



# **Resumen de beneficios para 2021**

**Bright Advantage Part B Savings (PPO)**

**H3281-005**

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

## SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “**Evidencia de cobertura**”. También puede ver la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

### Usted tiene opciones en cuanto a cómo recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de tarifa por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare (como **Bright Advantage Part B Savings (PPO)**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que **Bright Advantage Part B Savings (PPO)** cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes sus resúmenes de beneficios. O bien use el buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y usted**” actual. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga 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.

### Secciones de este documento

- Cosas que debe saber sobre **Bright Advantage Part B Savings (PPO)**
- Prima mensual, deducible y límites para cuánto paga por servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios complementarios opcionales

### Cosas que debe saber sobre Bright Advantage Part B Savings (PPO)

#### Horarios e información de contacto

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, excepto los feriados nacionales.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados nacionales.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-844-221-7736, TTY: 711.

- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-844-221-7736, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Bright Advantage Part B Savings (PPO)**, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los Estados Unidos. Nuestra área de servicio incluye este condado en Florida: Palm Beach.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias tengo disponibles?

**Bright Advantage Part B Savings (PPO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si elige los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Por lo general, debe elegir farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>).

### ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este documento.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos que su proveedor administra.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y toda restricción en nuestro sitio web, <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

### ¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Deberá utilizar el formulario para ver en qué nivel está su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos de las etapas de beneficios que existen: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en caso de catástrofe.

**Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Bright Health.**

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

### PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES PARA CUÁNTO PAGA POR SERVICIOS CUBIERTOS

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0
<b>Reembolso de la prima mensual de la Parte B</b>	\$80
<b>Deducible</b>	Deducible médico: \$0
<b>Responsabilidad máxima de bolsillo</b>	<p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$5,500 para servicios que reciba de proveedores dentro de la red.</li><li>• \$10,000 para servicios que reciba de proveedores dentro y fuera de la red combinados.</li></ul> <p>Si alcanza el límite de costos de bolsillo, sigue recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que deberá seguir pagando sus primas mensuales y costos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D.</p>

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Días 1 al 7: copago de \$240 por día, por cada ingreso. Días 8 al 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 40 % cada día por atención hospitalaria cubierta por Medicare. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$250.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.</p>

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

<b>Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: copago de \$275.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Consultas al médico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con el médico de atención primaria: copago de \$0. Consulta con un especialista: copago de \$30.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Consulta con el médico de atención primaria: copago de \$0. Consulta con un especialista: copago de \$50. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Atención preventiva</b> <i>(por ejemplo, vacuna antigripal, pruebas de detección de diabetes)</i>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted no paga nada por ningún servicio preventivo cubierto por Original Medicare sin costo compartido. Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 40 % por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$90 por consulta. Si ingresa al hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Cobertura de emergencia a nivel mundial: copago de \$90.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>Copago de \$65 por consulta.</p>
<b>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ imágenes</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$250. Servicios de laboratorio: copago de \$10.</p>

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

### Bright Advantage Part B Savings (PPO) H3281-005

	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía axial computarizada): copago de \$35 a \$250.</p> <p>Radiografías: copago de \$35.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: coseguro del 40 %.</p> <p>Servicios de laboratorio: coseguro del 40 %.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía axial computarizada): coseguro del 40 %.</p> <p>Radiografías: coseguro del 40 %.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): coseguro del 40 %.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Servicios de audición</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: copago de \$0.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta una consulta al año): copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: coseguro del 40 %.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta una consulta al año): coseguro del 40 %.</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Cubiertos por Medicare: copago de \$0.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen de la boca (hasta dos consultas al año): copago de \$0.</li><li>• Limpieza (hasta dos consultas al año): copago de \$0.</li><li>• Tratamiento con fluoruro (hasta una consulta al año): copago de \$0.</li><li>• Radiografías dentales (hasta dos consultas al año): copago de \$0.</li><li>• Beneficio dental máximo anual: \$1,500 al año.</li></ul>

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Cubierto por Medicare: coseguro del 40 %.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes de la boca (hasta dos consultas al año): coseguro del 30 %.</li><li>• Limpieza (hasta dos consultas al año): coseguro del 30 %.</li><li>• Tratamiento con fluoruro (hasta una consulta al año): coseguro del 30 %.</li><li>• Radiografías dentales (hasta dos consultas al año): coseguro del 30 %.</li></ul> <p>También ofrecemos beneficios complementarios opcionales para mejorar su beneficio dental por una prima adicional. Para obtener más información, consulte la sección Beneficios complementarios opcionales.</p>
<b>Servicios de la vista</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una prueba de detección de glaucoma al año): copago de \$0.</p> <p>Examen de los ojos de rutina (hasta una consulta al año): copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una prueba de detección de glaucoma al año): coseguro del 40 %.</p> <p>Examen de los ojos de rutina (hasta una consulta al año): coseguro del 40 %.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: coseguro del 40 %.</p> <p>También ofrecemos beneficios complementarios opcionales para mejorar su beneficio de la vista por una prima adicional. Para obtener más información, consulte la sección Beneficios complementarios opcionales.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

**SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS**

Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

<b>Atención de la salud mental</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$40. Consulta de terapia individual: copago de \$40. Atención de la salud mental para pacientes internados: Días 1 al 7: copago de \$240 por día, por cada ingreso. Días 8 al 90: copago de \$0 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: coseguro del 40 %. Consulta de terapia individual: coseguro del 40 %. Atención de la salud mental para pacientes internados: coseguro del 40 % cada día por atención hospitalaria cubierta por Medicare. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Días 1 al 20: copago de \$0 por día. Días 21 al 100: copago de \$178 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 40 % cada día por los días 1 al 100. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia ocupacional: copago de \$0. Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje: copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia ocupacional: coseguro del 40 %. Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje: coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$200. Ambulancia aérea: coseguro del 20 %.</p>



**SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS**Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$200. Ambulancia aérea: coseguro del 20 %. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Transporte</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: coseguro del 20 %. Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: coseguro del 40 %. Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.</p>
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
<b>Membresía para gimnasios y acondicionamiento físico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 en centros participantes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>
<b>Equipo y suministros médicos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.</p>

**SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS**Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

<b>Asignación para artículos de venta libre (OTC)</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Sin cobertura. <b><u>Fuera de la red:</u></b> Sin cobertura.
<b>Servicios de podiatría</b> Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).</li></ul> <b>Atención del pie de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas en las extremidades inferiores.</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$0. <b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 40 %. Puede requerir autorización previa.
<b>Servicios de telesalud</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$0. <b><u>Fuera de la red:</u></b> Sin cobertura.
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
<b>Deducible</b>	Deducible de medicamentos con receta: \$0
<b>Cobertura inicial</b>	Usted paga lo siguiente hasta que su total anual de costos de medicamentos alcance los \$4,130. El total anual de costos de medicamentos son los costos de medicamentos que paga tanto usted como nuestro plan de la Parte D.

**Costo compartido minorista estándar**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 33 %	No aplicable
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0

**Pedido por correo estándar**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

### Bright Advantage Part B Savings (PPO) H3281-005

	<table border="1"><tr><td>Nivel 5 (nivel de especialidad)</td><td>Coseguro del 33 %</td><td>No aplicable</td></tr><tr><td>Nivel 6 (medicamentos para atención específica)</td><td>Copago de \$0</td><td>Copago de \$0</td></tr></table>	Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 33 %	No aplicable	Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 33 %	No aplicable					
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0					
	<p>El costo compartido puede variar según el tipo o la categoría de la farmacia (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (LTC), infusión en el hogar), o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 90 días).</p> <p>Llámenos o consulte la “<b>Evidencia de cobertura</b>” del plan en nuestro sitio web (<a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">https://brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>						
<b>Período sin cobertura</b>	<p>El período sin cobertura comienza después de que el total anual de costos de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$4,130.</p> <p>Luego de que entra en el período sin cobertura, usted paga un 25 % del costo del plan para los medicamentos cubiertos de marca y un 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos suman \$6,550, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p><b>Nuestro plan cubre medicamentos para atención específica del Nivel 6 durante el período sin cobertura.</b></p> <p><b>Costo compartido minorista estándar</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 30 días</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nivel 6 (medicamentos para atención específica)</td><td>Copago de \$0</td></tr></tbody></table>	Nivel	Suministro para 30 días	Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0		
Nivel	Suministro para 30 días						
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0						
<b>Monto en caso de catástrofe</b>	<p>Luego de que los costos anuales de medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,550, usted paga el monto mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.</li></ul>						

**SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS**

Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 bien el 5 % del costo.</li></ul> |
|--|--|

**Beneficios complementarios opcionales  
Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005**

<b>Dental integral 002 a \$19 por mes</b>	<b>Dental</b>	<p>Dentro de la red: usted paga de un copago de \$0 a un coseguro del 50 % para todos los servicios cubiertos.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un coseguro del 30 al 75 % para todos los servicios cubiertos.</p> <p>Hay un beneficio máximo de \$1,500 para todos los servicios cubiertos dentro y fuera de la red combinados todos los años. Puede requerir autorización previa.</p>
---	---------------	---

**Beneficios complementarios opcionales  
Bright Advantage Part B Savings (PPO)  
H3281-005**

<b>Vista integral 002 a \$3.50 por mes</b>	<b>Vista</b>	<p>Usted paga un copago de \$25 por lentes básicos. Usted paga un copago de \$0 a \$60 por lentes de contacto. Tiene una asignación de \$130 cada dos años para anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
--	--------------	---

## **DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD**

Los planes de Bright Health son planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y organizaciones de proveedores preferidos (PPO) con un contrato con Medicare. El plan New York D-SNP de Bright Health es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Nuestros planes se ofrecen a través de Bright Health Insurance Company o una de sus empresas afiliadas. Bright Health Insurance Company es una empresa de seguros de vida y salud de Colorado que ofrece productos de indemnidad, incluidos los planes de organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) que se ofrecen a través de Medicare Advantage. Un EPO es un plan de organizaciones de proveedores exclusivos que puede suscribirse con una licencia de HMO en algunos estados y con una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, incluido Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-844-221-7736 (TTY 711).

### Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente aquellos servicios para los que consulta a un médico de forma rutinaria. Visite <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage> o llame al 1-844-221-7736 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que elige para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una farmacia nueva para obtener sus medicamentos con receta.

### Comprensión de normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor sin contrato, este debe aceptar tratarlo. Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores sin contrato pueden denegar la atención. Además, deberá pagar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores sin contrato.
- Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Bright Advantage Part B Savings (PPO), salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.





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

Bright Health no excluye ni niega beneficios o discrimina a ninguna persona con base en el sexo, la edad, la raza, el color, el origen nacional o una discapacidad. “Bright Health” significa planes de Bright Health y sus afiliados.

### **Asistencia de idiomas y formatos alternativos:**

La asistencia está disponible *sin costo* para ayudarle a comunicarse con nosotros. Los servicios incluyen, entre otros:

- intérpretes para idiomas distintos del inglés;
- información escrita en formatos alternativos, como impresa en letra grande; y
- asistencia con la lectura de sitios web de Bright Health.

Para pedir ayuda con estos servicios, llame al **1-844-222-6988**.

Si considera que no le proporcionamos asistencia en el idioma o formato alternativos, o que fue discriminado debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Bright Health Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 853943  
Richardson, TX 75085-3943  
Teléfono: **1-844-202-2154**  
Correo electrónico: [OAG@brighthouseplan.com](mailto:OAG@brighthouseplan.com)

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

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

Si necesita ayuda con su queja, llame al **1-844-202-2154**. Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la detección del problema.



## Asistencia de idiomas y formatos alternativos

Esta información está disponible en otros formatos, como impreso en letra grande. Para solicitar otro formato, llame al **1-844-222-6988**.

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-222-6988.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-222-6988.
Chinese (S)	注意：如果您使用的语言并非英语，则可获得免费的语言协助服务请拨打电话 1-844-222-6988。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية متاحة من أجلك، دون تكلفة. بالرقم 1-844-222-6988.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি ইংরাজী ব্যতীত অন্য কোনও ভাষায় কথা বলেন তাহলে ভাষা সহায়তা সংক্রান্ত পরিষেবাগুলি নিখরচায় আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-844-222-6988 নম্বরে কল করুন।
French	ATTENTION : Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez 1-844-222-6988.
German	ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, steht Ihnen eine kostenfreie fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie die 1-844-222-6988.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε το 1-844-222-6988.
Italian	ATTENZIONE: se parla una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero 1-844-222-6988.
Japanese	ご注意: 英語以外の言語を話される場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。1-844-222-6988 までお電話ください。
Korean	주의: 영어가 아닌 다른 언어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 연락하십시오 1-844-222-6988으로
Polish	UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer 1-844-222-6988.
Portuguese	ATENÇÃO: Se falar um idioma que não o inglês, estão disponíveis serviços gratuitos de assistência de idioma para si. Contacte o número 1-844-222-6988.
Russian	ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-844-222-6988.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng isang wika bukod sa Ingles, magagamit mo ang mga serbisyong tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-222-6988.
Urdu	دھیان دیں: اگر آپ انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولتے ہیں تو، آپ کے لئے زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-222-6988 پر کال کریں۔
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói một thứ tiếng nào khác ngoài tiếng Anh, bạn sẽ được cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi số 1-844-222-6988.



- Thai ข้อควรทราบ: หากคุณใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เรามีบริการความช่วยเหลือทางภาษาฟรี  
ดให้แก่คุณโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 1-844-222-6988.
- Turkish DİKKAT: İngilizce haricinde bir dil konuşuyorsanız, dil yardım hizmetlerinden ücretsiz  
olarak faydalanabilirsiniz. 1-844-222-6988 numaralı hattı arayın.
- Ukrainian УВАГА: якщо ви не розмовляєте англійською, то можете скористатися безкоштовними  
послугами мовної підтримки. Зателефонуйте за телефоном 1-844-222-6988.
- Yiddish אַכטונג: אויב איר רעדן אן אנדער שפראך ווי ענגליש, שפראך הילף באדינען, פֿרײַ פֿון צולאָזל, זײַנען פֿאַראַנען אָר אַרבעטן.  
1-844-222-6988 טעלעפֿאָן