LEON HEALTH

Aviso Anual de Cambios

MEDIMORE

2024

1º de enero - 31 de diciembre

Leon Health, Inc. is an HMO with a Medicare contract. Enrollment in Leon Health, Inc. depends on contract renewal.

Leon Health Inc.'s pharmacy network offers limited access to pharmacies with preferred cost sharing in Miami-Dade, FL. The lower costs advertised in our plan materials for these pharmacies may not be available at the pharmacy you use. For up-to-date information about our network pharmacies, including pharmacies with preferred cost sharing, please call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or consult the online pharmacy directory at www.LeonHealth.com.

H4286_ANOC003S_2024_M

Leon MediMore (HMO) ofrecido por Leon Health, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de ***Leon MediMore***. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 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.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

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 MediMore***.
- 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 MediMore***.
- 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 MediMore*

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

H4286_ANOC003S_2024_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024 . . . . . **5**

Sección 1 **A menos que elija otro plan, quedará automáticamente inscrito en *Leon MediMore* para 2024** **6**

Sección 2 **Cambios en los costos y beneficios para el año próximo** **7**
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual 7
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7
Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias 8
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8
Sección 2.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D . . . 10

Sección 3 **Cómo decidir qué plan elegir** **12**
Sección 3.1 Si desea seguir inscrito en *Leon MediMore* (HMO) 12
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan 12

Sección 4 **Plazo para el cambio de plan** **13**

Sección 5 **Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare** **13**

Sección 6 **Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta** **14**

Sección 7 **Preguntas** **15**
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de parte de *Leon MediMore* (HMO) 15
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare 15

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para *Leon MediMore* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

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.	**$0** Leon Health, Inc. cubrirá **$110** de su prima de la Parte B. Recibirá de vuelta el reembolso por la cantidad de la prima en su cheque mensual del Seguro Social. Este proceso entra normalmente en vigor en 90 días.	**$0** Leon Health, Inc. cubrirá **$110** de su prima de la Parte B. Recibirá de vuelta el reembolso por la cantidad de la prima en su cheque mensual del Seguro Social. Este proceso entra normalmente en vigor en 90 días.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).	**$3,450**	**$3,450**
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: **$0** por consulta Consultas a especialistas: **$0** por consulta	Consultas de atención primaria: **$0** por consulta Consultas a especialistas: **$0** por consulta
Hospitalizaciones	Dia(s) 1-5: **$50** copago por estadía A partir del 6to día: **$0** copago por estadía	Dia(s) 1-5: **$50** copago por estadía A partir del 6to día: **$0** copago por estadía
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: **$0** Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Suministro de 30 días adquirido en una *farmacia de la red con costo compartido preferido:* Nivel 1 de medicamentos: **$0** copago	Deducible: **$0** Copago/Coseguro correspondiente durante la Etapa de cobertura inicial: Suministro de 30 días adquirido en una *farmacia de la red con costo compartido preferido*: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** copago

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información). (continúa)	• Nivel 2 de medicamentos: **$47** copago No pagara más de **$35** por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. • Nivel 3 de medicamentos: **$97** copago • Nivel 4 de medicamentos: **33%** de coseguro Cobertura Catastrófica: • 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.	• Nivel 2 de medicamentos: **$47** copago No pagara más de **$35** por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. • Nivel 3 de medicamentos: **$97** copago • Nivel 4 de medicamentos: **33%** de coseguro Cobertura Catastrófica: • 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.

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

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en *Leon MediMore*. 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 MediMore*. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

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).	**$0**	**$0** La prima mensual no cambia el próximo año de beneficios.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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 Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	**$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. No hay cambio en el monto máximo que paga de su bolsillo para el próximo año de beneficios.

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

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)
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**.
Servicios dentales • Servicios dentales preventivos e integrales	El máximo permitido anual combinado es de **$4,000** por los servicios preventivos e integrales.	El máximo permitido anual combinado es de **$5,000** por los servicios preventivos e integrales.
Excepción del nivel del formulario	El nivel de excepción es el **Nivel 2**.	El nivel de excepción es el **Nivel 3**.
Comidas – Después del alta	El beneficio de comidas después del alta está disponible inmediatamente después de una 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Tratamiento por infusión en la casa	Se aplica un coseguro del **20%** cuando se trata de medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare.	Se aplica un coseguro de **0% - 20%** cuando se trata de medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare.
Productos de venta sin receta o venta libre (“OTC”, por sus siglas en ingles)	Cuota de **$25** cada tres meses para medicamentos aprobados de venta sin receta y libre y productos relacionados con la salud disponibles sólo mediante las farmacias de Leon Medical Center.	Cuota de **$50** cada tres meses para medicamentos aprobados de venta sin receta y libre y productos relacionados con la salud disponibles sólo mediante las farmacias de Leon Medical Center.
Medicamentos de venta sin receta (“OTC” por sus siglas inglés) del Programa de Manejo de la Utilización	*Leon MediMore* cubre los medicamentos de venta sin receta (OTC) del Programa de Manejo de la Utilización.	*Leon MediMore* no cubre los medicamentos de venta sin receta (OTC) del Programa de Manejo de la Utilización.
Gafas (espejuelos) de rutina	Hasta tres **(3)** pares de espejuelos cada año, sin que lleguen a ser más de **$160** por cada par de espejuelos, incluidas las mejoras, siendo el beneficio máximo de **$320.** Usted es responsable del costo superior a los $320 correspondientes al beneficio máximo anual. Las sumas no consumidas caducan al final de cada año de beneficios.	Hasta tres **(3)** pares de espejuelos cada año, incluidas las mejoras, siendo el beneficio máximo de **$320**. Usted es responsable del costo superior a los $320 correspondientes al beneficio máximo anual. Las sumas no consumidas caducan al final de cada año de beneficios. Se aplican ciertas restricciones.
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 *Evidencia de Cobertura del 2024* 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)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: 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 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 *Evidencia de cobertura*. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra "Lista de Medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búsquelos en nuestra "Lista de Medicamentos". La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D está cubierta sin que le cueste nada a usted.	Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red: **Nivel 1 – Medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$10** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$0** por medicamento con receta. **Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$47** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$47** por medicamento con receta. **Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$100** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$97** por medicamento con receta. **Nivel 4 – Medicamentos de especializados:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **33%** del costo total. *Costo compartido preferido:* Usted paga **33%** del costo total. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los **$4,660**, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red: **Nivel 1 – Medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$10** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$0** por medicamento con receta. **Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$47** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$47** por medicamento con receta. **Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **$100** por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga **$97** por medicamento con receta. **Nivel 4 – Medicamentos de especializados:** *Costo compartido estándar:* Usted paga **33%** del costo total. *Costo compartido preferido:* Usted paga **33%** del costo total. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los **$5,030**, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

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 MediMore*

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 MediMore.*

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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

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**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Leon MediMore*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su

inscripción en *Leon MediMore*.

- 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 Plazo para el cambio 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.

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

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).

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 MediMore*

¿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 MediMore*. 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.

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 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 1-844-969-5366. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 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 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ございます。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。

LEON HEALTH