



# **Resumen de beneficios 2020**

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

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

## **Bienvenido a Bright Health.**

Adjunto encontrarás nuestro resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por los planes Bright Advantage Choice (HMO-POS) y Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020 para el condado Maricopa.

Recuerda que este es un *resumen* de lo que está cubierto y lo que pagarías por esos beneficios y servicios. Para obtener una lista completa de cobertura, incluidas limitaciones y exclusiones, consulta nuestra *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage, "EOC"). Puedes encontrar una EOC en línea en [www.brighthouseplan.com/medicare](http://www.brighthouseplan.com/medicare) o puedes pedir que se te envíe una copia impresa por correo llamándonos al 844-679-2028, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### **Diseñamos nuestros planes de una manera un poco diferente.**

Creemos que el seguro de salud y la atención médica funcionan mejor en conjunto. Es por ello que diseñamos nuestros planes de salud desde cero, con Socios para la atención cuidadosamente seleccionados como Arizona Care Network. Nuestra alianza con Arizona Care Network significa que tú te beneficias de un sistema de atención conectado, que coloca tus necesidades de atención médica en el centro. Con una red de médicos cuidadosamente seleccionados, trabajando juntos para tu beneficio, puedes concentrarte en vivir tu mejor vida.

### **Esta es la atención médica que gira en torno a ti.**

Cuando tu plan de salud y tus proveedores de atención médica trabajan juntos, siempre estarás en el centro, pero nunca atrapado en el medio. Nos enorgullecemos de nuestros planes Medicare Advantage y sabemos que a ti también te encantarán. Pero también creemos que es importante que te inscribas en el plan de salud que sea adecuado para ti. Echa un vistazo y llámanos si tienes alguna duda.

Deseamos ayudarte a vivir tu 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 tus costos bajos, es importante que recibas la atención de un proveedor dentro de la red.** En la mayoría de los casos, si eliges recibir atención fuera de la red del plan, es posible que debas pagar más por el costo del servicio. Sin embargo, si necesitas servicios de emergencia fuera de la red, servicios necesarios urgentes o servicios de diálisis fuera de la red, entonces te cubriremos.

Para buscar un proveedor de la red cerca de ti, visita nuestro sitio web [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare) o llama a Bright Health at 844-679-2028.

### ¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por un plan de salud. Para asegurarte de que tus medicamentos están incluidos en los formularios de Bright Advantage Choice (HMO-POS) y Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS), puedes buscar y descargar nuestro formulario en línea en [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare). O puedes llamar a Bright Health al 844-679-2028 para hablar sobre tus medicamentos. Ten en cuenta que el formulario está sujeto a modificaciones y siempre puedes encontrar la lista más actualizada de medicamentos en nuestro sitio web.

Para obtener más información o si tienes alguna pregunta, llámanos.



844-679-2028, los usuarios de TTY deben llamar al 711  
de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de  
marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre  
[www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare)

Si deseas saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busca en tu manual vigente de *Medicare y Tú*. Puedes verlo en línea en [Medicare.gov](http://Medicare.gov) o puedes recibir una copia con solo llamar 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.

**Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Bright Advantage Choice (HMO-POS) y Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS), del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.**

Los planes de Bright Health son planes HMO y PPO con un contrato con Medicare. El plan D-SNP de Bright Health Nueva York es un plan HMO con contrato de Medicare y con un Acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. Nuestros planes son emitidos a través de Bright Health Insurance Company o una de sus afiliadas. Bright Health Insurance Company es una compañía de Colorado Life and Health que emite productos de indemnización, como los planes EPO ofrecidos a través de Medicare Advantage. Un EPO es un plan de una organización de proveedores exclusivos que puede estar registrado en una licencia HMO en algunos estados y en una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, como Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Ponte en contacto con nosotros al 844-679-2028 para obtener más información (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puedes visitar el sitio web [www.brighthouseplan.com/medicare](http://www.brighthouseplan.com/medicare).

Para afiliarte a Bright Advantage Choice (HMO-POS), debes tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Bright Advantage Choice (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puedes encontrar en nuestro sitio web [www.brighthouseplan.com/medicare](http://www.brighthouseplan.com/medicare). Si utilizas proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

## Primas y beneficios

	Bright Advantage Choice (HMO-POS)	Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	\$54
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Monto máximo de desembolso directo</b>	Dentro de la red: \$4500*	Dentro de la red: \$3400*

## Beneficios

	Bright Advantage Choice (HMO-POS)	Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internos</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por día para los días 1 al 7 y \$0 de copago por día para los días 8 al 90 \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$170 de copago por día para los días 1 al 5 y \$0 de copago por día para los días 6 al 90 \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$275 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$275 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$225 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$225 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
<b>Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio</b>	<b>Dentro de la red</b> \$225 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$150 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
<b>Consultas médicas</b>		
Proveedores de atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> 30 % de coseguro
Especialistas	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago  <b>Fuera de la red</b> 30 % de coseguro
Examen físico de rutina anual	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
<b>Cuidados preventivos (por ejemplo, vacunas contra la influenza, exámenes de detección de diabetes)</b>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para la detección de aneurisma de la aorta abdominal</li> <li>• Asesoría para el abuso de alcohol</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Examen para la detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Examen cardiovascular (colesterol, lípidos, triglicéridos)</li> <li>• Examen para la detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Examen para la detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Evaluación para la detección de la depresión</li> </ul>	

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para la detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>• Prueba de glaucoma</li> <li>• Examen para la detección de hepatitis C</li> <li>• Examen para la detección del VIH</li> <li>• Examen para la detección del cáncer de pulmón</li> <li>• Servicios de terapia médica nutricional</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Examen para la detección de la obesidad y asesoría</li> <li>• Exámenes para la detección del cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Examen para la detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría</li> <li>• Asesoría para abandonar el consumo de tabaco (asesoría para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluyendo vacunas contra la influenza, hepatitis B, antineumocócicas</li> <li>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> </ul>	
<b>Atención de emergencia</b>	\$90 de copago El copago se anula si eres admitido en un hospital en el transcurso de 24 horas.	\$120 de copago El copago se anula si eres admitido en un hospital en el transcurso de 24 horas.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$30 de copago Los costos compartidos por servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red son iguales a los costos por dichos servicios prestados dentro de la red.	\$30 de copago Los costos compartidos por servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red son iguales a los costos por dichos servicios prestados dentro de la red.
<b>Servicios diagnósticos/de laboratorio/por imágenes</b>  Pruebas y procedimientos diagnósticos	<b>Dentro de la red</b> \$200 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$125 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
Servicios de laboratorio	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago  <b>Fuera de la red</b> 30 % de coseguro
Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, IRM, TAC)	<b>Dentro de la red</b> \$35 a \$200 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$25 a \$125 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Radiografías a pacientes externos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> 30 % de coseguro
<b>Servicios para la audición</b>		
Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Examen de audición de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Evaluaciones de adaptación para prótesis auditiva	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año  <b>Fuera de la red</b> No cubierto



	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
Prótesis auditivas	Asignación de hasta \$750 para ambos oídos combinada cada año para prótesis auditivas.	Asignación de hasta \$750 para ambos oídos combinada cada año para prótesis auditivas.
<b>Servicios dentales</b>  Servicios dentales cubiertos por Medicare  Beneficio dental máximo anual <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales</li> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Tratamiento de flúor</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 exámenes bucales cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 limpiezas cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 tratamiento de flúor cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 exámenes bucales cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 limpiezas cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 tratamiento de flúor cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
• Radiografías dentales	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 radiografías	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 2 radiografías
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
• Servicios que no son de rutina	<b>Dentro de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> El copago puede variar
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
• Servicios diagnósticos	<b>Dentro de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
• Servicios de restauración	<b>Dentro de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> El copago puede variar
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
• Periodoncia	<b>Dentro de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> El copago puede variar
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
• Endodoncia	<b>Dentro de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> El copago puede variar
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Extracciones</li> <li>Prostodoncia, otra cirugía maxilofacial/bucal, otros servicios</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales</p>	<p><b>Dentro de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p>\$17 de prima mensual</p> <p>Los copagos pueden variar según el servicio. Por favor consulta tu Evidencia de Cobertura para conocer los detalles.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> El copago puede variar</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> El copago puede variar</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p>Estos beneficios ya están incluidos en tu plan.</p>
<p><b>Servicios para la visión</b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos</p> <p>Examen ocular de rutina</p> <p>Gafas después de cirugía de cataratas</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Limitado a 1 visita cada año</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
Lentes de contacto	<p><b>Dentro de la red</b>            Disponible una vez cada dos años calendario. Los lentes de contacto son en lugar de las gafas. Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) copago máximo de \$60. Asignación de \$130 para lentes de contacto con receta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b>            Disponible una vez cada dos años calendario. Los lentes de contacto son en lugar de las gafas. Examen para lentes de contacto (adaptación y evaluación) copago máximo de \$60. Asignación de \$130 para lentes de contacto con receta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>
Gafas (lentes y marcos)	<p><b>Dentro de la red</b>            Disponible una vez cada dos años calendario.</p> <p>\$25 de copago.            La cobertura incluye lentes monofocales, bifocales divididos, trifocales divididos, lentes lenticulares y una asignación de \$130 para un marco.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b>            Disponible una vez cada dos años calendario. \$25 de copago. La cobertura incluye lentes monofocales bifocales divididos, trifocales divididos, lentes lenticulares y una asignación de \$130 para un marco.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Visita a terapia grupal para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b>            \$10 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b>            \$10 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>
Visita a terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b>            \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b>            \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b>            No cubierto</p>

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
Visita para pacientes hospitalizados	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por día para los días 1 al 7 y \$0 de copago por día para los días 8 al 90 \$0 de copago por 60 días de reserva vitalicia adicionales.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$170 de copago por día para los días 1 al 5 y \$0 de copago por día para los días 6 al 90 \$0 de copago por 60 días de reserva vitalicia adicionales.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por día para los días 1 al 20 y \$178 de copago por día para los días 21 al 100</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago por día para los días 1 al 20 y \$178 de copago por día para los días 21 al 100</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>
<b>Terapia física</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>
<b>Servicios de ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	\$225 de copago	\$200 de copago
Ambulancia aérea	20 % de coseguro	20 % de coseguro
<b>Transporte (rutina adicional)</b>	No cubierto	No cubierto
<b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b>		
Medicamentos para quimioterapia	<p><b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto</p>

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto

### Beneficios adicionales

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
<b>Membresía de acondicionamiento físico y en club de salud</b>	\$0 de copago en lugares participantes	\$0 de copago en lugares participantes
<b>Equipo y suministros médicos</b>		
Suministros para monitoreo de la diabetes	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
Equipo médico duradero	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
Prótesis	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20 % de coseguro
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
Zapatos terapéuticos y plantillas	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto

	<b>Bright Advantage Choice (HMO-POS)</b>	<b>Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)</b>
<b>Tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC)</b>	No cubierto	Asignación de \$30 cada tres meses para utilizarse para la compra de productos OTC para la salud y el bienestar.
<b>Servicios de podología</b> Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo del pie de martillo o espolones del talón).</li> <li>• Cuidado de rutina del pie para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul>	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto

\*Los medicamentos recetados de la Parte B y los beneficios suplementarios opcionales no se aplican al máximo anual de desembolso directo.

Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Consulta tu *Evidencia de Cobertura* para obtener detalles.

## Beneficios de medicamentos recetados

La tabla a continuación resume tus gastos. El nivel en el que se encuentran tus medicamentos determinará cuánto deberás 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)
<b>Etapa 1: Deducible anual para recetas</b>		
<b>Deducible</b>	\$50 para medicamentos recetados del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de la Parte D. Para todos los demás medicamentos, no tienes que pagar ningún deducible y comenzarás a recibir cobertura de inmediato.	Este plan no tiene deducible para medicamentos de la Parte D, esta etapa de pago no aplica.
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pagas tu deducible, si procede)</b>		
<b>Costos compartidos estándar en tiendas minoristas (suministro para 30 días/90 días)</b>		
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$2/\$4 de copago	\$0/\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	\$8/\$16 de copago	\$8/\$16 de copago
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	\$47/\$94 de copago	\$47/\$94 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	\$100/\$200 de copago	\$100/\$200 de copago
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)	32 % de coseguro/No disponible	33 % de coseguro/No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de cuidados seleccionados)	\$0/\$0 de copago	\$0/\$0 de copago
<b>Costos compartidos estándar de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)</b>		
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$4 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	\$16 de copago	\$16 de copago



Cobertura de medicamentos recetados	Bright Advantage Choice (HMO-POS)	Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	\$94 de copago	\$94 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	\$200 de copago	\$200 de copago
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)	No disponible	No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de cuidados seleccionados)	\$0 de copago	\$0 de copago

### Etapa 3: Período sin cobertura

Una vez que tu costo anual en medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que tú has pagado) alcanza los \$4020, tú no pagarás más del 25 % de coseguro para medicamentos genéricos o del 25 % de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la brecha de cobertura.

### Etapa 4: Cobertura catastrófica

Una vez que los costos anuales de desembolso directo (incluidos medicamentos comprados en tu farmacia minorista o pedidos por correo) alcanzan los \$6350, pagas lo que sea más alto entre:

- 5 % de coseguro o
- Copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.

El costo compartido puede diferir en función del punto de servicio (pedido por correo, venta minorista, cuidado a largo plazo [LTC]), de la infusión en el hogar, de si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o de si la receta es un suministro a corto plazo (30 días) o a largo plazo (suministro de 90 días).

### Centros de atención a largo plazo

Si eres residente en un centro de atención a largo plazo, pagas los mismos copagos y coseguros por un suministro para 31 días que por un suministro para 30 días en una farmacia minorista.

### Ayuda adicional

Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para una ayuda extra para pagar por los gastos de sus medicamentos recetados. Si reúnes los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los gastos de tus 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 tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comunícate con tu oficina del Seguro Social o llama al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puedes pedir ayuda adicional en línea en <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>.

Si calificas para ayuda adicional con tus gastos de cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará parte o toda la prima de tu plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, nosotros te enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra.

### **Información de beneficios adicionales Bright**

Para recibir más información sobre cualquiera de tus beneficios, llámanos al 844-679-2028, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen obligación alguna de tratar a los afiliados de Bright Advantage Choice (HMO-POS) excepto en situaciones de emergencia. Llama a nuestro número de servicios para afiliados o consulta tu Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que aplican para proveedores fuera de la red.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprendas completamente nuestros beneficios y reglas. Si tienes alguna pregunta, puedes llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 844-679-2028.

### Comprende los beneficios

- Repasa la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para los servicios en los que ves regularmente a un médico. Visita [www.brighthouseplan.com/medicare](http://www.brighthouseplan.com/medicare) o llama al 844-679-2028 para ver una copia de la EOC.
- Repasa el directorio de proveedores (o pregunta a tu médico) para asegurarte de que los médicos que te atienden actualmente estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que tendrás que seleccionar un médico nuevo.
- Repasa el directorio de farmacias para asegurarte de que la farmacia que usas para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que debas seleccionar una farmacia nueva para tus recetas.

### Comprende las reglas importantes

- Además de la prima mensual de tu plan, debes seguir pagando tu prima por Medicare Parte B. Generalmente, esta prima se deduce de tu cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden variar a partir del 1 de enero de 2021.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencias, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en la lista en el directorio de proveedores).
- Nuestro plan te permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). No obstante, si bien pagaremos por los servicios cubiertos ofrecidos por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar atenderte. Excepto en una emergencia o en situaciones de urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagarás un copago más alto por los servicios recibidos de parte de proveedores sin contrato.

## **Aviso de no discriminación y asistencia para la comunicación**

Bright Health no excluye, niega beneficios ni discrimina a ninguna persona por cuestiones de sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad. "Bright Health" significa planes de Bright Health y sus afiliadas, que se enumeran a continuación.

### **Asistencia lingüística y formatos alternativos:**

Hay asistencia disponible *sin costo* para ayudarte a que te comuniques 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, llama al (844) 606-4633.

Si crees que no hemos podido proporcionar asistencia en el idioma o formatos alternativos, o si fuiste discriminado por tu sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puedes enviar una queja a:

Bright Health Civil Rights Coordinator  
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943  
Teléfono: (844) 202-2154  
Correo electrónico: OAG@brighthouseplan.com

También puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

- **En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Teléfono:** sin costo **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesitas ayuda con tu reclamo, llama al (844) 202-2154.

**Sección 1557 / Encarte de múltiples idiomas**

Esta información está disponible en otros formatos, como letra grande.

Para solicitar otro formato, llama 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 hablas español, hay servicios de asistencia de idiomas sin costo disponibles para ti. Llama 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. Chiama il numero (844) 606-4633.
Yiddish	אויפמערקאזמקייט: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אָפּצאָל, זענען פאראן פאר אייך. (844) 606-4633 רופט.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, আপনার জন্য উন্মুক্ত 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 yánílti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, ná hóló. Kojì' 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	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.

Kru/Bassa

YI LE: I balè u mpot Ngissi, bot ba ñhola ni kobol mahop, ngui nsaawogui wo, bayé ha i nyuu yoñ.  
Sebel nsinga. Sebel nsinga (844) 606-4633

Serbo-Croatian

PAŽNJA: Ako govorite engleski, dostupne su vam besplatne usluge za jezičnu pomoć. Pozovite  
(844) 606-4633

Cherokee

ᏄᏗᏗᏗᏗ: ᏄᏗᏗᏗᏗ ᏄᏗ, ᏄᏗᏗᏗᏗ ᏄᏗᏗᏗᏗ ᏄᏗᏗᏗᏗ, Ꮔ ᏄᏗᏗᏗ ᏄᏗᏗᏗ ᏄᏗ ᏄᏗᏗᏗ,  
ᏄᏗ ᏄᏗᏗᏗᏗᏗᏗᏗᏗ. ᏄᏗᏗᏗ (844) 606-4633

Burmese

သတိပြုရန်- အကယ်၍ သင်သည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားပြောသူ ဖြစ်ပါက အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ  
ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ပါသည်။ (844) 606-4633 သို့ ခေါ်ဆိုပါ

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.  
(844) 606-4633 પર કોલ કરો.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप अंग्रेज़ी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
(844) 606-4633 पर कॉल करें

Hmong

LUS TSEEM CEEB: Yog koj hais lus As Kiv, muaj kev pab cuam fab lus pab dawb rau koj. Hu rau tus xov  
tooj (844) 606-4633

Karen

တိန်နိန်/-/နမ့်ကတိအဲကလံးကျိန်နိန်./ကျိတ်တိတိစါမါစါတိမါစါတဖ်အိန်လါနဂီ./လါနမါနုအီသုလါအကလိန်နိလီ./ကိး/  
(844) 606-4633

Khmer-Combodian

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស យើងមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។  
សូមទូរស័ព្ទមក (844) 606-4633

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईं अङ्ग्रेजी भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंको लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्।  
(844) 606-4633 मा कल गर्नुहोस्







Para obtener más información, llama a Bright Health:

844-679-2028

de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre; los usuarios de TTY deben llamar al 711

O bien

En Internet ve a: [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare)

Encuentra el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario (lista de medicamentos) de Bright Health en [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare).