

# 2021 Resumen de beneficios

## Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

### H1644, Plan 001

**Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Longevity Health Plan (HMO I-SNP) desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.**

Longevity Health Plan (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para obtener más información, llame al 1-866-224-9499, los usuarios de TTY, deben llamar al 711.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de 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, visite nuestro sitio web en [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com) o llame a Servicios para los miembros y solicite una *Evidencia de cobertura*.

#### **Para comunicarse con nuestros Representantes de servicios a los miembros:**

- Llame gratis al 1-866-224-9499, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Atendemos: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Gracias y en Navidad ), desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

#### **Para inscribirse en Longevity Health Plan (HMO I-SNP), es necesario que:**

- Reúna los requisitos para la Parte A de Medicare.
- Esté inscripto en la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio.
- Viva o se espera que viva en alguno de nuestros centros de cuidados participantes por más de 90 días. El *Directorio de proveedores* del plan tiene una lista de centros de cuidados participantes.

Para consultar esta lista, puede acceder a nuestro sitio web en [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar que le enviemos una.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Broward, Miami-Dade, Hillsborough, Orange, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, y Seminole.

Longevity Health Plan (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com). Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, existe la posibilidad de que el plan no pague estos servicios.

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible gratis en español.

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual **“Medicare & You”** (Medicare y Usted). Puede consultarlo en <https://www.medicare.gov> o llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes podrían ofrecer beneficios complementarios además de beneficios de la Parte C y beneficios de la Parte D.

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$30.80 Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0 deducible de la Parte B  Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2021. Estos son los montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. \$1,408 de deducible
<b>Monto máximo de costos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$6,700
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021. Estos son los montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. \$1,408 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$352 de copago diario del día 61 al 90; \$704 de copago diario del día 91 al 150 (días de reserva de por vida).  <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Cobertura hospitalaria como paciente externo</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Consultas médicas</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	\$0 de copago  \$0 de copago cuando los servicios se brindan en un centro de cuidados. 20% de coseguro cuando los servicios se brindan fuera del centro de cuidados. <i>La autorización previa solo se requiere para algunas cirugías y procedimientos de radiología.</i>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Cuidado preventivo</b>	Usted no paga nada.
<b>Atención de emergencia</b>	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	20% de coseguro hasta un máximo de \$65 El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b>  Pruebas de diagnóstico y procedimientos  Servicios de laboratorio  Servicios de diagnóstico por imagen (ej. resonancias magnéticas, MRI, tomografías computarizadas, CAT Scan)  Radiografías como paciente ambulatorio	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa si el procedimiento de diagnóstico se realiza en un consultorio médico y el miembro requiere sedación, anestesia, soluciones/medicamentos por vía intravenosa para realizar el procedimiento.</i>  \$0 de copago <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio suministrados en cualquier lugar de servicio.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se suministra en un centro de cuidados, consultorio médico u hospital.</i>
<b>Servicios auditivos</b>  Evaluación auditiva  <i>Beneficio complementario</i>  Exámenes auditivos de rutina, ajuste y evaluación para colocar audífonos.  Audífonos	20% de coseguro del costo por los servicios auditivos cubiertos por Medicare.   \$0 de copago para 1 examen auditivo de rutina, ajuste y evaluación para colocar audífonos por año.  Hasta \$1,650 de crédito para ambos oídos combinados cada dos años para audífonos. <i>Se requiere autorización previa para audífonos solamente.</i>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Servicios odontológicos</b> Odontología cubierta por Medicare	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Atención de la vista</b> Examen de la vista anual para retinopatía diabética <i>Beneficio complementario</i> Examen de la vista de rutina Anteojos, lentes, marcos, lentes de contacto	20% de coseguro para servicios cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina por año. Hasta \$325 de crédito combinado cada dos años para todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.
<b>Servicios de atención de la salud mental</b> Consultas como paciente hospitalizado  Consulta para terapia de grupo como paciente ambulatorio Consulta para terapia individual como paciente ambulatorio	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2021. Estos son los montos de costo compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. \$1,408 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$352 de copago diario del día 61 al 90; \$704 de copago diario del día 91 al 150 (días de reserva de por vida). <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</b>	\$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Período de beneficios de Medicare tradicional
<b>Fisioterapia</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de ambulancia</b> Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Transporte (de rutina adicional)</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Traslado de rutina hasta un máximo de 16 viajes por año.</p> <p>Se considera un viaje al traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, o transporte médico a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos para quimioterapia  Otros medicamentos de la Parte B	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Para quimioterapia, se requiere solo la aprobación inicial del medicamento.</i></p> <p>20% de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i></p>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	<p>20% de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<b>Terapias alternativas</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Sesiones personales de musicoterapia ofrecidas en el lugar con un musicoterapeuta certificado. Sesiones grupales de 50 minutos 2 o 3 veces por semana durante 6 semanas y repetidas dos veces por año por miembro. La musicoterapia también se ofrece a través de telesalud.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>
<b>Cuidado del pie (servicios de podiatría)</b> Examen y tratamiento del pie  <i>Beneficio complementario</i> Atención de rutina de los pies	<p>20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por 2 consultas de rutina de los pies por año.</p>
<b>Terapia ocupacional o terapia del habla</b>	\$0 de copago
<b>Medicamentos sin receta (Over-the-Counter Drugs, OTC)</b> <i>Beneficio complementario</i> Beneficio para productos sin receta	<p>Hasta \$200 cada tres meses. Los montos no se acumulan de mes a mes. El beneficio de OTC se puede usar para comprar productos del Catálogo OTC de Longevity.</p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Beneficio de acompañamiento para necesidad social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de salud conductual</li> <li>• Demencia</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El Beneficio de acompañamiento para necesidad social se centra en brindar compañía como apoyo a los miembros en casos de salud conductual y demencia hasta que comienza el plan de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible por medio de telesalud.</p> <p>Límite de 144 horas por año.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>
<b>Tai Chi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de salud conductual</li> <li>• Dolor crónico documentado</li> <li>• Demencia</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>Sesiones semanales de Tai Chi y yoga en silla en grupos pequeños ofrecidas en el centro de cuidados. Tai Chi es un arte marcial chino ancestral que incorpora traslado de peso, rotación corporal y ejercicios de media sentadilla con técnicas de respiración profunda. Este beneficio está disponible por medio de telesalud.</p> <p>Se limita a 72 consulta(s) por año.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>

	Longevity Health Plan (HMO I-SNP)	
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$445 para todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
Costo compartido para medicamentos cubiertos	25% de coseguro	25% de coseguro
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,130, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
Cobertura para situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$6,550, usted pagará la mayor cantidad de: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% de coseguro, o bien,</li><li>• \$3.70 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago para todos los demás medicamentos.</li></ul>	

El costo compartido puede variar dependiendo del punto de servicio (minorista, Centro de atención a largo plazo [Long Term care, LTC]), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si el medicamento con receta es de corto plazo (suministro de 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).



# Lista de verificación previa a la inscripción

## Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Entendiendo los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios para los que usted consulta regularmente a un médico. Visite [LongevityHealthPlan.com](http://LongevityHealthPlan.com) o llame al 1-866-224-9499 (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 que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar una nueva doctor.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Entender las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se retira de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y / o los copagos / coseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2022.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores)).
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) de atención a largo plazo, un centro de enfermería de LTC (NF), un SNF / NF, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF / IDD) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que su condición hace probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel institucional de atención sean de al menos 90 días.

Longevity Health Plan of Florida, Inc. es un plan HMO I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Longevity Health Plan of Florida, Inc. depende de la renovación del contrato. Longevity Health Plan of Florida, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.