



2026

MEDIDUAL

Aviso Anual de Cambios

1º de enero - 31 de diciembre



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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted se ha inscrito como miembro de *Leon MediDual (HMO D-SNP)* .

En este documento se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el año que viene.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacerle cambios a su cobertura por Medicare del año que viene.** Si no se afilia a otro plan hasta el 7 de diciembre de 2025, usted permanecerá en *Leon MediDual (HMO D-SNP)* .
- Para cambiarse a un **plan distinto**, visite www.Medicare.gov o examine la lista que está en la parte de atrás de su manual Medicare & You 2026.
- Advierta de que esto es sólo el resumen de los cambios. Hay más información acerca de los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura*. Consiga un ejemplar en www.leonhealth.com o llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) para conseguir el ejemplar por correo regular.

Más recursos

- Este documento está disponible gratuitamente en español.
- Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) para más información. El horario es de lunes a domingo, de 8 de la mañana a 8 de la noche, desde octubre hasta marzo, y de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche, desde abril hasta diciembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como en braille, letras grandes y en otros formatos alternativos. Comuníquese con el Departamento de Servicios a Miembros para más información.

Acerca de *Leon MediDual (HMO D-SNP)*

- *Leon Health, Inc.* es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Afiliarse a *Leon Health, Inc.* depende de que se renueve el contrato. También, nuestro plan tiene un acuerdo por escrito con el Programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios por Medicaid.
- Cuando en este documento se dice “nosotros,” o “nuestro,” eso se refiere a *Leon Health, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, eso se refiere a *Leon MediDual (HMO D-SNP)* .
- **Si no hace nada hasta el 7 de diciembre de 2025, quedará afiliado automáticamente a *Leon MediDual (HMO D-SNP)* .** A partir del 1ro de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de *Leon MediDual (HMO D-SNP)* . Vea la Sección 3 para informarse más de cómo cambiar de plan y de las fechas límites para hacer el cambio.

Aviso anual de cambios para 2026 | Índice

Resumen de costos importantes para 2026	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos del año que viene	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de su bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos por receta	10
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	13
Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan	14
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?	14
SECCIÓN 4 Consiga ayuda en pagar medicamentos por receta	14
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	16
Consiga ayuda de Leon MediDual (HMO D-SNP)	16
Consiga orientaciones gratuitas sobre Medicare	16
Consiga ayuda de Medicare	16
Consiga ayuda de Medicaid	17

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (año que viene)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser más de esta cantidad. Busque los detalles en la Sección 1.	\$0 mensualmente	\$0 mensualmente
Cantidad máxima de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Busque los detalles en la Sección 1).	\$3,450 Si reúne los requisitos para la ayuda en costos compartidos de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que cuenta en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B	\$3,450 Si reúne los requisitos para la ayuda en costos compartidos de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que cuenta en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.
Visitas a la consulta del médico primario	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas a consultorios de especialistas	\$0 por visita	\$0 por visita
Hospitalizaciones Incluye hospitalización con atención aguda, rehabilitación de hospitalizado, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios a pacientes hospitalizados. La atención del paciente hospitalizado comienza el día en que se le da ingreso formalmente en el hospital con orden del médico. Su último día de paciente hospitalizado es el día del alta.	\$0 copago por estadía	\$0 copago por estadía

	2025 (este año)	2026 (año que viene)
<p>Deducible de la cobertura de los medicamentos de la Parte D (Busque los detalles en la Sección 1).</p> <p>Si usted califica para el Programa de Ayuda Adicional (Low-Income Subsidy o LIS), su deducible podría ser más bajo que el monto estándar, o incluso podría ser de \$0. Por favor, consulte el inserto separado que le enviamos titulado "LIS Rider" (Cláusula LIS) para conocer el monto específico de su deducible.</p>	<p>\$590, a excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>El deducible no aplica para el nivel 5</p>	<p>\$615, a excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>El deducible no aplica para el nivel 5</p>
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Busque los detalles en la Sección 1, incluyendo el deducible anual, y las etapas de cobertura inicial y cobertura catastrófica.)</p>	<p>Copago si aplica durante la etapa de la cobertura</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 - \$4.90 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$0 - \$12.15 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$0 - \$12.15 de copago</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: \$0 - \$12.15 de copago</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 - \$10 de copago</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p>	<p>Copago si aplica durante la etapa de la cobertura</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 - \$5.10 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$0 - \$12.65 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$0 - \$12.65 de copago</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: \$0 - \$12.65 de copago</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 - \$10 de copago</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p>

SECCIÓN 1 | Cambios en los beneficios y costos del año que viene

Sección 1.1 | Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios en la prima mensual para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2 | Cambios en la cantidad máxima de su bolsillo

Medicare obliga a todos los planes de salud a limitar cuánto paga usted de su bolsillo en el año. A este límite se le dice “cantidad máxima de su bolsillo”. Una vez que usted paga esta cantidad, no suele pagar nada por los servicios de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Cantidad máxima de su bolsillo Ya que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros vienen a llegar a esta cantidad máxima del bolsillo. Si reúne los requisitos de la ayuda de Medicaid en los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que lo lleve a la cantidad máxima de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sus costos de los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos y deducibles) cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos de los medicamentos por receta no cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo.	\$3,450	\$3,450 Una vez que paga de su bolsillo \$3,450 por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario. No hay cambio en el próximo año de beneficios.

Sección 1.3 | Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores del año que viene ha cambiado. Examine el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026 en www.leonhealth.com/directory para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en su red. He aquí como seguir el

Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio de internet en www.leonhealth.com/directory
- Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) para conseguir información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos por correo ordinario el Directorio de Proveedores y Farmacias.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (los proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestros proveedores a mediados de año, llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) a fin de obtener ayuda. Para más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se va del plan, pase al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 | Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que se pagan por las medicinas por receta pueden depender de las farmacias que se usan. Los planes de medicamentos por Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos por receta están cubiertos solamente si se despachan en una de nuestras farmacias de la red. En nuestra red figuran farmacias con costos compartidos preferido en las que se le pueden ofrecer a usted costos compartidos más económicos que los costos compartidos estándares de ciertos medicamentos ofrecidos en otras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias del año que viene ha cambiado. Examine el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026 en www.leonhealth.com/directory/ para ver cuáles son las farmacias que están en nuestra red. He aquí cómo conseguir el Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio de internet en www.leonhealth.com/directory/
- Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema deben llamar al 711) para conseguir información actualizada sobre los proveedores o pídanos que le enviemos por correo ordinario el Directorio de Proveedores y Farmacias.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestras farmacias a mediados de año, llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) a fin de obtener ayuda.

Sección 1.5 | Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso Anual de Cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare. Para más información sobre los cambios en sus beneficios de Medicaid del año que viene, favor de consultar la Evidencia de Cobertura.

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) – Tarjeta Leon	<p>Los miembros de Leon MediDual reciben una asignación <i>mensual</i> de \$100 en la tarjeta prepagada para usarla en la compra de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud disponibles en las farmacias de LMC • Alimentos • Comidas* • Gasolina • Servicios públicos • Alquiler • Membresía de gimnasio • Artículos para el hogar • Control de plagas • Productos para desastres naturales • Artículos para el cuidado de mascotas • Mascotas robóticas • Aplicaciones móviles para el bienestar mental y físico • Sistema personal de respuesta a emergencias <p>* Si decide elegir la opción de comidas en un mes determinado, el saldo completo de su tarjeta Leon Plus para ese mes se utilizará exclusivamente para comidas.</p> <p>Los montos no utilizados vencen al final de cada mes. Las compras solo pueden realizarse a través de un proveedor aprobado. Los montos restantes no se transfieren si el miembro se da de baja del plan.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa</p>	<p>Los miembros de Leon MediDual reciben una asignación <i>mensual</i> de \$150 en la tarjeta prepagada para usarla en la compra de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud disponibles en las farmacias de LMC • Alimentos • Comidas* • Gasolina • Servicios públicos • Alquiler • Membresía de gimnasio • Artículos para el hogar • Control de plagas • Productos para desastres naturales • Artículos para el cuidado de mascotas • Aplicaciones móviles para el bienestar mental y físico • Sistema personal de respuesta a emergencias <p>Las mascotas robóticas ya no estarán disponibles como opción para el año 2026.</p> <p>* Si decide elegir la opción de comidas en un mes determinado, el saldo completo de su tarjeta Leon Plus para ese mes se utilizará exclusivamente para comidas.</p> <p>Los montos no utilizados vencen al final de cada mes. Las compras solo pueden realizarse a través de un proveedor aprobado. Los montos restantes no se transfieren si el miembro se da de baja del plan.</p>

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) – Tarjeta Leon (continuación)	suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Las personas deben tener al menos una condición médica que cumpla con los criterios para ser elegibles para este beneficio.	Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Las personas deben tener al menos una condición médica que cumpla con los criterios para ser elegibles para este beneficio.
Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)	Condiciones crónicas elegibles: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otras drogas - Trastornos autoinmunes - Cáncer - Trastornos cardiovasculares - Insuficiencia cardíaca crónica - Demencia - Diabetes - Enfermedad renal crónica - Trastornos hematológicos graves - VIH/SIDA - Trastornos pulmonares crónicos - Trastornos mentales crónicos y discapacitantes - Trastornos neurológicos - Accidente cerebrovascular (derrame) - Prediabetes - Hipertensión - Hipercolesterolemia - Osteoporosis - Obesidad o sobrepeso crónicos 	Condiciones crónicas elegibles: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por uso de sustancias (SUD) - Trastornos autoinmunes - Cáncer - Trastornos cardiovasculares - Insuficiencia cardíaca crónica - Demencia - Diabetes mellitus - Enfermedad renal crónica (ERC) - Trastornos hematológicos graves - VIH/SIDA - Trastornos pulmonares crónicos - Trastornos mentales crónicos y discapacitantes - Trastornos neurológicos - Accidente cerebrovascular (derrame) - Prediabetes - Hipertensión crónica - Hipercolesterolemia crónica - Osteoporosis - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
<p>Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad hepática en etapa terminal - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) - Enfermedad circulatoria crónica - Enfermedad hepática crónica - Artritis crónica <p>Las personas deben tener al menos una de las condiciones mencionadas anteriormente para cumplir con los criterios y ser elegibles para el beneficio Leon Plus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades gastrointestinales crónicas - Trasplante de órganos - Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores - Condiciones asociadas con deterioro cognitivo - Condiciones con limitaciones funcionales - Condiciones crónicas que afectan la visión, audición (sordera), gusto, tacto y olfato - Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuos para mantener o conservar el funcionamiento <p>Las personas deben tener al menos una de las condiciones mencionadas anteriormente para cumplir con los criterios y ser elegibles para el beneficio Leon Plus.</p>
<p>Servicios Dentales</p>	<p>Los miembros de Leon MediDual reciben hasta \$5,000 por año en beneficios dentales combinados de atención preventiva e integral.</p>	<p>Los miembros de Leon MediDual recibirán hasta \$5,050 por año en beneficios dentales combinados de atención preventiva e integral.</p>

Sección 1.6 | Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

A nuestra lista de medicamentos se le dice “formulario” o “Lista de Medicamentos”. El ejemplar de nuestra Lista de Medicamentos se facilita electrónicamente.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, tales como eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se imponen en ciertos medicamentos de nuestra cobertura o pasarlos a un Nivel distinto de costos compartidos. **Examine la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el año que viene y ver si habrá restricciones o si han pasado su medicamento a un Nivel distinto de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios de la Lista de Medicamentos es nueva a principios de año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos, por lo menos, una vez

al mes a fin de brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos algún cambio que afectará su acceso al medicamento que consume, le enviaremos un aviso sobre ese cambio.

Si lo afecta un cambio en nuestra cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, examine el Capítulo 9 de nuestra Evidencia de Cobertura y hable con su recetador para de averiguar cuáles son sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o ocuparse de encontrar un medicamento nuevo. Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 para más información (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 | Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos por receta

Etapas de pagos de medicamentos

Hay **tres etapas de pago de medicamentos**: La etapa del deducible anual, la etapa de la cobertura inicial y la etapa de la cobertura catastrófica. La etapa de ausencia temporal de cobertura y el Programa de Descuentos en la Ausencia de Temporal de Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **1ra Etapa: Deducible anual**

Se comienza en esta etapa de pagos cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo completo de los medicamentos que están en el nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4 hasta que se llega al deducible anual.

- **2da Etapa: Cobertura inicial**

Una vez que usted paga el deducible anual, se pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en el año alcancen los **\$2,100**.

- **3ra Etapa: Cobertura catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pagos de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Uno suele permanecer en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos por Fabricantes ha reemplazado el Programa de Descuentos en la Ausencia Temporal de Cobertura. Según el Programa de Descuentos por Fabricantes, los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo completo de nuestro plan por medicamentos de marca y agentes biológicos cubiertos en la Parte D durante la etapa de la cobertura inicial y la etapa de la cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el Programa de Descuentos por Fabricantes no cuentan en los costos de su bolsillo.

En la tabla se muestran los costos de los medicamentos por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
<p>Deducible anual</p> <p>Si usted califica para el Programa de Ayuda Adicional (<i>Low-Income Subsidy o LIS</i>), su deducible podría ser más bajo que el monto estándar, o incluso podría ser de \$0. Por favor, consulte el inserto separado que le enviamos titulado “LIS Rider” (Cláusula LIS) para conocer el monto específico de su deducible.</p>	<p>\$590</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 en costos compartidos por los medicamentos en el nivel 5 en una farmacia preferencial, \$10 en costos compartidos por los medicamentos en el nivel 5 de una farmacia estándar y el costo completo de los medicamentos en el <i>nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4</i> hasta que se llegue al deducible anual.</p>	<p>\$615</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 en costos compartidos por los medicamentos en el nivel 5 en una farmacia preferencial, \$10 en costos compartidos por los medicamentos en el nivel 5 de una farmacia estándar y el costo completo de los medicamentos en el <i>nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4</i> hasta que se llegue al deducible anual.</p>

Costos de los medicamentos en la 2da etapa: Cobertura inicial

En la tabla se muestra su costo por medicamento por receta de un suministro para un mes (30-días) despachado en una farmacia preferido que tiene costos compartidos estándares y preferidos.

Cambiamos el Nivel de ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un Nivel distinto, búselos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D está cubierta sin ningún costo para usted. Para más información sobre los costos de las vacunas o información de los costos de un suministro a largo plazo, pase al Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado de su bolsillo **\$2,100** por medicamentos cubiertos por la Parte D, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de la cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
<p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$4.90</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$4.90</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$5.10</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$5.10</p>
<p>Nivel 2 – Medicamentos preferidos de marca</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.15</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.15</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.65</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.65</p>

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos	Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.15 Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.15	Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.65 Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.65
Nivel 4 – Nivel especializado	Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.15 Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.15	Costo compartido estándar: Usted paga \$0 - \$12.65 Costo compartido preferido: Usted paga \$0 - \$12.65
Nivel 5 – Medicamentos complementarios	Costo compartido estándar: Usted paga \$10 Costo compartido preferido: Usted paga \$0	Costo compartido estándar: Usted paga \$10 Costo compartido preferido: Usted paga \$0

Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos, Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búsquelos en nuestra Lista de Medicamentos.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

Para información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, pase al Capítulo 6, Sección 6 de su Evidencia de Cobertura.

SECCIÓN 2 | Cambios Administrativos

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Plan de Medicare de pagos de medicamentos por receta	El Plan de Medicare de Pagos de Medicamentos por Receta es una opción de pagos que empezó este año y puede ayudarlo a manejar los costos de su bolsillo de medicamentos que cubre nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Usted podría estar participando en esta opción.	<p>Si usted participa en el Plan de Medicare de Pagos de Medicamentos por Receta y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente respecto a 2026.</p> <p>Para enterarse más de esta opción de pagos, llámenos al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov</p>

SECCIÓN 3 | Cómo cambiar de plan

Para permanecer en *Leon MediDual (HMO D-SNP)*, no tiene que hacer nada. A no ser que se apunte en un plan distinto o cambie para Medicare Original, a más tardar, el 7 de diciembre, se le afiliará automáticamente a nuestro *Leon MediDual (HMO D-SNP)*.

Si quiere cambiar de plan en 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud distinto de Medicare**, afíliese al plan nuevo. Se le dará de baja automáticamente de *Leon MediDual (HMO D-SNP)*.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos por Medicare**, afíliese al plan de salud nuevo. Se le dará de baja automáticamente de *Leon MediDual (HMO D-SNP)*.
- **Para cambiar a Medicare Original sin plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Llame al Departamento de Servicios al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llama al 711) para más información sobre cómo hacer esto. De lo contrario, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se le dé de baja. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se afilia a un plan de medicamentos por Medicare, podría pagar la multa por afiliación tardía (pase a la Sección 4).
- **Para informarse más de Medicare Original y de los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, revise el manual llamado Medicare & You 2026, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (pase a la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Recordatorio: Leon Health, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes podrán brindar coberturas, primas mensuales de pago y

cantidades de costos compartidos distintas.

Sección 3.1 | Fecha límite para cambiar de plan

Los afiliados a Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está afiliado a un plan Medicare Advantage comenzando el 1ro de enero de 2026 y no le gusta el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos o sin ella) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) entre el 1ro de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 | ¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, se puede tener otras oportunidades para cambiar de cobertura durante el año. Por ejemplo, quienes:

- Tienen Medicaid
- Consiguen le Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por el empleador o van a dejarla
- Se mudan del área de servicios de nuestro plan

Puesto que usted tiene Medicaid, puede dejar de ser miembro de nuestro plan al escoger una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan separado de medicamentos por receta de Medicare.
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos por receta de Medicare. (Si escoge esta opción, Medicare podría afiliarlo a un plan de medicamentos, a no ser que se haya optado por salirse de la afiliación automatizada.
- Si reúne los requisitos, el D-SNP integrado que le brinda su Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid, o todos ellos, en un plan.

Si hace poco que se mudó a una institución o vive en ella en estos momentos (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos por Medicare o sin ella) o cambiarse, en cualquier momento, a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare). Si hace poco que se mudó de la institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 | Consiga ayuda en pagar medicamentos por receta

Puede que usted reúna los requisitos de la ayuda en pagar los medicamentos por receta. Hay disponibles distintos tipos de ayuda:

- **La Ayuda Adicional de Medicare.** Los que tienen ingresos limitados podrían calificar para la Ayuda Adicional en pagar los costos de los medicamentos por receta, Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus gastos en medicamentos, inclusive las primas mensuales de los planes de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, a quienes reúnen los requisitos no se les impondrá la multa por afiliación tardía. Para ver si reúne los requisitos correspondientes, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los siete días.
 - Al Seguro Social, al 1-800-772-1213 entre las 8 de la mañana y las 7 de la noche, de lunes a viernes, para comunicarse con el representante comercial. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia en los costos compartidos de los medicamentos por receta para quienes tienen el VIH/sida.** El Programa de Asistencia en Medicamentos del Sida (el ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que quienes reúnen los requisitos del ADAP y viven con el VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para reunir los requisitos del ADAP que se desenvuelve en su estado, tiene que reunir ciertos requisitos, inclusive la prueba de residir en el estado y el estatus del VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y el estatus de no asegurado o subasegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también cubre el ADAP reúnen los requisitos para la ayuda en costos compartidos mediante el *Programa de Asistencia en Medicamentos del Sida, de la Florida (el ADAP)*. Para informarse de los requisitos correspondientes, de los medicamentos cubiertos, de cómo afiliarse al programa o si está afiliado en estos momentos, de cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) en inglés o 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) en español. (TTY: 1-888-503-7118). Cuando llame, asegúrese de informarles del nombre de su plan de la Parte D de Medicare o del número de póliza.
- **El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare.** El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare es opción de pagos que funciona con la cobertura de medicamentos que usted tiene para ayudarlo a manejar los gastos de su bolsillo por los medicamentos que cubre nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Toda persona que esté en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pagos. **Esta opción de pagos podría ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni le reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional y las ayudas de su SPAP y ADAP, de aquéllos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que participar en el Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare. Todo miembro está apto para la opción de pagos del Plan de Pagos de Medicamentos por Receta. Para informarse más de esta opción de pagos, llámenos al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) o visitar www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 | ¿Preguntas?

Consiga ayuda de *Leon MediDual (HMO D-SNP)*

- **Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366. (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711).**

Estamos a su disposición para recibir llamadas telefónicas los siete días de la semana, de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche, desde octubre hasta 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 gratuitas.

- **Lea su Evidencia de Cobertura de 2026**

En este Aviso Anual de Cambios se le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos en 2026. Para más detalles, pase a la Evidencia de Cobertura de 2026, de *Leon MediDual (HMO D-SNP)*. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal detallada de los beneficios de nuestro plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que hay que seguir para conseguir la cobertura de los servicios y medicamentos por receta. Obtenga la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio de internet en www.leonhealth.com o llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos un ejemplar por correo ordinario.

- **Visite www.leonhealth.com/directory**

En nuestro sitio de internet está la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (el Directorio de Proveedores y Farmacias) y nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (el formulario/la Lista de Medicamentos).

Consiga orientaciones gratuitas sobre Medicare

El Programa de Asistencia en Seguros Médicos del Estado (por su sigla en inglés “SHIP”) es un programa gubernamental independiente que tiene orientadores capacitados en todos los estados. En la *Florida*, el nombre de SHIP es Serving Health Insurance Needs of Elders (por sus siglas en inglés “SHINE”) [Entendiendo las Necesidades en Seguros del Adulto Mayor].

Llame a *SHINE* para obtener orientaciones personales sobre seguros médicos. Pueden ayudarlo a entender las opciones de sus planes de Medicare y Medicaid y responder a preguntas sobre cambiar de plan. Llame a *SHINE* al 1-800-963-5337 (TDD/TTY: 1-800- 955-8770). Puede informarse más de SHINE, visitando su sitio de internet en (www.floridashine.org).

Consiga ayuda de Medicare

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

Se puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Se puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escríbale a Medicare**

Se puede escribir a Medicare: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio de internet oficial de Medicare tiene información sobre costos, coberturas y ratings de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare de su área.

- **Lea Medicare & You 2026**

El manual *Medicare & You 2026* se les envía a los afiliados a Medicare en el otoño. Contiene un resumen de sus beneficios, derechos y protecciones de Medicare y se responden a las preguntas que se plantean con más frecuencia sobre Medicare.

Consiga ayuda de Medicaid

Llame a Florida Medicaid al 1-888-419-3456. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-800-955-8771 *para conseguir ayuda referente a preguntas sobre la afiliación a Medicaid o beneficios del mismo.*

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Leon Health, Inc. es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y contrato con el Programa Medicaid de la Florida . Afiliarse a Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el Programa Medicaid de la Florida para coordinar beneficios.

La red de farmacias de Leon Health Inc. ofrece acceso limitado a las farmacias que brindan costos compartidos preferidos en Miami-Dade, FL. Los precios más bajos que se anuncian en los documentos de nuestro plan, que brindan estas farmacias, tal vez no estén disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, inclusive las farmacias que brindan costos compartidos preferidos, favor de llamar al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte en línea el Directorio de Farmacias y Proveedores en www.leonhealth.com.

Los beneficios mencionados son parte de un programa especial suplementario para enfermos crónicos. Para reunir los requisitos de estos beneficios, los afiliados deben tener, por lo menos, una de estas enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, enfermedad crónica de los riñones, hipercolesterolemia, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes. Hay más requisitos que no figuran aquí. Sin embargo, tener una enfermedad crónica por la que se reúnen los requisitos no garantiza que el afiliado recibirá el beneficio. Reunir los requisitos de la cobertura del ítem o servicio depende de si el afiliado está clasificado como “afiliado crónicamente enfermo”.

Los beneficios varían según los grupos de beneficios de los planes.

En esta información no se ofrece una descripción completa de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-844-969- 5366. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711 para más información.

Leon Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina según la raza, color de la tez, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Aviso de disponibilidad

English — English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español — Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También se encuentran disponibles sin costo ayudas y servicios auxiliares para obtener información en formatos accesibles. Llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte a su proveedor.

中文 — Chinese

注意：如果您讲中文，可免费使用语言援助服务。为提供可访问格式的信息，也可免费使用适当的辅助工具和服务。请拨打 1-844-969-5366 (TTY: 711) 或联系您的服务提供者。

Srpski / Hrvatski / Bosanski — Serbo-Croatian

PAŽNJA: Ako govorite Srpski / Hrvatski / Bosanski, besplatne usluge jezične pomoći su vam dostupne. Također su dostupne odgovarajuće pomoćne usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima bez naknade. Pozovite 1-844-969-5366 (TTY: 711) ili se obratite svom pružatelju usluga.

한국어 — Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-969-5366 (TTY: 711)로 전화하거나 제공자에게 문의하십시오.

Tiếng Việt — Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ có sẵn cho bạn. Các phương tiện trợ giúp thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi 1-844-969-5366 (TTY: 711) hoặc liên hệ nhà cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية — Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. كما تتوفر المساعدات والخدمات المناسبة لتوفير أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص (TTY: 711) المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على 1-844-969-5366 بك.

Deutsch — German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-844-969-5366 (TTY: 711) an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Tagalog — Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Angkop ding magagamit nang libre ang mga tulong at serbisyo upang maipahayag ang impormasyon sa naa-access na mga format. Tumawag sa 1-844-969-5366 (TTY: 711) o maki-pag-ugnayan sa iyong tagapagbigay.

Русский — Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на Русский, для вас доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах бесплатно. Позвоните 1-844-969-5366 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Français — French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-969-5366 (TTY : 711) ou contactez votre prestataire.

日本語 — Japanese

注意: 日本語を話す場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。情報をアクセス可能な形式で提供するための適切な補助具およびサービスも無料で利用可能です。1-844-969-5366 (TTY: 711) に電話するか、提供者にお問い合わせください。

Română — Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, serviciile gratuite de asistență lingvistică sunt disponibile pentru dumneavoastră. Ajutoarele și serviciile adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-844-969-5366 (TTY: 711) sau contactați furnizorul dumneavoastră.

سوداني — Sudanese Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث سوداني، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر الوسائل المساعدة والخدمات المناسبة أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 711) لتقديم المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-844-969-5366 الخاص بك.

فارسی — Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات به فرمت‌های قابل دسترسی نیز به صورت رایگان ارائه می‌شود. با شماره 1-844-969-5366 تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید (TTY: 711).

Українська — Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте Українська, безкоштовні послуги мовної підтримки доступні для вас. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації в доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-844-969-5366 (TTY: 711) або зверніться до вашого постачальника послуг.

