



Resumen de Beneficios 2022

**Bright Advantage Embrace Choice Plan
(HMO C-SNP) H4853-017**

Arizona

Maricopa

Pima

Resumen de Beneficios 2022

BRIGHT ADVANTAGE EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP)

H4853-017

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Bright HealthCare es un plan de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios que se proporciona no indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, acceda a la "Evidencia de Cobertura" en Es.BrightHealthCare.com/Medicare.

Para unirse a **Bright Advantage Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)** usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y tener al menos una de las siguientes condiciones de salud crónicas: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca o enfermedad cardiovascular (por ejemplo, arritmia cardíaca o enfermedad de las arterias coronarias). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Maricopa y Pima.

Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y Usted**". Puede verlo en línea en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluyendo algunos feriados federales. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille, letras grandes o audio.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicio a Miembros de Bright HealthCare al 1-844-926-4520, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, y los 7 días de la semana entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, de 8 am a 8 pm o visite nuestro sitio web, en Es.BrightHealthCare.com/Medicare.

Los planes de Bright HealthCare son planes HMO y PPO con un contrato con Medicare. El plan D-SNP de New York de Bright HealthCare es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de New York. Nuestros planes son emitidos a través de Bright HealthCare Insurance Company o una de sus afiliadas. Bright HealthCare Insurance Company es una compañía de seguros de vida y salud de Colorado que emite productos de indemnización, incluidos los planes EPO ofrecidos a través de Medicare Advantage. Una EPO es un plan de 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, incluyendo Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
Pago mensual del plan	\$0	Debe seguir haciendo el pago mensual de su Parte B de Medicare. Su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda adicional.
Deducible	Sin deducible	
Responsabilidad máxima de gastos de desembolso personal (no incluye medicamentos con receta médica)	No más de \$0 anualmente	Incluye copagos y otros costos por servicios médicos por año. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	\$0 por estadía	Los servicios podrían requerir autorización y una referencia. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	Los servicios podrían requerir autorización y una referencia. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Centro de cirugía ambulatoria	\$0 de copago	Los servicios podrían requerir autorización y una referencia. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas 	\$0 de copago \$0 de copago	Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare. Los servicios podrían requerir autorización y una referencia.

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
<p>Atención preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc. • Examen anual de rutina 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que podrían tener un costo.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y una referencia.</p> <p>Los servicios no requieren una autorización ni una remisión.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>El copago se exime si tiene una admisión al hospital o readmisión a la ER dentro de las 72 horas.</p> <p>Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia en todo el mundo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia • Sala de emergencias • Transporte de emergencia 	<p>\$90 de copago</p>	<p>La cobertura está limitada a \$50,000.</p>
<p>Atención de urgencia</p>	<p>\$0 de copago</p>	
<p>Servicios diagnósticos/de laboratorio/por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Servicios de laboratorio • Prueba MRI, CAT <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Los servicios podrían requerir autorización y una referencia.</p> <p>Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>Copago máximo para MRI, CT y PET. Copago mínimo para ultrasonidos, otras imágenes generales, exploraciones de diagnóstico de DEXA y las mamografías de diagnóstico.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la audición de rutina • Evaluaciones y ajustes de audífonos • Audífono 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$149 por audífono para el modelo advanced</p>	<p>Un examen de la audición de rutina anualmente.</p> <p>Un ajuste de audífono anualmente.</p> <p>Usted recibe 2 audífonos cada 3 años.</p>

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos (por ejemplo, examen oral, radiografías, limpiezas) <p>Servicios dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de diagnóstico Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Extracciones Servicios de implantes, prostodoncia, cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios <ul style="list-style-type: none"> Servicios que no son de rutina 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>De \$0 a \$350 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para ver más detalles.</p> <p>La prostodoncia, otra cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios van de \$0 para la colocación quirúrgica del implante (implante endosteal) a \$350 para coronas apoyadas por implantes.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de los ojos Imágenes de la retina Anteojos (armazones) Lentes de anteojos <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> Mejoras 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Un examen por año.</p> <p>Un examen por año.</p> <p>\$175 de asignación para armazones.</p> <p>Para lentes estándar (incluye progresivos estándar).</p> <p>Asignación de \$175 en lugar de armazones para lentes de contacto cada año.</p> <p>Asignación de \$70 para mejora de lentes de policarbonato.</p> <p>Asignación de \$89.50 para mejora de lentes progresivos premium.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia individual para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Los servicios podrían requerir autorización y una referencia.</p> <p>Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.</p>

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 por estadía	Los servicios podrían requerir autorización y una referencia. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Fisioterapia	\$0 de copago	Los servicios podrían requerir autorización y una referencia. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.
Ambulancia (terrestre)	\$0 de copago por viaje	Los servicios pueden requerir autorización. Sus costos podrían ser mayores si su Medicaid no cubre los gastos compartidos de los servicios cubiertos de Medicare.
Transporte	\$0 de copago por viajes de ida o vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas	Los servicios pueden requerir autorización.
Medicamentos de la Parte B de Medicare <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B 	\$0 de copago \$0 de copago	Los servicios pueden requerir autorización. Sus costos podrían ser más altos si su Medicaid no cubre el costo compartido para servicios cubiertos de Medicare.

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Deducible de la Parte D	Sin deducible (su deducible podría ser mayor si no recibe Ayuda Adicional.)	
	Receta en farmacia minorista para un suministro para 30 días	Suministro para 100 días en farmacia de pedidos por correo
<p>Cobertura inicial Usted se encuentra en la etapa de Cobertura inicial hasta que alcance \$4,430 en costos de medicamentos (del año a la fecha).</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos Niveles 2 (Genéricos) a 5 (Nivel de especialidad)</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</p>	<p>\$0 de copago \$0 o \$1.35 para genéricos. \$0 o \$4 para medicamentos de marca. (Depende del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba).</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago \$0 o \$1.35 para genéricos. \$0 o \$4 para medicamentos de marca. (Depende del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba).</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Intervalo sin cobertura Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$7,050</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos Niveles 2 (Genéricos) a 5 (Nivel de especialidad)</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</p>	<p>\$0 de copago \$0 o \$1.35 para genéricos. \$0 o \$4 para medicamentos de marca. (Depende del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba).</p> <p>\$0 de copago</p>	
<p>Cobertura catastrófica</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>Según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba, \$0 de copago para todos los medicamentos cubiertos o \$3.95 de copago o el 5% (lo que cueste más) por medicamentos genéricos o un medicamento preferido de múltiples fuentes y \$9.85 de copago o el 5% (lo que cueste más) por todos los demás medicamentos.</p>	

El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y cuándo entre en una nueva fase del beneficio de la Parte D.

BENEFICIOS DE BIENESTAR	USTED PAGA/RECIBE	LO QUE DEBE SABER
Artículos de venta libre (OTC)	Hasta \$360 cada año	\$90 de crédito cada tres meses.
Subsidio para Comidas Saludables	Hasta \$120 por año para comidas saludables	Reciba un subsidio de \$10 mensuales para comprar comidas saludables en tiendas aprobadas.
Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura cubierta por Medicare • Acupuntura de rutina 	\$0 de copago \$0 de copago	<p>Los servicios podrían requerir autorización y una referencia.</p> <p>Para hasta 30 visitas cada año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.</p>
Servicios quiroprácticos <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica cubierta por Medicare • Atención quiropráctica de rutina 	\$0 de copago \$0 de copago	<p>Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.</p> <p>Para hasta 30 visitas cada año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.</p>
Esfingomanómetros	\$0 de copago	El esfingomanómetro se proporciona a los miembros que califican a través de nuestro programa de administración de atención.
Monitor continuo de glucosa (CGM)	\$0 de copago	Un monitor continuo de glucosa se proporciona a los miembros que califican a través de nuestro programa de administración de atención.
Balanzas	\$0 de copago	Una balanza se proporciona a los miembros que califican a través de nuestro programa de administración de atención.

BENEFICIOS DE BIENESTAR	USTED PAGA/RECIBE	LO QUE DEBE SABER
Membresía de gimnasio	\$0 de copago	La membresía al gimnasio de Silver&Fit está disponible sin costo alguno con acceso a instalaciones de acondicionamiento físico, o kits de Pasos a seguir en casa de Silver&Fit para los miembros que no pueden hacer ejercicio en una instalación de acondicionamiento físico o que prefieren hacer ejercicio en casa.
Línea de asesoramiento médico las 24 horas, los 7 días de la semana	\$0 de copago	Un médico está disponible sin costo para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana por web, aplicación móvil o teléfono al: 1-800-997-6196. Los médicos pueden diagnosticar y recetar medicamentos si es médicamente necesario.
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	\$0 de copago	Dispositivo móvil PERS con GPS y detección de caídas; supervisión 24/7/365.