

# 2022 Resumen de beneficios

## Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

### H8457, 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 2022 al 31 de diciembre de 2022.**

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 1-888-885-7337, 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:**

- Atendemos: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Thanksgiving 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.
- -y- esté inscrito en la Parte B de Medicare.
- -y- viva en nuestra área de servicio.
- -y- vive 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 Nueva York (New York): Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, Suffolk, y Westchester.

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 Medicare Original, 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>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$36.60 Usted 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 Medicare Original de 2022 para consultas para pacientes hospitalizados o consultas para pacientes hospitalizados de salud mental. \$1,556 de deducible
<b>Monto máximo de costos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</b>	\$6,700
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga los montos de costo compartido de Medicare Original de 2022. \$1,556 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$389 de copago diario del día 61 al 90; \$778 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; sin embargo, cualquier tomografía computarizada de emergencia realizada u ordenada por una enfermera practicante de Longevity o un proveedor participante o contratado no requiere autorización previa.</i>          20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa; sin embargo, cualquier tomografía computarizada de emergencia realizada u ordenada por una enfermera practicante de Longevity o un proveedor participante o contratado no requiere autorización previa.</i>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago cuando los servicios se brindan en un centro de cuidados.</p> <p>20% de coseguro cuando los servicios se brindan fuera del centro de cuidados.</p> <p><i>Se requiere autorización solo para procedimientos de radiología intervencionista, procedimientos de cardiología intervencionista, imágenes por resonancia magnética (MRI), escáneres de adquisición de múltiples puertas (MUGA), tomografías por emisión de positrones (PET), cateterismo cardíaco no emergente y estudios de medicina.</i></p>
<p><b>Cuidado preventivo</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>\$90 de copago</p> <p>El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de tres (3) días.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p>20% de coseguro hasta un máximo de \$65</p> <p>El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de tres (3) días.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b></p> <p>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</p>	<p>20% de coseguro</p> <p><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></p>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p>Servicios de laboratorio</p> <p>Servicios de diagnóstico por imagen (ej. resonancias magnéticas, MRI, tomografías computarizadas, CAT Scan)</p> <p>Radiografías como paciente ambulatorio</p>	<p>\$0 de copago Se requiere autorización previa para cualquier laboratorio de pruebas genéticas.</p> <p>20% de coseguro Se requiere autorización previa; sin embargo, cualquier tomografía computarizada de emergencia realizada u ordenada por una enfermera practicante de Longevity o un proveedor participante o contratado no requiere autorización previa.</p> <p>20% de coseguro Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se suministra en un centro de cuidados, consultorio médico u hospital.</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Evaluación auditiva</p> <p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Exámenes auditivos de rutina, ajuste y evaluación para colocar audífonos.</p> <p>Audífonos</p>	<p>20% de coseguro del costo por los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para 1 examen auditivo de rutina, ajuste y evaluación para colocar audífonos por año.</p> <p>Hasta \$1,300 de crédito para ambos oídos combinados cada tres años para audífonos. <i>Se requiere autorización previa para audífonos solamente.</i></p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.</p>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Atención de la vista</b> Examen de la vista anual para retinopatía diabética</p> <p><i>Beneficio complementario</i> Examen de la vista de rutina</p> <p>Anteojos, lentes, marcos, lentes de contacto</p> <p><b>Servicios de atención de la salud mental</b> Consultas como paciente hospitalizado</p> <p>Consulta para terapia de grupo como paciente ambulatorio</p> <p>Consulta para terapia individual como paciente ambulatorio</p>	<p>20% de coseguro para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Hasta \$100 de crédito combinado cada dos años para todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.</p> <p>Usted paga los montos de costo compartido de Medicare Original de 2022. \$1,556 de deducible; \$0 de copago diario del día 1 al 60; \$389 de copago diario del día 61 al 90; \$778 de copago diario del día 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro <i>Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.</i></p> <p>20% de coseguro <i>Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.</i></p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Fisioterapia</b>	20% de coseguro
<b>Servicios de ambulancia</b> Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea  <b>Transporte (de rutina adicional)</b>	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>  \$0 de copago Traslado de rutina hasta un máximo de 16 viajes por año. 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.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos para quimioterapia  Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere solo la aprobación inicial del medicamento.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Musicoterapia</b>	\$0 de copago Sesiones personales de musicoterapia ofrecidas en el lugar con un musicoterapeuta certificado. Sesiones grupales de 50 minutos 2 a 3 veces por semana durante 6 semanas y repetidas dos veces por año por miembro. La musicoterapia también se ofrece a través de <i>telesalud</i> . <i>Se requiere una remisión.</i>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<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>	<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>
<p><b>Terapia ocupacional o terapia del habla</b></p>	<p>20% de coseguro</p>
<p><b>Medicamentos sin receta (Over-the-Counter Drugs, OTC)</b> Beneficio para productos sin receta</p> <p><b>Beneficio de acompañamiento para necesidad social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de salud conductual</li> <li>• Demencia</li> </ul>	<p>Hasta \$155 cada tres meses. Los montos no se acumulan de cuaderno a cuaderno. El beneficio de OTC se puede usar para comprar productos del catálogo OTC de Longevity.</p> <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 diagnosticados con demencia hasta que comienza el plan de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible por medio de telesalud.</p> <p>Límite de 160 horas por año.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>





<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>		
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)</b>	<b>Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)</b>
<b>Deducible</b>	Durante esta etapa, usted paga el costo total para medicamentos de marca hasta \$480.	
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Etapa de brecha de cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,430, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos cubiertos o 25% de coseguro para medicamentos de marca cubiertos, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b>	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 \$7,050, usted pagará la mayor cantidad de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o bien,</li> <li>• \$3.95 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 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 31 días).