



2026

MEDIEXTRA

Aviso Anual de Cambios

1º de enero - 31 de diciembre



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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted se ha inscrito como miembro de *Leon MediExtra (HMO)*.

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 MediExtra (HMO)*.
- 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 MediExtra (HMO)*

- *Leon Health, Inc.* es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Afiliarse a *Leon Health, Inc.* depende de que se renueve el contrato.
- 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 MediExtra (HMO)*.
- El 1º de enero de 2026, *Leon Health, Inc.* combinará *Leon MediExtra (HMO)* con uno de nuestros planes, *Leon MediExtra (HMO)*. En este documento se le informa de las diferencias entre sus beneficios actuales por *Leon MediPlus (HMO)* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2026 como miembro de *Leon MediExtra (HMO)*.
- **Si no hace nada hasta el 7 de diciembre de 2025, quedará afiliado automáticamente a *Leon MediExtra (HMO)*.** A partir del 1ro de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de *Leon MediExtra (HMO)*. Vea la Sección 3 para informarse más de cómo cambiar de plan y de las fechas límites para hacer el cambio.

H4286_ANOC001S_2026_M

Aviso anual de cambios para 2026 | Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos del año que viene	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de su bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	8
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos por receta	9
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	12
Sección 3.1 Fechas límites para cambiar de plan	12
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?	12
SECCIÓN 4 Consiga ayuda en pagar medicamentos por receta	13
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	14
Consiga ayuda de <i>Leon MediExtra (HMO)</i>	14
Consiga orientaciones gratuitas sobre Medicare	14
Consiga ayuda de Medicare	15

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).	\$1,000	\$1,000
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
Deducible de la cobertura de los medicamentos de la Parte D (Busque los detalles en la Sección 1).	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (año que viene)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Busque los detalles en la Sección 1, incluyendo el deducible anual, y las etapas de cobertura inicial y cobertura catastrófica.)</p>	<p>Copago/Coseguro, si aplica durante la etapa de la cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este Nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 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/Coseguro, si aplica durante la etapa de la cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este Nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 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.

Factores que pueden cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- **Multa por afiliación tardía** – La prima mensual de su plan será más si tiene que pagar la multa de por vida por afiliación tardía por estar sin otra cobertura de medicamentos que haya sido, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos por Medicare (también llamada cobertura acreditada) durante 63 días o más.
- **Sobrecargo por ingresos altos** – Si sus ingresos son altos, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes, directamente al gobierno, por la cobertura de medicamentos por Medicare.

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 Sus gastos en los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo. Sus gastos en medicamentos por receta no cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo.	\$1,000	\$1,000 Una vez que paga de su bolsillo \$1,000 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 pídasnos 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

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en ingles)	Los miembros de Leon MediExtra reciben una asignación <i>mensual</i> de \$70 para la compra de medicamentos de venta sin receta (OTC) y otros productos relacionados con la salud exclusivamente a través de las farmacias de Leon Medical Centers.	Los miembros de Leon MediExtra recibirán una asignación <i>mensual</i> de \$100 en la tarjeta prepagada Leon para comprar medicamentos de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud en las farmacias de Leon Medical Centers o en establecimientos minoristas aprobados .
Cobertura Mundial	Los miembros de Leon MediExtra están cubiertos para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, incluyendo transporte de emergencia, de la siguiente manera: Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo: \$50 de copago por visita Transporte de emergencia terrestre y aéreo en todo el mundo: \$50 de copago	Los miembros de Leon MediExtra están cubiertos para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, incluyendo transporte de emergencia, de la siguiente manera: Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo: \$40 de copago por visita Transporte de emergencia terrestre y aéreo en todo el mundo: \$40 de copago

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**

No tenemos deducible, así que esta etapa no se aplica a usted.

- **2da Etapa: 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.

Los costos de los medicamentos en la 1ra etapa: Deducible anual

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

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Deducible anual	Puesto que no tenemos deducible, esta etapa de pagos no se aplica a usted.	Puesto que no tenemos deducible, esta etapa de pagos no se aplica a usted.

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)
Nivel 1 – Medicamentos genéricos	Costo compartido estándar: Usted paga \$5 Costo compartido preferido: Usted paga \$0	Costo compartido estándar: Usted paga \$5 Costo compartido preferido: Usted paga \$0
Nivel 2 – Medicamentos preferidos de marca	Costo compartido estándar: Usted paga \$20 Costo compartido preferido: Usted paga \$0	Costo compartido estándar: Usted paga \$20 Costo compartido preferido: Usted paga \$0
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos	Costo compartido estándar: Usted paga \$50 Costo compartido preferido: Usted paga \$40	Costo compartido estándar: Usted paga \$50 Costo compartido preferido: Usted paga \$40
Nivel 4 – Nivel especializado	Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total	Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total
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

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>
Consolidación de planes (solo aplica a los miembros que están en transición de <i>Leon MediPlus</i> a <i>Leon MediExtra</i>)	En estos momentos, usted está afiliado a <i>LeonMediPlus (HMO)</i> .	El plan <i>Leon MediPlus (HMO)</i> a que usted estaba afiliado en 2025 no se ofrecerá en 2026. Por consiguiente, a usted se le ha hecho la transición para pasar a <i>Leon MediExtra (HMO)</i> , ofrecido por <i>Leon Health, Inc.</i> , a partir del 1º de enero de 2026.

SECCIÓN 3 | Cómo cambiar de plan

Para permanecer en *Leon MediExtra (HMO)*, 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 MediExtra (HMO)*.

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 MediExtra (HMO)*.
- **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 MediExtra (HMO)*.
- **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 | Fechas límites 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

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 MediExtra (HMO)*

- **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 MediExtra (HMO)*. 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 un ejemplar en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

El resto de este documento aplica únicamente a los miembros de *Leon MediPlus* que serán transferidos al plan *Leon MediExtra* a partir del 1 de enero de 2026.

Puede revisar los cambios entre su plan actual, *Leon MediPlus (HMO)*, y el plan al que será transferido a partir del 1 de enero de 2026, *Leon MediExtra (HMO)*, en las tablas comparativas que se muestran a continuación.

Resumen de costos importantes en 2026

	<i>Leon MediPlus (HMO)</i>	<i>Leon MediExtra (HMO)</i>
Prima mensual del plan*	\$0 mensualmente	\$0 mensualmente
* Su prima podría ser más de esta cantidad. Busque los detalles en la Sección 1.		

	Leon MediPlus (HMO)	Leon MediExtra (HMO)
<p>Cantidad máxima 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 Parte B. (Busque los detalles en la Sección 1).</p>	\$1,000	\$1,000
<p>Visitas a la consulta del médico primario</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Visitas a consultorios de especialistas</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Hospitalizaciones</p> <p>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.</p>	<p>Día(s) 1 – 5: \$50 de copago por día</p> <p>Días 6 – 90+: \$0 de copago</p>	\$0 copago por estadía
<p>Deducible de la cobertura de los medicamentos de la Parte D (Busque los detalles en la Sección 1).</p>	\$0	\$0

	Leon MediPlus (HMO)	Leon MediExtra (HMO)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Busque los detalles en la Sección 1, inclusive el deducible anual y las etapas de cobertura inicial cobertura catastrófica).</p>	<p>Copago/Coseguro, si aplica durante la etapa de la cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$40 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$60 de copago</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este Nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 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/Coseguro, si aplica durante la etapa de la cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este Nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: \$0 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

	<i>Leon MediPlus (HMO)</i>	<i>Leon MediExtra (HMO)</i>
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.

Factores que pueden cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- Multa por afiliación tardía – La prima mensual de su plan será más si tiene que pagar la multa de por vida por afiliación tardía por estar sin otra cobertura de medicamentos que haya sido, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos por Medicare (también llamada cobertura acreditada) durante 63 días o más.
- Sobrecargo por ingresos altos – Si sus ingresos son altos, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes, directamente al gobierno, por la cobertura de medicamentos por Medicare.

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.

	<i>Leon MediPlus (HMO)</i>	<i>Leon MediExtra (HMO)</i>
Cantidad máxima de su bolsillo Sus gastos en los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo. Sus gastos en medicamentos por receta no cuentan en llegar a la cantidad máxima de su bolsillo.	\$1,000	\$1,000 Una vez que paga de su bolsillo \$1,000 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 1.5 | Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	<i>Leon MediPlus (HMO)</i>	<i>Leon MediExtra (HMO)</i>
Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) – Tarjeta Leon	Los miembros de <i>Leon MediPlus</i> reciben una cuota de \$50 mensual que se puede usar en comprar productos vendidos sin receta (llamados “OTC”), alimentos, servicios públicos, alquiler y demás gastos que reúnen los requisitos.	Los miembros de <i>Leon MediExtra</i> no serán elegibles para este beneficio.
Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Los miembros de <i>Leon MediPlus</i> reciben una asignación <i>mensual</i> de \$50 para comprar medicamentos de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud.	Los miembros de <i>Leon MediExtra</i> recibirán una asignación <i>mensual</i> de \$100 para comprar medicamentos de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud.
Cobertura Mundial	Los miembros de <i>Leon MediPlus</i> están cubiertos para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, incluyendo transporte de emergencia, de la siguiente manera: Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo: \$100 de copago por visita Transporte de emergencia terrestre y aéreo en todo el mundo: \$100 de copago	Los miembros de <i>Leon MediExtra</i> están cubiertos para servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, incluyendo transporte de emergencia, de la siguiente manera: Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo: \$40 de copago por visita Transporte de emergencia terrestre y aéreo en todo el mundo: \$40 de copago

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**

No tenemos deducible, así que esta etapa no se aplica a usted.

- **2da Etapa: 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.

Los costos de los medicamentos en la 1ra etapa: Deducible anual

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

	Leon MediPlus (HMO)	Leon MediExtra (HMO)
Deducible anual	Puesto que no tenemos deducible, esta etapa de pagos no se aplica a usted.	Puesto que no tenemos deducible, esta etapa de pagos no se aplica a usted.

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).

	Leon MediPlus (HMO)	Leon MediExtra (HMO)
Nivel 1 – Medicamentos genéricos	Costo compartido estándar: Usted paga \$5 Costo compartido preferido: Usted paga \$0	Costo compartido estándar: Usted paga \$5 Costo compartido preferido: Usted paga \$0
Nivel 2 – Medicamentos preferidos de marca	Costo compartido estándar: Usted paga \$47 Costo compartido preferido: Usted paga \$40	Costo compartido estándar: Usted paga \$20 Costo compartido preferido: Usted paga \$0
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos	Costo compartido estándar: Usted paga \$70 Costo compartido preferido: Usted paga \$60	Costo compartido estándar: Usted paga \$50 Costo compartido preferido: Usted paga \$40
Nivel 4 – Nivel especializado	Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total	Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total
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

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.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Leon Health, Inc. es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato.

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 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.

