atención médica funcionan mejor en conjunto. Es por este motivo que diseñamos nuestros planes de salud de cero, con Socios para la atención cuidadosamente seleccionados como Arizona Care Network. Nuestra alianza con Arizona Care Network significa que usted se beneficia de un sistema de atención conectado, que coloca sus necesidades de atención médica en el centro. Con una red de médicos cuidadosamente seleccionados, trabajando juntos para su beneficio, usted puede concentrarse en vivir su mejor vida.

Esta es la atención médica que gira en torno a usted.

Cuando su plan de salud y sus proveedores de atención médica trabajan en conjunto, usted siempre estará en el centro, pero nunca quedará en el medio.

Nos enorgullecemos de nuestros planes de Medicare Advantage y creemos que usted también quedará encantado con ellos. Pero también creemos que es importante que se inscriba en el plan de salud que sea adecuado para usted. Eche un vistazo y llámenos si tiene alguna duda.

Deseamos ayudarlo a vivir su mejor vida.

Algunas preguntas frecuentes:

¿Puedo elegir a 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 la atención de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, si elige recibir atención fuera de la red del plan, es posible que deba pagar más por el costo del servicio. No obstante, si necesita servicios de emergencia fuera de la red, servicios necesarios de manera urgente o servicios de diálisis, entonces lo cubriremos.

Para encontrar a un proveedor dentro de la red cerca de usted, visite nuestro sitio web www.brighthealthplan.com/medicare o llame a Bright Health al 844-667-5502.

¿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 están incluidos en el formulario de Bright Advantage Choice (HMO-POS) y Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS), puede buscar y descargar nuestro formulario en línea en www.brighthealthplan.com/medicare. O bien, puede llamar a Bright Health al 844-667-5502 para hablar sobre sus medicamentos. Observe que el formulario está sujeto a modificaciones, y siempre puede encontrar la lista más actualizada de medicamentos en nuestro sitio web.

Para obtener más información, o si tiene alguna pregunta, llámenos.



844-667-5502, 8 a. m. - 8 p. m. hora local,
Los 7 días de la semana, 1° de octubre -
31 de marzo Lunes-viernes, 1° de abril -
30 de septiembre
TTY: 711
www.brighthealthplan.com/medicare

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, eche un vistazo a su manual actual de *Medicare & Usted*. Puede verlo en línea en Medicare.gov o puede recibir una copia con solo llamar a 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 Health

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan | \$0 | \$54 |
| Deducible médico anual | \$0 | \$0 |
| Monto máximo de bolsillo* | Dentro de la red: \$3,750 | Dentro de la red: \$3,400 |
| Beneficio máximo de punto de servicio (Point-of-Service, POS) | \$25,000 Máximo que el plan pagará por servicios POS por año | \$25,000 Máximo que el plan pagará por servicios POS por año |

Beneficios de Bright Health

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|---|--|--|
| Cobertura hospitalaria para pacientes internos | Dentro de la red \$175 por día por los días 1-7 \$0 por día por el día 8 en adelante Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$170 por día por los días 1-5 \$0 por día por el día 6 en adelante Fuera de la red No cubierto |
| Servicios y observación hospitalaria de pacientes externos | Dentro de la red \$225 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$225 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Consultas al médico | | |
| Médicos de atención primaria (PCP) | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 35 % de coseguro | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 30 % de coseguro |
| Especialistas | Dentro de la red \$28 de copago Fuera de la red 35 % de coseguro | Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red 30 % de coseguro |
| Examen físico de rutina anual | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 35 % de coseguro | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 30 % de coseguro |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|---|---|--|
| Atención preventiva Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| | Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo alguno cuando visita a un proveedor dentro de la red, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Examen para la detección de aneurisma de la aorta abdominal • Asesoría para el abuso de alcohol • Consulta anual de bienestar • Densitometría ósea • Examen para la detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Examen cardiovascular (colesterol, lípidos, triglicéridos) • Examen para la detección de cáncer cervical y vaginal • Examen para la detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Evaluación para la detección de la depresión • Examen para la detección de diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Prueba de glaucoma • Examen para la detección de hepatitis C • Examen para la detección del VIH • Examen para la detección del cáncer de pulmón • Servicios de terapia médica nutricional • Examen para la detección de la obesidad y asesoría • Exámenes para la detección del cáncer de próstata (PSA) • Examen para la detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría • Asesoría para abandonar el consumo de tabaco (asesoría para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas antigripales, para la hepatitis B, antineumocócicas • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) | |
| Atención de emergencia | \$90 de copago El copago se cancela si se le ingresa al hospital dentro de 24 horas. | \$90 de copago El copago se cancela si se le ingresa al hospital dentro de 24 horas. |
| Servicios necesarios de manera urgente | \$30 de copago | \$30 de copago |
| Servicios diagnósticos/de laboratorio/por imágenes | | |
| Pruebas y procedimientos diagnósticos | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|--|--|
| Servicios de laboratorio | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red 35 % de coseguro | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red 30 % de coseguro |
| Servicios de radiología diagnósticos (p.ej., exploración por TAC, RMI) | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |
| Radiografías a pacientes externos | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red 35 % de coseguro | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red 30 % de coseguro |
| Servicios para la audición | | |
| Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Examen auditivo de rutina | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto |
| Evaluación(es) para prueba de audífonos | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto |
| Audífonos | Prestación de hasta \$1,000 para ambos oídos combinados cada tres años para audífonos. | Prestación de hasta \$2,000 para ambos oídos combinados cada tres años para audífonos. |
| Servicios dentales | | |
| Servicios dentales cubiertos por Medicare | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Beneficio dental máximo anual | Sin beneficio máximo para los servicios dentales cubiertos por el plan, no cubiertos por Medicare. | Sin beneficio máximo para los servicios dentales cubiertos por el plan, no cubiertos por Medicare. |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|--|--|
| Exámenes bucales | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 examen bucal por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 examen bucal por año Fuera de la red No cubierto |
| Profilaxis (limpieza) | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 limpieza por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 limpieza por año Fuera de la red No cubierto |
| Radiografías dentales | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 2 radiografías por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 2 radiografías por año Fuera de la red No cubierto |
| Servicios que no son de rutina | Disponible por una prima adicional de \$17 por mes. Consulte su Evidencia de Cobertura en busca de detalles. | Dentro de la red Los copagos varían Fuera de la red No cubierto |
| Servicios diagnósticos | | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Servicios de restauración | | Dentro de la red Los copagos varían Fuera de la red No cubierto |
| Endodoncia | | |
| Periodoncia | | |
| Extracciones | | |
| Prostodoncia, otra cirugía maxilofacial/bucal, otros servicios | | |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|---|--|
| Atención para la visión | | |
| Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Gafas después de cirugía de cataratas | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Examen ocular de rutina | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Limitado a 1 visita por año Fuera de la red No cubierto |
| Lentes de contacto | Disponible por una prima adicional de \$4 por mes. Prestación de hasta \$130 para gafas (cristales y marcos) o lentes de contacto. | Dentro de la red \$0 - \$60 de copago Prestación de hasta \$130 cada dos años para lentes de contacto o gafas. Fuera de la red No cubierto |
| Gafas (cristales y marcos) | Consulte su Evidencia de Cobertura en busca de detalles. | Dentro de la red \$25 de copago Prestación de hasta \$130 cada dos años para lentes de contacto o gafas. Fuera de la red No cubierto |
| Servicios de salud mental | | |
| Consulta para paciente interno | Dentro de la red \$175 de copago por día por los días 1-7 \$0 de copago por día por los días 8-90 Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$170 de copago por día por los días 1-5 \$0 de copago por día por los días 6-90 Fuera de la red No cubierto |
| Consulta para terapia grupal para paciente externo | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red No cubierto |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|--|--|
| Consulta para terapia individual para paciente externo | Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) | Dentro de la red \$0 de copago por día por los días 1-20 \$172 de copago por día por los días 21-100 Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago por día por los días 1-20 \$172 de copago por día por los días 21-100 Fuera de la red No cubierto |
| Consulta para terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla | Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Servicios de ambulancia | | |
| Ambulancia terrestre | \$200 de copago | \$200 de copago |
| Ambulancia aérea | \$200 de copago | \$200 de copago |
| Transporte | No cubierto | No cubierto |
| Medicamentos recetados de Medicare Parte B | | |
| Medicamentos para quimioterapia | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |
| Otros medicamentos Parte B | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |
| Cuidado de los pies (servicios de podología) | | |
| Exámenes de los pies y tratamiento cubiertos por Medicare | Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red No cubierto |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|--|--|--|
| Equipo/suministros médicos | | |
| Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |
| Prótesis (p. ej., frenos, extremidades artificiales) | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red 20 % de coseguro Fuera de la red No cubierto |
| Suministros para el monitoreo de la diabetes | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Zapatos ortopédicos o plantillas | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Cirugía externa | | |
| Centro de cirugía ambulatoria | Dentro de la red \$150 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$150 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Centro hospitalario para paciente externo | Dentro de la red \$225 de copago Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$225 de copago Fuera de la red No cubierto |
| Servicios de acupuntura | Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto | Dentro de la red \$20 de copago Limitado a 12 visitas por año dentro de la red de acupunturistas adheridos Fuera de la red No cubierto |
| Programa de ejercicios | \$0 de copago en lugares adheridos | \$0 de copago en lugares adheridos |

| | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) |
|---|--|--|
| Tarjeta de débito de venta libre (OTC) | No cubierto | \$0 de copago Prestación de \$30 cada tres meses para utilizarse en la compra de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) para la salud y el bienestar. |

*El máximo anual de bolsillo no aplica a los medicamentos recetados Parte D o a beneficios extra de Bright Health.

Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Consulte su Evidencia de Cobertura en busca de detalles.

Los planes de Bright Health son planes Organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) y Organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) con un contrato con Medicare. Nuestros planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) también tienen contratos con programas de Medicaid del estado. Nuestros planes están emitidos a través de Bright Health Insurance Company o uno de sus afiliados. La inscripción en nuestro plan depende de la renovación del contrato.

Para inscribirse en un plan Bright Health Medicare Advantage Plan, debe estar autorizado para recibir Medicare Parte A, conscripto en Medicare Parte B y vivir en el área de servicio del plan.

Información sobre beneficios extra de Bright Health

Para encontrar proveedores de la red para los siguientes servicios, llame al Departamento de Servicio para Miembros de Bright Health al 844-202-4463, 8 a. m. - 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1° de octubre al 31 de marzo, lunes-viernes, del 1° de abril al 30 de septiembre, TTY: 711.

- Audición
- Atención para la visión
- Dental
- Acupuntura

Membresía para ejercicios: Ofrecida mediante el programa Silver&Fit® Fitness. Para encontrar un centro adherido cerca suyo, llame al Departamento de Servicio para Miembros de Bright Health al 844-202-4463, 8 a. m. - 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1° de octubre al 31 de marzo, lunes-viernes, del 1° de abril al 30 de septiembre, TTY: 711.

Venta libre (OTC): Ofrecido mediante InComm. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio para Miembros de Bright Health al 844-202-4463, 8 a. m. - 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1° de octubre al 31 de marzo, lunes-viernes, del 1° de abril al 30 de septiembre, TTY: 711.

Beneficios de medicamentos recetados

La tabla a continuación resume sus gastos. El nivel en el que se encuentran sus medicamentos determinará cuánto deberá pagar. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo.

| Cobertura de medicamentos recetados | Bright Advantage Choice (HMO-POS) | | Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) | |
|--|--|---|--|---|
| Etapas 1: Deducible anual para recetas | | | | |
| Deducible | \$50 para Niveles 3-5. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. | | \$0 Este plan no tiene deducible para medicamentos Parte D, esta etapa de pago no aplica. | |
| Etapas 2: Cobertura Inicial (después de que paga su deducible, si procede) | | | | |
| | Gastos compartidos estándares tiendas minoristas (suministro por 30/90 días) | Gastos compartidos estándares de pedido por correo (suministro por hasta 90 días) | Gastos compartidos estándares tiendas minoristas (suministro por 30/90 días) | Gastos compartidos estándares de pedido por correo (suministro por hasta 90 días) |
| Nivel 1 (genérico preferido) | \$2 / \$6 de copago | \$0 de copago | \$0 / \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2 (genérico) | \$8 / \$24 de copago | \$0 de copago | \$8 / \$24 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 3 (marca preferida) | \$45 / \$135 de copago | \$135 de copago | \$45 / \$135 de copago | \$135 de copago |
| Nivel 4 (medicamento no preferido) | \$95 / \$285 de copago | \$285 de copago | \$95 / \$285 de copago | \$285 de copago |
| Nivel 5 (nivel de especialidad) | 32 % de coseguro | 32 % de coseguro | 33 % de coseguro | 33 % de coseguro |
| Etapas 3: Período sin cobertura | | | | |
| Una vez que su gasto total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$3,820, entrará en un período sin cobertura (también denominado "brecha"). Esto significa que hay una modificación temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. No todos ingresarán en el período sin cobertura. Si usted ingresa en el período sin cobertura, no pagará más del 37 % de coseguro por medicamentos genéricos cubiertos o el 25 % de coseguro por medicamentos de marca cubiertos, hasta que su gasto llegue al total de \$5,100, que es el fin del período sin cobertura. | | | | |
| Etapas 4: Cobertura catastrófica | | | | |
| Una vez que el gasto anual de su bolsillo de medicamentos (incluidos medicamentos comprados mediante su farmacia minorista o pedido por correo) alcanza los \$5,100, usted paga lo que sea más alto entre: <ul style="list-style-type: none"> • 5 % de coseguro, o • \$3.40 de copago para genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago para todos los demás medicamentos. | | | | |

Centros de atención a largo plazo

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

Farmacias fuera de la red

Si elige obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pagará el costo completo de la receta. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Ayuda extra

Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para una ayuda extra para pagar por los gastos de sus medicamentos recetados. De ser elegible, Medicare podría pagar por hasta el 75 % o más de los gastos de sus medicamentos, incluidas primas mensuales por medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura o una multa por inscripción tarde. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda extra, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda extra en línea en <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>.

Si califica para ayuda extra con sus gastos de cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará parte o toda la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos una factura a usted por el monto que Medicare no cubra.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al 844-667-5502 (TTY: 711).

Nuestros planes están emitidos a través de Bright Health Insurance Company o uno de sus afiliados. Hay otros proveedores y farmacias disponibles en nuestra red. La mayoría de los proveedores en nuestra red participan mediante nuestro Socio para la atención.

Nuestros proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen obligación alguna de tratar a los miembros de Bright Health, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura en busca de más información, incluido el gasto compartido que aplica a nuestros servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 844-667-5502 (TTY: 711) para obtener más información.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 844-667- 5502.

Comprenda los beneficios

- Repase la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para esos servicios en los que ve regularmente a un médico. Visite www.brighthealthplan.com/medicare o llame al 844-667-5502 para ver una copia de la EOC.
- Repase el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con los cuales se atiende actualmente estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Repase el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus recetas.

Comprenda las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima por Medicare Parte B. Generalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1° de enero de cada año.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). No obstante, si bien pagaremos por los servicios cubiertos brindados por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar atenderlo. Salvo en una emergencia o situaciones de urgencia, los proveedores sin contrato pueden negarse a atenderlo. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de parte de proveedores sin contrato.



Aviso de no discriminación y asistencia con comunicación

Bright Health no excluye, niega beneficios ni discrimina a ningún individuo debido a su edad, sexo, raza, color, nacionalidad de origen o discapacidad. "Bright Health" significa planes de Bright Health y sus afiliadas, que se enumeran a continuación.

Asistencia para idiomas y formatos alternativos:

Hay asistencia disponible *sin costo alguno* para ayudarlo a que se comunique con nosotros. Estos servicios incluyen, entre otros:

- intérpretes para idiomas distintos al inglés;
- información por escrito en formatos alternativos como letra grande; y
- asistencia para leer los sitios web de Bright Health.

Para solicitar ayuda con estos servicios, llame al (844) 606-4633.

Si cree que no hemos podido brindarle asistencia para idiomas o formatos alternativos, o si ha sido discriminado debido a su edad, sexo, raza, color, nacionalidad de origen o discapacidad, puede enviar su reclamo a:

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

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

- **En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo:** Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda con su reclamo, llame al (844) 202-2154.

"Bright Health" significa Bright Health Insurance Company of Alabama, Inc; Bright Health Company of Arizona; Bright Health Insurance Company; Bright Health Insurance Company of Tennessee; Bright Health Insurance Company of Ohio, Inc.; Bright Health Insurance Company of New York.

Sección 1557 / Encarte de múltiples idiomas

Esta información está disponible en otros formatos, como letra grande. Para solicitar otro formato, llame al (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 | אויפמערקאזמקיט: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, זענען פאראן פאר איר. 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 | DÍI BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí bee yánílti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jüik'eh, ná hóló. Kojí' hódíílnih (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. |

Para obtener más información, llame a Bright Health:

844-667-5502 8 a. m. - 8 p. m. hora local

los 7 días de la semana, del

1° de octubre al 31 de marzo,

lunes-viernes, del 1° de abril

al 30 de septiembre, TTY:

711.

o

Visite: www.brighthealthplan.com/medicare.

Encuentre el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario (lista de medicamentos) de Bright Health en www.brighthealthplan.com/medicare.