



Aviso Anual de Cambios

MEDIDUAL

2024

1º de enero - 31 de diciembre

Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare.
Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato

H4286_ANOC002SV2_2024_M

Leon MediDual (HMO D-SNP) ofrecido por Leon Health, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de **Leon MediDual**. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.LeonHealth.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la Evidencia de cobertura.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en **Leon MediDual**.

- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en **Leon MediDual**.
- Consulte la Sección 3, página 14 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en *inglés*.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-969-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de *Leon MediDual*

- Leon Health, Inc. es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de *Florida* para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este *documento* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Leon Health, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Leon MediDual (HMO D-SNP)*.

H4286_ANOC002SV2_2024_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
Sección 1 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en Leon MediDual para 2024	6
Sección 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 2.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D ...	11
Sección 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 Si desea seguir inscrito en <i>Leon MediDual (HMO D-SNP)</i>	14
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan	14
Sección 4 Cómo cambiar de plan	15
Sección 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
Sección 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
Sección 7 Preguntas	17
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de parte de <i>Leon MediDual (HMO D-SNP)</i>	17
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para *Leon MediDual* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las consultas en el consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.	\$35.90	\$0 o hasta \$14.90
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Hospitalizaciones	\$0 copago por estadía Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 .	\$0 copago por estadía Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 .
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$505 , a excepción de los productos cubiertos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Suministro de 30 días adquirido en una <i>farmacia de la red con costo compartido preferido</i> :	Deducible: \$545 , a excepción de los productos cubiertos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. El deducible no se aplica en el Nivel 5. El copago correspondiente durante la Etapa de Cobertura Inicial: Suministro de 30 días adquirido en una <i>farmacia de la red con costo compartido preferido</i> :

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información). (continúa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nivel 1 de medicamentos:</u> \$0 - \$4.15 copago Usted paga de \$0 - \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. • <u>Nivel 2 de medicamentos:</u> \$0 - \$10.35 copago Usted paga de \$0 - \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. • <u>Nivel 3 de medicamentos:</u> \$0 - \$10.35 copago • <u>Nivel 4 de medicamentos:</u> \$0 - \$10.35 copago • <u>Nivel 5 de medicamentos:</u> \$0 copago <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría de los costos de su medicamentos cubiertos. • Por cada medicamento por receta, su parte del costo de los medicamentos por receta es la cantidad más alta del 5% del medicamento – o – \$0 de copago por medicamentos genéricos (inclusive los medicamentos de marca que se manejan como genéricos) y \$10.35 de copago por los demás medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nivel 1 de medicamentos:</u> \$0 copago • <u>Nivel 2 de medicamentos:</u> \$0 copago • <u>Nivel 3 de medicamentos:</u> \$0 copago • <u>Nivel 4 de medicamentos:</u> \$0 copago • <u>Nivel 5 de medicamentos:</u> \$0 copago <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>\$3,450</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,450</p> <p>Si está apto para la asistencia en costos compartidos de Medicare ofrecida por Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima pagada de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en *Leon MediDual* para 2024

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en *Leon MediDual*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *Leon MediDual*. Si desea cambiarse de plan o a Original Medicare y obtener su cobertura para medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

SECCIÓN 2.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$35.90	\$0 - \$14.90

SECCIÓN 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo (continúa)</p> <p>alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,450	<p>Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

SECCIÓN 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias

En nuestro sitio web www.LeonHealth.com se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

SECCIÓN 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

Aviso anual de cambios para 2024 de Leon MediDual (HMO D-SNP)

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura • Acupuntura como servicio de rutina	En los servicios cubiertos se incluyen hasta seis (6) consultas de rutina de acupuntura por cualquier condición de la salud.	En los servicios cubiertos se incluyen hasta veinticinco (25) consultas de rutina de acupuntura por cualquier condición de la salud.
Suministros para diabéticos	Los suministros para diabéticos se limitan solamente a True Metrix, Prodigy, iGlucose, and FreeStyle.	Los suministros para diabéticos se limitan solamente a True Metrix, Prodigy, iGlucose, FreeStyle y Glucocard .
Excepción del nivel del formulario	El nivel de excepción es el Nivel 2 .	El nivel de excepción es el Nivel 3 .
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas	<p>Los miembros que reúnen los requisitos correspondientes podrán recibir hasta 15 comidas al mes, lo que asciende a 180 comidas por año calendario.</p> <p>Se requiere la evaluación nutricional realizada por un empleado con la licencia correspondiente o certificado, la igual que la participación en un Programa de Atención al Paciente.</p>	<p>Los miembros que reúnen los requisitos correspondientes podrán recibir hasta 15 comidas (\$150) al mes, lo que asciende a 180 comidas (\$1,800) por año calendario.</p> <p>Se requiere la evaluación nutricional realizada por un empleado con la licencia correspondiente o certificado, al igual que la participación en un Programa de Atención al Paciente.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de Cobertura del 2024</i> para conocer los requisitos de elegibilidad.</p>
Comidas – Después del alta	14 comidas entregadas a su domicilio cuando se le de alta después de una hospitalización de paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El beneficio está disponible hasta tres (3) veces al año, para un beneficio máximo anual total de 46 comidas.	14 comidas entregadas a su domicilio cuando se le de alta después de una hospitalización de paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El beneficio está disponible hasta cuatro (4) veces al año, para un beneficio máximo anual total de 56 comidas.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Comidas – Después del alta	El beneficio de comidas después del alta está disponible inmediatamente después de la cirugía u hospitalización.	El beneficio de comidas después del alta está disponible inmediatamente después de la hospitalización como paciente interno o la admisión en un centro de enfermería especializada. Las estadías de observación y salud mental no son elegibles.
Medicamentos de venta sin receta (“OTC” por sus siglas inglés) del Programa de Manejo de la Utilización	<i>Leon MediDual</i> cubre los medicamentos de venta sin receta (OTC) del Programa de Manejo de la Utilización.	<i>Leon MediDual</i> no cubre los medicamentos de venta sin receta (OTC) del Programa de Manejo de la Utilización.
Gafas (espejuelos) Usuales	<p>Hasta tres (3) pares de espejuelos cada año, sin que lleguen a ser más de \$175 por cada par de espejuelos, incluidas las mejoras, siendo el beneficio máximo de \$525.</p> <p>Usted es responsable del costo superior a los \$525 correspondientes al beneficio máximo anual.</p> <p>Las sumas no consumidas caducan al final de cada año de beneficios.</p>	<p>Hasta tres (3) pares de espejuelos cada año, incluidas las mejoras, siendo el beneficio máximo de \$525.</p> <p>Usted es responsable del costo superior a los \$525 correspondientes al beneficio máximo anual.</p> <p>Las sumas no consumidas caducan al final de cada año de beneficios.</p> <p>Se aplican ciertas restricciones.</p>
El Deducible de la Parte D	El deducible de la Parte D se aplica a todos los niveles de los medicamentos por receta.	<p>El deducible de la Parte D no se aplica a todos los niveles de los medicamentos por receta</p> <p>El deducible de la Parte D no se aplica en el Nivel 5.</p>
Beneficio Suplementario por Costos Compartidos Reducidos de la Parte D (Vea en la página 14 los requisitos para participar).	No se aplican los costos compartidos reducidos de la Parte D.	<p>Costos compartidos reducidos de la Parte D:</p> <p>\$0 costo compartido en el Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y el Nivel 4 en farmacias de costo compartido preferido y estándar.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Tarjeta Leon Plus – Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (“SSBCI” por sus siglas en ingles)</p>	<p>\$100 de cuota mensual en la tarjeta Leon Plus para miembros que reúnan los requisitos correspondientes. La tarjeta podrá ser usada para la compra de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos aprobados de venta sin receta (OTC) • Alimentos • Gasolina • Comidas <p>Las cantidades no consumidas caducan al final de cada mes.</p> <p>Los pedidos (órdenes) quedan limitados a uno al mes.</p> <p>Las compras se pueden hacer únicamente por medio de un proveedor aprobado.</p> <hr/> <p>La Planificación del Bienestar y Atención de la Salud (“WHP” por sus siglas en inglés) <u>no</u> está disponible.</p>	<p>\$150 de cuota mensual que consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$50 para medicamentos aprobados de venta sin receta y libre y productos vinculados con la salud disponibles sólo mediante las farmacias de Leon Medical Center . y - \$100 en la tarjeta Leon Plus para ser usada en la compra de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> • Productos aprobados de venta sin receta (OTC) disponibles mediante las farmacias de Leon Center • Alimentos y provisiones • Comidas • Gasolina • Utilidades • Renta • Membresía de gimnasio • Suministros para el hogar • Fumigación • Productos de ayuda en caso de desastres • Suministros para mascotas • Mascotas robóticas • Aplicaciones móviles de salud mental y bienestar • Sistemas de respuesta de emergencia personal <p>Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada mes.</p> <p>El beneficio debe ser utilizado a través de la tarjeta Leon Plus en el momento de la transacción y no se puede presentar para reembolso.</p> <p>Las compras solo pueden realizarse a través de un proveedor aprobado.</p> <hr/> <p>La Planificación del Bienestar y Atención de la Salud (“WHP” por sus siglas en inglés) está disponible.</p> <p>Los miembros están aptos para los siguientes servicios, inclusive los servicios de planificación de atención anticipada (“ACP” por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Anual de Bienestar • Evaluación Medicare de Riesgos de Salud • Programa de la Atención de la Salud

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Terapia Escalonada – Medicamentos por receta de la Parte B de Medicare	No se implementa la Terapia Escalonada.	Se aplica la Terapia Escalonada. La terapia escalonada es un proceso que requiere probar primero otro medicamento antes del medicamento inicialmente recetado. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura del 2024</i> para ver la lista de los Medicamentos de la Parte B sujetos a la Terapia Escalonada.

SECCIÓN 2.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se incluye ha sido enviada en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso. Hemos enviado un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para

pagar los medicamentos con receta), también denominado como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del *30 de septiembre*, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos cubiertos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la de la culebrilla, la del tétano y las vacunas necesarias para viajar.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$545, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en esta fila son por un suministro para</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 - \$4.15 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 - \$4.15 por medicamento con receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa)</p> <p>un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se cubre sin que le cueste nada.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 – Medicamentos de especializados:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 - \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos suplementarios:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 – Medicamentos de especializados:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos suplementarios:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBIID

Leon MediDual les brinda a sus miembros los beneficios de la Parte D bajo el modelo llamado Seguro Basado en la Relación Calidad-Precio (“VBIID”, por sus siglas en inglés), por lo que a los miembros se les eliminarán los costos compartidos en los medicamentos por receta de la Parte D correspondientes al Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 4 en las farmacias preferidas y estándar como parte del modelo VBIID cuando se trate de miembros LIS, o sea, los que tienen ingresos y recursos limitados, que reúnen los requisitos correspondientes.

Los miembros tienen que estar inscritos en el plan *Leon MediDual* y estar dentro de los niveles 1-4 de LIS o subsidio para personas de bajos ingresos a fin de ser elegibles para el Programa de Beneficios del Seguro Basado en la Relación Validad-Precio (VBIID).

Si tiene alguna pregunta acerca del Programa de Beneficios del Seguro Basado en la Relación Calidad-Precio o “VBIID”, llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (TTY: 711, para los que tienen discapacidades de la audición). El horario de atención es de lunes a domingo, de 8 de la mañana a 8 de la noche, desde octubre a marzo, y de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche, desde abril hasta septiembre. Las llamadas a estos números son gratis.

Cambios en la Etapa del periodo sin Cobertura y Etapa de la Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa del periodo sin Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica – son para los que gastan mucho en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del periodo sin Cobertura ni a la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

A partir del 2024, si usted llega a la Etapa de la Cobertura Catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio aumentado.

Para informarse específicamente de sus costos en estas etapas, fíjese en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

SECCIÓN 3.1 Si desea seguir inscrito en *Leon MediDual*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *Leon MediDual*.

SECCIÓN 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 5), o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Leon MediDual*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Leon MediDual*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Puesto que usted tiene Medicaid, tal vez pueda dar por terminada su membresía en nuestro plan o cambiarse para un plan distinto una sola vez durante cada uno de los siguientes **Períodos Especiales de Inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *Florida*, el SHIP se denomina Servicio de Atención de Necesidades de Seguros Médicos de Mayores (*SHINE*).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *SHINE* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *SHINE* al 1-800-963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre *SHINE*, visite su sitio web (www.floridashine.org).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida, al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afecta cómo obtiene su cobertura del programa Florida Medicaid.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes

opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida al 1-800-354-2437 (1-800-FLA-AIDS) para inglés y 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) para español. (TTY: 1-888-503-7118). También puede visitar el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>

SECCIÓN 7 Preguntas

SECCIÓN 7.1 Cómo recibir ayuda de parte de Leon MediDual

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844969-5366. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para *Leon MediDual*. La Evidencia de cobertura es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.LeonHealth.com encontrará una copia

de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.LeonHealth.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

SECCIÓN 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 7.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Agencia de Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-955-8771. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde.

Multi-Language Insert

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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366。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 1-844-969-5366。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 1-844-969-5366. Maaari kayong tunglungan 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366 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 1-844-969-5366. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-969-5366 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366 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 1-844-969-5366 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 1-844-969-5366. Un nostro incaricato che parla Italiano 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366. 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 1-844-969-5366 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。

