

# Resumen de beneficios de 2020

## 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 al 31 de diciembre de 2020.**

Longevity Health Plan Of Florida, Inc. es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La presente información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-224-9499; los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener más información.

La información proporcionada sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni 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 los miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

#### **Para comunicarse con nuestros Representantes de Servicios para los miembros:**

- Llame gratis al 1-866-224-9499; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Horario de atención: de 8:00 h a 20:00 h, los siete días de la semana (excepto el día de Acción de gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.

#### **Para unirse a 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 en uno de nuestros centros de atención de enfermería participantes durante más de 90 días. El *Directorio de proveedores* del plan posee una lista de los centros de atención de enfermería participantes. Puede acceder a esta lista en nuestro sitio web [www.longevityhealthplan.com](http://www.longevityhealthplan.com) o llamar a Servicios para los miembros y solicitarnos que le enviemos una lista.

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

Longevity Health Plan (HMO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que podrá encontrar en nuestro sitio web a través de [Longevityhealthplan.com](https://www.longevityhealthplan.com). Si usted utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

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

Los beneficios, las primas, el deducible y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible gratis en español.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$28,50 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0
<b>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$6.700
<b>Cobertura de hospitalización</b>	Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020. Deducible de \$1,408; Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida  <i>*Se requiere Autorización previa.</i>
<b>Cobertura para pacientes externos</b>	
Servicios hospitalarios para pacientes externos	20% de coseguro
Servicios de observación para pacientes externos	20% de coseguro

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Consultas al médico</b></p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago cuando los servicios se prestan en un centro de atención de enfermería. 20% de coseguro cuando los servicios se prestan fuera del centro de atención de enfermería.</p>
<p><b>Servicios preventivos</b></p>	<p>Usted no tiene que pagar nada.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Existen algunos artículos que no están cubiertos, con un costo de \$0.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>\$90 de copago</p> <p>El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital en un plazo de 3 días.</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p>	<p>20% de coseguro hasta un máximo de \$65</p> <p>El coseguro no se aplica si usted es admitido en un hospital en un plazo de 3 días.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, IRM y TAC)</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p>	<p>20% de coseguro</p> <p><i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro</p> <p><i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro</p> <p><i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Examen auditivo</p> <p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Examen de audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos</p> <p>Audífonos</p>	<p>20% de coseguro del costo de los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina y un ajuste/evaluación de audífonos cada año.</p> <p>Hasta \$1.650 de crédito por ambos oídos combinados cada dos años para audífonos. *Es posible que se requiera Autorización previa.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>*Se requiere Autorización previa.</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Examen ocular anual para la retinopatía diabética</p> <p><i>Beneficio complementario</i></p> <p>Examen ocular de rutina</p> <p>Gafas, lentillas, monturas, lentes de contacto</p>	<p>20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por 1 consulta de rutina para un examen ocular cada dos años.</p> <p>Hasta un crédito combinado de \$200 cada dos años para todos los anteojos adicionales.</p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p>Consulta del paciente hospitalizado</p> <p>Consulta de terapia de grupo para pacientes externos</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes externos</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020. Deducible de \$1,408; Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida</p> <p><i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare. Período de beneficios de Medicare tradicional <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>\$0 de copago <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Ambulancia terrestre</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p>20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>
<p><b>Transporte (rutina adicional)</b></p>	<p>\$0 de copago Transporte de rutina para hasta 16 viajes por año. Un viaje se considera transporte de ida en taxi, autobús/metro, monovolumen o transporte médico a un lugar de atención sanitaria aprobado por el plan.</p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Medicamentos para quimioterapia</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>
<p><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b></p>	<p>20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Terapias alternativas</b></p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Sesiones individuales para escuchar música ofrecidas en el lugar con un terapeuta musical certificado.</p> <p>Semanalmente se ofrecen sesiones de meditación Mindfulness (de atención plena) en pequeños grupos en el centro de atención de enfermería. La meditación Mindfulness (de atención plena) consiste en una práctica de entrenamiento mental que implica centrar la mente en experiencias (emociones, pensamientos y sensaciones) en el momento presente para fomentar una buena salud.</p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>
<p><b>Equipo médico y suministros</b> Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas y oxígeno)</p> <p>Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos y miembros artificiales)</p> <p>Suministros para diabéticos</p> <p>Zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos</p>	<p>20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro</p> <p>20% de coseguro</p>
<p><b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b> Exámenes y tratamiento de los pies</p> <p><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 atención de rutina de los pies por año.</p>
<p><b>Terapia ocupacional o del habla</b></p>	<p>\$0 de copago <i>*Se requiere Autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p>20% de coseguro <i>*Es posible que se requiera Autorización previa.</i></p>
<p><b>Tai Chi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de salud del comportamiento</li> <li>• Dolor crónico documentado</li> <li>• Demencia</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>Sesiones semanales de Tai Chi en pequeños grupos ofrecidas en el centro de atención de enfermería. El Tai Chi es un antiguo arte marcial chino que incorpora una serie de ejercicios de cambio de peso, rotación corporal y medias sentadillas con técnicas de respiración profunda.</p>

	<b>Longevity Health Plan (HMO I-SNP)</b>	
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costos compartidos estándar minoristas</b> (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)</b> (suministro para hasta 31 días)
<b>Deducible</b>	\$435 por todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
<b>Costo compartido de los medicamentos cubiertos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Período sin cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha abonado) alcancen \$4.020, usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos, ni el 25% de coseguro por medicamentos de marca por cualquier tipo de medicamentos durante el período sin cobertura.	
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que los costos anuales pagados de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen los \$6.350, usted paga el monto superior de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• copago de \$3,60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), y un copago de \$8,95 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	

El costo compartido puede diferir según el punto de servicio [minorista, Cuidado a largo plazo (Long Term Care, 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 de 90 días).



## **Aviso sobre no discriminación**

Longevity Health Plan cumple con las leyes federales sobre derechos civiles, y no discrimina por raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Longevity Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

### **Longevity Health Plan:**

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como por ejemplo:

- Intérpretes cualificados de lengua de signos
- Información redactada en otros formatos (por ejemplo, tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille y otros formatos)

Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el español, como por ejemplo:

- Intérpretes cualificados
- Información redactada en otros idiomas

**Si necesita estos servicios**, póngase en contacto con Servicios para los miembros de Longevity Health Plan en la siguiente información de contacto.

Si usted considera que Longevity Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Longevity Health Plan, P.O. Box 5850, Glen Allen, VA 23058; (888) 808-8995; (TTY 711); fax: 800-335-0270; correo electrónico: [Compliance@longevityhealthplan.com](mailto:Compliance@longevityhealthplan.com).

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, los Servicios para los miembros de Longevity Health Plan están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en la oficina del Portal de quejas sobre derechos civiles, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue,

SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 TTY/TDD:  
1-800-537-7637 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE CONSIDERAN  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y PATENTADA, Y ESTÁ PROHIBIDO SU USO O  
DIVULGACIÓN POR DUPLICADO SIN LA APROBACIÓN PREVIA DE LONGEVITY  
HEALTH PLAN

© 2019 Longevity Health Plan

H1644\_2020NDNFL\_C



## Servicios de intérpretes en diferentes idiomas

### Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-224-9499 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

### Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-224-9499 (TTY 711)。

### French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-224-9499 (TTY 711).

### German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Gujarati

જો તમે [ગુજરાતી] બોલો છો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-866-224-9499 ને કોલ કરો (ટી.ટી.વાય: 711) .

### Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-224-9499 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

### Polish

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-224-9499 (TTY 711).

### Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-224-9499 (телетайп 711).

**Spanish**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-224-9499 (TTY 711).

**Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-224-9499 (TTY 711).

**Thai**

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-224-9499 (TTY 711).

**Vietnamese**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-224-9499 (TTY 711).

# Lista de verificación previa a la inscripción

## Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

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

### Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los cuales consulta a un médico de manera rutinaria. Visite [LongevityHealthPlan.com](http://LongevityHealthPlan.com) o llame al 1-866-224-9499 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta está dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprensión de las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- 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 es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la comprobación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF) de cuidados a largo plazo (LTC), un centro de enfermería de LTC (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IDD) o un centro psiquiátrico para pacientes internos.
- Este es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para

inscribirse se basará en la comprobación de que su condición hace probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel institucional de atención sea de al menos 90 días.

Longevity Health Plan of Florida, Inc. cumple con las leyes federales sobre derechos civiles, y no discrimina por raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-224-9499 (TTY 711). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-224-9499 (TTY 711).