

Resumen de beneficios 2024

Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

H8457, Plan 001

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Longevity Health Plan (HMO I-SNP) desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Longevity Health Plan (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO I-SNP (HMO, Organización para el Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés, y I-SNP, Plan Institucionalizado para Necesidades Especiales) 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 1-888-885-7337; los usuarios de TTY deben llamar al 711, para obtener más información.

La información sobre beneficios que se ofrece es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se indican todos los servicios 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 o llame a los Servicios para Miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

Para comunicarse con nuestros Representantes de Servicios a los Miembros:

- Llame sin cargo al 1-888-885-7337; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto feriados), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Para unirse a Longevity Health Plan (HMO I-SNP) debe:

- ser elegible para la Parte A de Medicare,
- -- y -- estar inscrito en la Parte B de Medicare,
- -- y -- vivir en nuestra área de servicio;
- -- y -- residir, o tener previsto residir, en uno de nuestros centros de enfermería participantes durante más de 90 días. El *Directorio de Proveedores* del plan tiene una lista de los centros de enfermería participantes. Puede acceder a esta lista en nuestro Sitio Web www.longevityhealthplan.com o llamar a Servicios al Miembro y pedir que se la envíen.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Suffolk y Westchester.

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. Si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles, y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Este documento está disponible de manera gratuita en español.

Este documento está disponible de manera gratuita en español.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Primas y beneficios	Longevity Health Plan (HMO I-SNP)
Prima mensual del plan	\$26.90 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 de deducible de la Parte B Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costos compartidos de Original Medicare 2024 para pacientes hospitalizados o de salud mental para consultas de pacientes hospitalizados. Deducible de \$1,600; Estos son montos de costos compartidos del año 2023, y pueden cambiar para el 2024.
Monto máximo de costos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados de la Parte D)	\$8,850
Cobertura para pacientes hospitalizados	Usted paga los montos de costos compartidos de Original Medicare 2024. Estos son montos de costos compartidos del año 2023, y pueden cambiar para el 2024. Deducible de \$1,600; \$0 de copago por día, para los días 1 al 60; Copago de \$400 por día, para los días 61 al 90; Copago de \$800 por día, para los días 91 al 150 (días de reserva vitalicia). <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i> Coaseguro del 20% <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de Centro de cirugía ambulatoria	Coaseguro del 20 % <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consultas médicas Proveedores de atención primaria: Especialistas	Copago de \$0 Copago de \$ 0 cuando los servicios se prestan en un centro de enfermería. Coaseguro del 20 % cuando los servicios se prestan fuera de un centro de enfermería.
Atención preventiva	Sin ningún costo.
Atención de emergencia	Copago de \$100 Este copago no se aplica si es admitido en el hospital dentro de los tres (3) días.

Servicios requeridos con urgencia	Coaseguro de 20% hasta un máximo de \$55 Este coaseguro no se aplica si ingresa en el hospital dentro de los tres (3) días.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicio de radiología diagnóstica (por ejemplo, IRM, exploración por TAC) Rayos X para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20 % <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> Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa para cualquier servicio de laboratorio de pruebas genéticas.</i> Coaseguro del 20 % <i>Se requiere autorización previa. Cualquier tomografía computarizada de emergencia realizada u ordenada por un profesional en enfermería de Longevity o un proveedor participante o contratado no requiere autorización previa.</i> Coaseguro del 20 % <i>Los rayos X no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería, consultorio médico u hospital.</i>
Servicios de audición Examen auditivo <i>Beneficio complementario</i> Examen auditivo de rutina, ajuste y evaluación de audífonos Audífonos	20 % del costo por los servicios de audición cubiertos por Medicare. \$0 de copago para 1 examen auditivo de rutina, ajuste y evaluación de audífonos al año. Hasta un crédito de \$ 1,300 para ambos oídos combinados cada dos años para audífonos. <i>Se requiere autorización previa para los audífonos solamente.</i>

<p>Odontológicos (complementarios) Servicios odontológicos Por lo general, Original Medicare no cubre los servicios odontológicos preventivos (por ejemplo, limpieza, evaluaciones odontológicas de rutina y radiografías dentales). Cubrimos:</p> <p><u>Servicios de odontología preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Profilaxis (limpiezas) • Rayos X odontológicos • Tratamientos con flúor <p><u>Servicios integrales de odontología</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Endodoncia • Extracciones • Servicios que no son de rutina • Prostodoncia, otras cirugías/servicios bucales/maxilofaciales • Periodoncia • Servicios de reparación 	<p>Coseguro del 0% por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p>Máximo anual de \$2,850 de crédito combinado para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p><i>Se requiere autorización previa (solo para servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare).</i></p>
<p>Atención oftalmológica</p> <p>Examen oftalmológico anual para retinopatía diabética</p>	<p>Coseguro del 20 % por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Examen oftalmológico de rutina</p> <p>Anteojos, lentes, marcos, lentes de contacto</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 1 examen oftalmológico de rutina al año.</p> <p>Crédito combinado de hasta \$ 100 cada dos años para todos los lentes adicionales.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulta de pacientes hospitalizados</p>	<p>Usted paga los montos de costos compartidos de Original Medicare 2024. Estos son montos de costos compartidos del año 2023, y pueden cambiar para el 2024.</p> <p>Deducible de \$1,600;</p> <p>\$0 de copago por día, para los días 1 al 60;</p> <p>Copago de \$400 por día, para los días 61 al 90;</p> <p>Copago de \$800 por día, para los días 91 al 150 (días de reserva</p>

	vitalicia). <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20 % <i>Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.</i>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20 % <i>Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.</i>
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.
Fisioterapia	Coaseguro del 20 %
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	Coaseguro del 20 % <i>Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.</i> Coaseguro del 20 % <i>Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.</i>
Transporte (adicional de rutina)	Copago de \$0 Transporte de rutina por hasta 16 viajes al 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)
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Medicamentos de quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Coaseguro del 20 % <i>Para la quimioterapia, solo se requiere la aprobación inicial del medicamento.</i> Coaseguro del 20 % <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i>

Longevity Health Plan (HMO I-SNP)		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios		
	Costo compartido estándar al por menor (Dentro de la red) (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para cuidados prolongados (long-term care, LTC) (suministro de hasta 31 días)
Etapas del deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de marca, hasta \$545.	
Etapas de cobertura inicial	Coaseguro del 25 %	Coaseguro del 25 %
Transición de cobertura	Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcancen los \$5,030, pagará un coaseguro de no más del 25 % por los medicamentos genéricos cubiertos o un coaseguro del 25 % por los medicamentos de marca cubiertos durante la transición de cobertura.	
Cobertura catastrófica	A partir del momento en que los gastos anuales que usted realiza por su cuenta en medicamentos (incluyendo los medicamentos adquiridos en su farmacia al por menor o por pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted pagará la cantidad mayor entre \$4.5 por un medicamento genérico o un medicamento preferido de proveedores varios y \$11.20 por todos los demás medicamentos, o el 5%.	

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

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

Beneficios complementarios	
Musicoterapia	Copago de \$0 Sesiones de musicoterapia, hasta 36 sesiones grupales por año, administradas por un Musicoterapeuta Certificado o usando un programa diseñado por un musicoterapeuta certificado y un facilitador. La musicoterapia también está disponible a través de telesalud. <i>Se requiere derivación.</i>
Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamiento para los pies <i>Beneficio complementario</i> Cuidado de rutina para los pies	Coseguro del 20 % por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por 2 consultas de cuidado de los pies de rutina al año.

Servicio de terapia ocupacional o del habla	Coaseguro del 20 %
Medicamentos de venta libre (OTC) <i>Beneficio complementario</i> Beneficio en artículos de venta libre	Hasta \$155 por trimestre. Los montos no se acumulan de trimestre a trimestre. El beneficio de medicamentos de venta libre se puede utilizar para comprar productos del catálogo de medicamentos de venta libre de Longevity.
Beneficio de acompañante para necesidades sociales <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de salud conductual • Dolor crónico documentado • Demencia 	Usted paga un copago de \$0. El beneficio de acompañante para necesidades sociales se centra en brindar apoyo de acompañante a los miembros con diagnóstico de salud conductual y demencia para ayudar a brindar apoyo hasta que comiencen sus planes de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible a través de telesalud. Límite de 210 horas por año. <i>Se requiere derivación.</i>
Beneficio de belleza	Se ofrece una sesión de corte/estilismo de cabello y corte de uñas de manos/pies con un límite de una sesión por trimestre.

Servicios de interpretación en múltiples idiomas

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 the number on your Member ID card. 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 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。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。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa. 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 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 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 [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 전화번호로 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 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. 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 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 Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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. 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 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 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、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。