



# Resumen de Beneficios 2022

**Bright Advantage Embrace Assist Plan  
(HMO C-SNP) H7853-015**

## **Colorado**

Adams  
Arapahoe  
Boulder  
Broomfield  
Denver  
Douglas  
El Paso  
Elbert  
Jefferson  
Summit  
Teller

# Resumen de Beneficios 2022

## BRIGHT ADVANTAGE EMBRACE ASSIST PLAN (HMO C-SNP)

H7853-015

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](https://Es.BrightHealthCare.com/Medicare).

Para unirse a **Bright Advantage Embrace Assist 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 Colorado: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Jefferson, Summit y Teller.

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](https://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
<b>Pago mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	Debe seguir haciendo el pago mensual de su Parte B de Medicare. Su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda adicional.
<b>Deducible</b>	<b>Sin deducible</b>	
<b>Responsabilidad máxima de gastos de desembolso personal</b> (no incluye medicamentos con receta médica)	<b>No más de \$3,200 anualmente</b>	Incluye copagos y otros costos por servicios médicos por año.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</b>	<b>\$250 de copago</b> por día por los días 1 a 5 <b>\$0 de copago</b> por día por los días 6 a 90	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	<b>De \$0 a \$150 de copago</b>	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles. Monto mínimo para mamografías de diagnóstico, exámenes de DEXA y colonoscopias. Monto máximo para todos los demás servicios.
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	<b>De \$0 a \$150 de copago</b>	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión. Monto mínimo para mamografías de diagnóstico, exámenes de DEXA y colonoscopias. Monto máximo para todos los demás servicios.
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proveedores de atención primaria</li><li>• Especialistas</li></ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>De \$0 a \$20 de copago</b>	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión. Copago mínimo para el endocrinólogo, copago máximo para todos los demás servicios de especialistas.
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.</li><li>• Examen anual de rutina</li></ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b>	Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que podrían tener un costo. Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión. Los servicios no requieren una autorización ni una remisión.

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
<b>Atención de emergencia</b>	<b>De \$0 a \$100 de copago</b>	El copago se exime si tiene una admisión al hospital o readmisión a la ER dentro de las 72 horas.
<b>Atención de emergencia en todo el mundo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencia</li> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Transporte de emergencia</li> </ul>	<b>\$100 de copago</b>	La cobertura está limitada a \$50,000.
<b>Atención de urgencia</b>	<b>\$0 de copago</b>	
<b>Servicios diagnósticos/de laboratorio/por imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Prueba MRI, CAT</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>De \$0 a \$150 de copago</b>	<p>Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.</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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul> <b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la audición de rutina</li> <li>• Evaluaciones y ajustes de audífonos</li> <li>• Audífono</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$149 por audífono</b> para el modelo advanced	<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><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales preventivos (por ejemplo, examen oral, radiografías, limpiezas)</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de diagnóstico</li> <li>Servicios de restauración</li> <li>Endodoncia</li> <li>Periodoncia</li> <li>Extracciones</li> <li>Servicios de implantes, prostodoncia, cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios</li> <li>Servicios que no son de rutina</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> <b>De \$25 a \$400 de copago</b></p> <p><b>De \$25 a \$720 de copago</b></p> <p><b>De \$0 a \$780 de copago</b></p> <p><b>De \$70 a \$140 de copago</b></p> <p><b>De \$0 a \$1,110 de copago</b></p> <p><b>De \$0 a \$300 de copago</b></p>	<p>Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para ver más detalles.</p> <p>Los servicios restaurativos van desde \$25 para corona provisional hasta \$400 para coronas de porcelana.</p> <p>La endodoncia va de \$25 para pulpotomía a \$720 para retratamiento del conducto radicular anterior.</p> <p>La periodoncia va de \$0 para la irrigación gingival a \$780 para la cirugía ósea.</p> <p>Las extracciones van de \$70 para diente primario a \$140 para diente erupcionado.</p> <p>La prostodoncia y otros servicios van de \$0 para colocación quirúrgica del implante (implante endosteal) a \$1,110 para retenedor apoyado en el pilar para coronas de porcelana/cerámica.</p> <p>Los servicios que no son de rutina van de \$0 para anestesia regional a \$300 para un protector contra oclusión.</p>
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina de los ojos</li> <li>Imágenes de la retina</li> <li>Anteojos (armazones)</li> <li>Lentes de anteojos</li> <li>Lentes de contacto</li> <li>Mejoras</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></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>

PAGOS MENSUALES Y BENEFICIOS	USTED PAGA	LO QUE DEBE SABER
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>20% del costo</b>  <b>\$10 de copago</b>	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<b>\$0 de copago</b> por día por los días 1 a 20 <b>\$185.50 de copago</b> por día por los días 21 a 100	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión. Basado en los costos compartidos de 2021. Es posible que estos montos cambien para 2022.
<b>Fisioterapia</b>	<b>\$10 de copago</b>	Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.
<b>Ambulancia (terrestre)</b>	<b>De \$0 a \$250 de copago por viaje</b>	Los servicios pueden requerir autorización. Copago mínimo para la transferencia de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red, copago máximo para todos los demás servicios de ambulancia.
<b>Transporte</b>	<b>\$0 de copago por 12 viajes de ida o vuelta cada año a lugares aprobados</b>	Los servicios podrían requerir una autorización.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<b>20% del costo</b>  <b>20% del costo</b>	Los servicios pueden requerir autorización.

## MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Deducible de la Parte D	Sin deducible o \$99 (niveles 2 a 5), según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba.	
	Receta en farmacia minorista para un suministro para 30 días	Suministro para 100 días en farmacia de pedidos por correo
<p><b>Cobertura inicial</b> 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><b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b> <b>Niveles 2 (Genéricos) a 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p><b>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b> <b>\$0, \$1.35, \$3.95 o 15% por medicamentos genéricos. \$0, \$4, \$9.85 o 15% por medicamentos de marca. (Depende del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba).</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b> <b>\$0, \$1.35, \$3.95 o 15% por medicamentos genéricos. \$0, \$4, \$9.85 o 15% por medicamentos de marca. (Depende del nivel de Ayuda Adicional que usted reciba).</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Intervalo sin cobertura</b> 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><b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b> <b>Niveles 2 (Genéricos) a 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p><b>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b> <b>\$0, \$1.35, \$3.95 o 15% por medicamentos genéricos. \$0, \$4, \$9.85 o 15% por medicamentos de marca.</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>	
<p><b>Cobertura catastrófica</b></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><b>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.</b></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
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	<b>Hasta \$300 por año</b>	\$75 de crédito, cada 3 meses
<b>Asignación para alimentos saludables</b>	<b>Hasta \$600 cada año para alimentos saludables</b>	Recibe una asignación mensual de \$50 para comprar alimentos integrales saludables en tiendas de comestibles aprobadas.
<b>Comidas y asesoramiento nutricional</b>	<b>Recibe 14 comidas cada semana durante 12 semanas consecutivas (168 comidas en total).</b>	<p>Los programas de comidas incluyen: diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), trastornos cardiovasculares, demencia, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, enfermedad renal e hipertensión.</p> <p>También incluye una consulta nutricional con un dietista registrado para desarrollar un plan de alimentación saludable.</p>
<b>Acupuntura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>• Acupuntura de rutina</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>	<p>Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.</p> <p>Para hasta 12 visitas cada año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.</p>
<b>Servicios quiroprácticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> <li>• Atención quiropráctica de rutina</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>	<p>Los servicios podrían requerir una autorización y una remisión.</p> <p>Para hasta 12 visitas cada año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.</p>
<b>Esfingomanómetros</b>	<b>\$0 de copago</b>	El esfingomanómetro 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
<b>Monitor continuo de glucosa (CGM)</b>	<b>\$0 de copago</b>	Un monitor continuo de glucosa se proporciona a los miembros que califican a través de nuestro programa de administración de atención.
<b>Balanzas</b>	<b>\$0 de copago</b>	Una balanza se proporciona a los miembros que califican a través de nuestro programa de administración de atención.
<b>Membresía de gimnasio</b>	<b>\$0 de copago</b>	La membresía al gimnasio de SilverSneakers está disponible sin costo alguno con acceso a instalaciones de acondicionamiento físico, o kits de Pasos a seguir en casa de SilverSneakers para los miembros que no pueden hacer ejercicio en una instalación de acondicionamiento físico o que prefieren hacer ejercicio en casa.
<b>Línea de asesoramiento médico las 24 horas, los 7 días de la semana</b>	<b>\$0 de copago</b>	Un médico está disponible sin costo para usted las 24 horas del día, 7 días a la semana por web, aplicación móvil o teléfono llamando al: 1-800-835-2362. Los médicos pueden diagnosticar y recetar medicamentos si es médicamente necesario.
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)</b>	<b>\$0 de copago</b>	Dispositivo móvil PERS con GPS y detección de caídas; supervisión 24/7/365.