

# 2023 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) del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.**

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-224-9499, TTY debe llamar al 711 para obtener más información.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. 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 miembros y solicite la Evidencia de cobertura.

#### **Para comunicarse con nuestros representantes de servicios para miembros:**

- Número gratuito 1-866-224-9499, TTY/TDD debe llamar al 711.
- Horario de atención: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

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

- tener derecho a la Parte A de Medicare,
- -- y -- estar inscrito en la Parte B de Medicare,
- -- y -- vivir en nuestra área de servicio,  
-- y -- residir o esperar residir en uno de nuestros centros de enfermería participantes durante más de 90 días. El Directorio de proveedores del plan tiene una lista de centros de enfermería participantes. Puede acceder a esta lista en nuestro sitio web [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com) o llamar a Servicios para miembros y pedirnos que le enviemos una lista.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Alachua, Brevard, Broward, Citrus, Clay, Duval, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, Sumter, y Volusia.

Longevity Health Plan (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que se pueden encontrar en nuestro sitio web en [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com). Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Este documento también está disponible en Braille y en letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. This document is available for free in English.

Este documento está disponible gratis en inglés.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo 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 1-877-486-2048.

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Prima del plan mensual</b>	\$35.90 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0 Parte B Deducible Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de los costos compartidos de Medicare Original de 2023 para pacientes hospitalizados o salud mental para visitas de pacientes hospitalizados. \$1,556 Estas son las cantidades de costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023.
<b>Monto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</b>	\$8,300
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original de 2023. Estos son los montos de costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. deducible de \$1,556; copago de \$0 cada día para los días 1 a 60; copago de \$389 cada día para los días 61 a 90; Copago de \$778 cada día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida). Se requiere autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Servicios de observación hospitalaria ambulatoria	20% coseguro Se requiere autorización previa. 20% coseguro Se requiere autorización previa.
<b>Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio (ACS)</b>	20% coinsurance Se requiere autorización previa.
Visitas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 copago \$0 copago cuando los servicios se prestan en un Centro de Enfermería. 20% coseguro cuando los servicios se prestan fuera del Centro de enfermería.
<b>Cuidado preventivo</b>	No pagas nada.
<b>Cuidados de emergencia</b>	\$90 copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de los tres (3) días.

Primas y Beneficios	Longevity Health Plan (HMO I-SNP)
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b>	Coseguro del 20% hasta un máximo de \$60 El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de los tres (3) días.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b>  Pruebas y procedimientos de diagnóstico  servicios de laboratorio  Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., MRI, CAT Scan)  Radiografías ambulatorias	20% coseguro <i>Se requiere autorización previa si se realiza un procedimiento de diagnóstico en el consultorio de un médico y el miembro requiere sedación, anestesia, líquidos/medicamentos intravenosos para realizar el procedimiento.</i>  \$0 copago <i>Se requiere autorización previa para cualquier servicio de laboratorio de pruebas genéticas.</i>  20% coseguro <i>Se requiere autorización previa. Las tomografías computarizadas para pacientes ambulatorios realizadas para un estudio de emergencia relacionado con la caída de un miembro con posible lesión en la cabeza no requieren autorización previa.</i>  20% coseguro <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería, consultorio médico u hospital.</i>
<b>Servicios de audición</b>  Examen de audición  <i>Beneficio suplementario</i> Examen auditivo de rutina, adaptación y evaluación de audífonos  Audífonos	20% coseguro del costo de los servicios de audición cubiertos por Medicare.  \$0 copago para 1 examen auditivo de rutina, ajuste y evaluación de audífonos cada año.  Hasta un crédito de \$1,650 para ambos oídos combinado cada tres años para audífonos. Se requiere autorización previa solo para audífonos.
<b>Servicios dentales</b>	20 % de coseguro por cada servicio dental cubierto por Medicare.

Primas y Beneficios	Longevity Health Plan (HMO I-SNP)
<b>Cuidado de la visión</b> <b>Examen de la vista anual para la retinopatía diabética</b> <b>Beneficio suplementario examen de la vista de rutina</b> <b>Anteojos, lentes, marcos, contactos</b>	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.  Usted paga un copago de \$0 por 1 visita de examen de la vista de rutina cada año. Hasta \$325 de crédito combinado cada dos años para todos los anteojos adicionales.
Servicios de salud mental  visita de hospitalización          Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios          Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original de 2023. Estos son los montos de costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. deducible de \$1,556; copago de \$0 cada día para los días 1 a 60; copago de \$389 cada día para los días 61 a 90; Copago de \$778 cada día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida). Se requiere autorización previa.  20% coseguro Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.          20% coseguro <i>Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.</i>
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Copago de \$0 por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.
<b>Terapia física</b>	no pagas nada
Servicios de ambulancia          Ambulancia terrestre	20% coseguro <i>Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i> 20% coseguro <i>Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i>
<b>Transporte (rutina adicional)</b>	\$0 copago Transporte de rutina para hasta 16 viajes cada año. Un viaje se considera transporte de ida en taxi, autobús/metro, camioneta o transporte médico a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

Primas y Beneficios	Longevity Health Plan (HMO I-SNP)
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos de quimioterapia</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>20% coseguro</p> <p><i>Para la quimioterapia, solo se requiere la aprobación inicial del fármaco.</i></p> <p>20% coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i></p>

<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>		
<b>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</b>		
	<b>Costo compartido minorista estándar (En red) (Hasta un suministro de 30 días)</b>	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (Hasta un suministro de 31 días)</b>
<b>Etapas de deducible</b>	Durante esta etapa, usted paga el costo total de nuestros medicamentos de marca hasta \$505.	
<b>Etapas de Cobertura Inicial</b>	25% coseguro	25% coseguro
<b>Brecha de cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que pagó nuestro plan y lo que pagó usted) alcancen los \$4,660, no pagará más del 25 % de coseguro por medicamentos genéricos cubiertos o el 25 % de coseguro por medicamentos de marca cubiertos durante la interrupción de la cobertura.	
<b>Cobertura Catastrófica</b>	Después de que los costos de desembolso anual por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga lo que sea mayor entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.</li> </ul> </li> </ul>	

El costo compartido puede diferir según el punto de servicio (minorista, atención a largo plazo (LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar o si la receta es a corto plazo (suministro de 30 días) o a largo plazo (suministro para 31 días).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

<b>Supplemental Benefits</b>	
<b>Terapia musical</b>	copago de \$0 Sesiones de escucha de música ofrecidas en el sitio con un musicoterapeuta certificado. Sesiones grupales de 50 minutos 2-3 veces por semana durante 6 semanas y repetidas dos veces al año por miembro. Se requiere referencia.
Cuidado de los pies (servicios de podología)	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.
Exámenes y tratamiento de los pies. Beneficio suplementario	Copago de \$0 por 2 visitas de cuidado de rutina de los pies por año.

<b>Occupational or Speech Therapy</b>	20% coseguro
Beneficio de venta libre (OTC) Beneficio suplementario	Hasta \$200 por trimestre. Los importes no se acumulan de trimestre a trimestre. El beneficio OTC se puede usar para comprar productos del catálogo Longevity OTC.
<b>Beneficio de acompañante de necesidades sociales</b>	No pagas nada. Social Needs Companion Benefit se enfoca en brindar apoyo complementario a los miembros diagnosticados con demencia y salud conductual para ayudar a brindar apoyo hasta que comiencen sus planes de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible a través de telesalud. Límite de 226 horas por año.

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-224-9499. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-224-9499. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-224-9499。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-224-9499。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-224-9499. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-224-9499. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-224-9499 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-224-9499. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-224-9499 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-224-9499. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-224-9499. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.



**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-224-9499 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-224-9499. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-224-9499. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-224-9499. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-224-9499. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-224-9499にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。