



# RESUMEN DE BENEFICIOS

1° de enero - 31 de diciembre

MEDIMORE

# 2025





# Resumen de Beneficios de 2025

## *Leon MediMore (HMO)*

Leon Health, Inc. – H4286, Plan 003

**Desde el 1ro de enero del 2025 hasta el 31 de diciembre del 2025.**

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

Este libro le brinda un resumen de lo que cubre ***Leon MediMore (HMO)*** y de lo que usted paga. No incluye cada uno de los servicios que cubrimos, ni cada una de las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura* (conocida por “EOC”) del plan disponible en línea en [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com), o llámenos para solicitar una copia.

Para afiliarse a ***Leon MediMore (HMO)***, es imprescindible:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Vivir en el condado de Miami-Dade, Florida.

**Verifique si su Médico de Atención Primaria (PCP) es parte de la red del plan**

***Leon MediMore (HMO)*** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. Para saber que proveedores y farmacias forman parte de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias disponible en nuestro sitio web [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com), o puede obtener una copia llamándonos.

**Verifique si sus medicamentos por receta están cubiertos**

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos y cualquier restricción, visite nuestro sitio web o llámenos para solicitar una copia del Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos).

**¿Cómo puedo informarme sobre Medicare Original?**

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Puede encontrarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Para más información y asistencia...**

Llame al Departamento de Servicio para Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) o visítenos en nuestro sitio web [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com). Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este documento está disponible en otros formatos como en braille, letras grandes o audio.

H4286\_SUMBEN003S\_2025\_M

Prima, deducible y máximo de gastos de su bolsillo	Lo que usted debe saber
<b>Prima mensual</b>	<p><b>\$0</b> al mes.</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a no ser que Medicaid o una entidad externa le pague su prima de la Parte B).</p> <p>*Leon Health, Inc. cubrirá <b>\$167</b> de su prima de la Parte B. Recibirá el reembolso de la suma correspondiente a la prima en su cheque mensual del Seguro Social. Este proceso suele tardar 90 días.</p>
<b>Deducible médico</b>	<p><b>\$0</b></p> <p><i>Leon MediMore</i> no tiene deducible médico.</p>
<p><b>Monto máximo de bolsillo que debe pagar</b> (no se incluyen los medicamentos por receta de la Parte D)</p>	<p><b>\$3,450</b> por año para los servicios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red.</p> <p>Este monto es el máximo que pagará por copagos, coseguro y demás costos por los servicios cubiertos de Medicare Parte A (hospital) y Parte B (médicos) durante el año. Una vez que alcance este límite, pagaremos el costo total de los servicios cubiertos en nuestro plan por el resto del año.</p> <p>Aún tendrá que pagar sus primas mensuales y costos compartidos de sus medicamentos por receta de la Parte D.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Se incluyen los hospitales de pacientes ingresados con enfermedades agudas, ingresados por rehabilitación, los de cuidados a largo plazo y demás tipos de servicios de hospital prestados a pacientes ingresados.</p>	<p><b>Día(s) 1 – 5:</b> <b>\$50</b> copago por día</p> <p><b>Días 6 – 90:</b> <b>\$0</b> copago</p> <p><b>Días 91+:</b> <b>\$0</b> copago</p>	<p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b>\$50</b> copago</p> <p><b>\$0</b> copago por transfusiones</p>	
<p><b>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b>\$120</b> copago por estadía</p>	
<p><b>Centro Quirúrgico Ambulatorio</b> (“ASC” por sus siglas en ingles)</p>	<p><b>\$30</b> copago</p>	

Resumen de Beneficios para 2025 de *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Visitas al Médico</b>		
Médico primario (PCP)	\$0 copago	Incluye las consultas (virtuales) de telemedicina con el médico que cubre Medicare.
Especialista	\$0 copago	Incluye las consultas (virtuales) de telemedicina con el médico que cubre Medicare.  Podrían ser necesarios el referido y/o la autorización previa.
<b>Atención preventiva</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Prueba de detección del abuso de bebidas alcohólicas</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Medición de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>• Prueba de detección del cáncer del seno (mamografías)</li> <li>• Visita por reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Pruebas por enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección del cáncer cervical y del vaginal (prueba de Papanicolaou),</li> <li>• Prueba de detección del cáncer colorrectal</li> <li>• Prueba de detección de la depresión</li> <li>• Prueba de detección de la diabetes</li> <li>• Entrenamiento para el automanejo de la diabetes,</li> <li>• Prueba de detección del glaucoma*</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Vacunas (contra la gripe, neumonía y hepatitis B, COVID-19)</li> </ul>	\$0 copago	<p>Se cubrirá todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año de beneficios. Favor de ver la frecuencia de los servicios cubiertos en nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> (EOC).</p> <p>Se requiere referido.</p> <p>*Para la prueba de detección del glaucoma se necesita el referido y/o la autorización previa.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes (“MDPP” por sus siglas en inglés)</li> <li>• Prueba de detección del cáncer pulmonar (Tomografía computarizada a dosis baja)</li> <li>• Prueba de detección y tratamiento de la obesidad</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de la próstata</li> <li>• Prueba de detección de infecciones por enfermedades de transmisión sexual y orientaciones al respecto</li> <li>• Orientaciones sobre cómo dejar de fumar y de consumir productos de tabaco</li> <li>• Visita preventiva “Bienvenido(a) a Medicare”</li> </ul>		<p>Se cubrirá todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año de beneficios. Favor de ver la frecuencia de los servicios cubiertos en nuestra Evidencia de Cobertura (EOC).</p> <p>Se requiere referido.</p>
<b>Atención de emergencia y servicios de urgencia</b>		
Atención de emergencia	<b>\$120</b> copago por visita	No se aplica el copago por el beneficio si es admitido en el hospital.
Cobertura internacional de servicios de emergencia y atención de urgencia, incluido el transporte de emergencia	<b>\$120</b> copago para atención de emergencia mundial <b>\$100</b> copago para atención urgente mundial <b>\$100</b> copago para el transporte terrestre de emergencia mundial <b>20%</b> del costo para el transporte aéreo de emergencia mundial	<p>No se aplica el copago por el beneficio si es admitido en el hospital.</p> <p>Cobertura proporcionada a través de reembolso directo al miembro después de la aprobación del plan de la documentación de respaldo. El plan reembolsará las tarifas permitidas por Medicare.</p>
Servicios de urgencias	<b>\$0</b> copago	

Resumen de Beneficios para 2025 de *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio / imagenología</b>		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa. No se necesita autorización previa para la prueba del COVID-19.
Servicios de laboratorio	\$0 copago	
Servicios radiológicos terapéuticos	20% del costo	
Servicios de radiografía a pacientes ambulatorios	\$0 copago	
Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas)	\$0 copago	
<b>Servicios de audición</b>		
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.	\$0 copago	Se necesita el referido.
Examen de audición de rutina (1 al año)	\$0 copago	
Evaluación y ajuste de audífonos (1 cada 3 años)	\$0 copago	
Audífonos recetados	\$0 copago	<i>Leon MediMore</i> cubre hasta <b>\$1,050</b> por audífono por oído (beneficio máximo de <b>\$2,100</b> cada tres (3) años). Se necesita el referido.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios dentales</b>		
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) - Servicios de odontología limitados (no se incluyen los servicios relacionados con la atención, tratamientos, empastes, extracciones ni reemplazos de dientes).	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Servicios dentales preventivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (1 cada 6 meses)</li> <li>• Radiografía(s) de la boca (1 cada 6 meses)</li> <li>• Tratamiento por flúor (1 al año)</li> <li>• Examen de la boca (1 cada 6 meses)</li> </ul>	\$0 copago	Hasta <b>\$5,250</b> cada año por servicios dentales preventivos e integrales combinados.  El costo compartido del miembro es <b>cero</b> por servicios hasta el monto máximo de cobertura del plan. Al agotarse la suma por beneficios del plan, el miembro es responsable de los costos adicionales de los servicios odontológicos preventivos e integrales.  Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada año.  Consulte la lista completa de los servicios dentales cubiertos y limitaciones en el <i>Programa Dental de Beneficios de 2025</i> .
<b>Servicios dentales integrales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios no rutinarios</li> <li>• Servicios diagnósticos</li> <li>• Servicios restaurativos (Empastes)</li> <li>• Endodoncia (Tratamientos de conducto)</li> <li>• Periodoncia (Tratamiento de las encías y huesos)</li> <li>• Prostodoncia (Dentaduras)</li> <li>• Implantes dentales (2 al año)</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial (Extracciones)</li> </ul>	\$0 copago	

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios de la visión</b>		
Examen de la vista (cubierto por Medicare)	\$0 copago	Diagnósticos y tratamientos de las enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular por la edad.  Prueba de detección de la retinopatía diabética ( <b>1</b> al año).  Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Examen de visión de rutina ( <b>1</b> al año)	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Espejuelos y accesorios de rutina: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejuelos (lentes y armaduras)</li> <li>• Lentes de contacto</li> <li>• Mejoras</li> </ul>	\$0 copago	Hasta dos ( <b>2</b> ) pares de espejuelos al año, incluida las mejoras, sin límite por par de espejuelos, siendo el beneficio máximo <b>\$320</b> .  - O bien -  Hasta cuatro ( <b>4</b> ) cajas de lentes de contacto suaves cada año, sin superar <b>\$35</b> por caja de lentes de contacto suaves, siendo el beneficio máximo de <b>\$140</b> .  Un ( <b>1</b> ) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, incluyendo la inserción de un lente intraocular.  Los servicios de visión están disponibles únicamente en el centro óptico de Leon Medical Centers.  Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada año.  Se necesitan el referido y/o la autorización previa.  Restricciones aplican.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<p><b>Servicios de la salud mental</b></p>	<p><b>Día(s) 1 – 5:</b> \$50 copago por día</p> <p><b>Días 6 – 90:</b> \$0 copago</p> <p><b>Días de reserva de por vida:</b> \$0 copago</p> <p><b>Después de los días de reserva de por vida:</b> El miembro es responsable de todos los costos.</p>	<p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos:</b></p> <p><i>Leon MediMore</i> cubre hasta 90 días por cada período de beneficios para la atención hospitalaria de salud mental para pacientes internados.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital y termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está vinculado al año calendario.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” cubiertos que solo se pueden usar una vez. Una vez que agote estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias para pacientes internados se limitará a 90 días.</p> <p><b>Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Internos:</b></p> <p><i>Leon MediMore</i> tiene un límite de por vida de 190 días para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Si recibe atención de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general, no cuenta para sus 190 días.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>

Resumen de Beneficios para 2025 de *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Cuidado de la Salud Mental</b> - Servicios de terapia de grupo e individual para pacientes ambulatorios	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<b>Día(s) 1 – 20:</b> \$0 copago <b>Días 21 – 100:</b> \$20 copago por día	Se cubren hasta <b>100</b> días en un centro de enfermería especializada por cada periodo de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando no ha recibido atención especializada cubierta por Medicare en un SNF durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está vinculado al año calendario. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Fisioterapia</b>	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Servicios de Ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	\$100 copago	Las reglas de autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.
Ambulancia aérea	20% del costo	
<b>Transporte</b>	\$0 copago	Transporte brindado por los servicios de transporte de Leon Health. Viajes ilimitados a citas médicas con médicos dentro de la red, instalaciones médicas y otras ubicaciones aprobadas. El transporte está disponible solamente hasta el centro geográficamente más cercano desde el hogar del paciente. Los viajes deben ser programados con al menos 48 horas de anticipación. Se requiere autorización previa para viajes de más de 30 millas de ida.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p><b>\$0</b> copago por la inyección de hialuronato de sodio, la inyección intravítrea de bevacizumab (Avastina), la inyección de enoxaparina y los medicamentos inhalados por nebulizador.</p> <p><b>20%</b> del costo por los demás medicamentos de la Parte B y vacunas de la Parte B.</p> <p><b>0% - 20%</b> de costo por medicamentos de Quimioterapia/ Radiación.</p> <p>No pagará más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto.</p> <p><b>\$0</b> copago por la vacuna contra la gripe, neumonía, hepatitis B y COVID-19.</p>	<p>Se necesita la autorización previa.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada. La terapia escalonada es un proceso que requiere probar primero otro medicamento antes del medicamento inicialmente recetado.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B que son elegibles para descuentos pueden estar sujetos a un menor coseguro. Los medicamentos y posibles ahorros cambian cada trimestre.</p>

### Beneficios adicionales con el plan *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	<b>\$0</b> copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Diálisis (servicios para enfermedades renales)</b>		
Tratamiento de diálisis a pacientes ambulatorios y hospitalizados	<b>20%</b> del costo	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Entrenamiento en autodiálisis	<b>\$0</b> copago	

Resumen de Beneficios para 2025 de *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Educación para las enfermedades renales	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Programas de acondicionamiento físico y bienestar</b>		
Programa de Acondicionamiento Físico	\$0 copago	<p>Los Centros de Salud y Bienestar de Leon cuentan con equipos de entrenamiento de fuerza y cardiovascular para ayudarlo a alcanzar sus metas de acondicionamiento físico. Además, se ofrece información sobre diversos temas de salud y programas para el desarrollo personal.</p> <p>Disfrute de seminarios de salud sobre temas importantes que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Preventiva</li> <li>• Alimentación y Nutrición</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Prevención de Caídas</li> </ul> <p>El beneficio incluye acceso a equipos de ejercicio y clases de ejercicio en grupo, según disponibilidad.</p>
<b>Servicios de asistencia médica a domicilio</b>	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Atención de Hospicio</b>		
Programa de Hospicio Certificado por Medicare	Los servicios de hospicio están cubiertos por Medicare Original, no por nuestro plan.	Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare.
Servicios de Consulta de Hospicio	\$0 copago	Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) antes de que elija el hospicio.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Comidas – Después del Alta Hospitalaria</b>	\$0 copago	Puede ser elegible para recibir <b>14</b> comidas nutritivas entregadas a domicilio ( <b>2</b> comidas por día durante <b>7</b> días) después del alta de una hospitalización como paciente interno en un hospital o centro de enfermería especializada. Tiene derecho a recibir este beneficio hasta tres ( <b>3</b> ) veces al año, con un máximo anual total de <b>42</b> comidas.  Las llamadas para programar los beneficios serán coordinadas por el proveedor del plan.
<b>Equipos y suministros médicos</b>		
Equipos médicos duraderos (sillas de rueda, oxígeno, etc.)	<b>0% - 20%</b> del costo  *El monto del coseguro varía según el artículo	Se necesita la autorización previa. Leon Health tiene proveedores/ fabricantes preferidos para Equipos Médicos Duraderos (DME, por sus siglas en inglés).
Suministros médicos y dispositivos protésicos (dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa.
<b>Servicios y suministros para diabéticos</b>	\$0 copago	<i>Leon MediMore</i> limita los suministros para diabéticos exclusivamente a True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle y Glucocard.
<b>Servicios de tratamiento por el consumo de opioides</b>	\$0 copago	Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento a base de agonistas y antagonistas opioides</li> <li>• Despacho y administración de dichos medicamentos, si corresponden.</li> <li>• Orientación sobre el consumo de sustancias</li> <li>• Terapias individuales y grupales y pruebas de toxicología.</li> </ul> Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Resumen de Beneficios para 2025 de *Leon MediMore (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Cirugía ambulatoria</b>	<b>\$40</b> copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	<b>\$0</b> copago	<p><i>Leon MediMore</i> ofrece una asignación de <b>\$50</b> por <i>trimestre</i> en medicamentos aprobados de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud, disponibles exclusivamente a través de las farmacias de Leon Medical Center.</p> <p>Los artículos elegibles figuran en el catálogo de OTC.</p> <p>Los miembros deben completar el formulario de solicitud de OTC o llamar al Departamento de Servicios para Miembros cada mes para recibir su elección de artículos elegibles de OTC y productos relacionados con la salud.</p> <p>Los montos no utilizados caducan al final de cada mes.</p> <p>Las órdenes están limitadas a una por mes.</p>
<b>Servicios de podología</b> (cubierto por Medicare)	<b>\$0</b> copago	Se necesita la autorización previa.
<b>Cuidado de rutina de los pies</b>	<b>\$0</b> copago	Se necesita la autorización previa. El beneficio para el cuidado rutinario de los pies es ilimitado.
<b>Acupuntura Rutinaria</b>	<b>\$0</b> copago	<p>Hasta <b>seis (6)</b> visitas rutinarias de acupuntura por año para cualquier condición de salud.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>

## Beneficios de medicamentos por receta de la Parte D

- ✓ Consulte el resumen de cobertura de medicamentos por receta de 2025 a continuación para entender la cobertura específica de su plan para cada etapa.
- ✓ Este plan utiliza una lista de medicamentos cubiertos llamada “Formulario”. Consulte esta guía para averiguar si sus medicamentos están cubiertos y conocer cualquier restricción, como limitaciones de cantidad, autorización previa o terapia escalonada.

<b>Deducible</b>	<b>\$0</b> – Este plan no tiene deducible para la Parte D.		
<b>Cobertura Inicial</b>	<b>\$2,000</b> Durante este período, usted paga el copago o coseguro que se detalla a continuación hasta que sus costos totales anuales de medicamentos para medicamentos cubiertos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de medicamentos son el costo total de los medicamentos pagado tanto por usted como por el plan.		
<b>Farmacias con costos compartidos preferidos</b>			
<b>Niveles</b>	<b>30 días</b>	<b>60 días</b>	<b>90 días</b>
<b>Nivel 1 – Genéricos</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2 – Marcas preferidas</b>	\$30	\$60	\$90
<b>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</b>	\$40	no aplica	no aplica
<b>Nivel 4 – Nivel especializado</b>	33%	no aplica	no aplica
<b>Nivel 5 – Medicamentos complementarios</b>	\$0	no aplica	no aplica
<b>Farmacias con costos compartidos estándar</b>			
<b>Niveles</b>	<b>30 días</b>	<b>60 días</b>	<b>90 días</b>
<b>Nivel 1 – Genéricos</b>	\$10	\$20	\$30
<b>Nivel 2 – Marcas preferidas</b>	\$40	\$80	\$120
<b>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</b>	\$50	no aplica	no aplica
<b>Nivel 4 – Nivel especializado</b>	33%	no aplica	no aplica
<b>Nivel 5 – Medicamentos complementarios</b>	\$10	no aplica	no aplica
<b>Cobertura Catastrófica</b>	<b>\$0</b> – Si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.		

## Información Adicional sobre Beneficios de la Parte D

**Cobertura de Insulina:** nuestro plan cubre productos de insulina en farmacias minoristas preferidas y estándar. Usted paga no más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos. Consulte el Formulario para ver la lista completa de productos de insulina de la Parte D cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura de Medicamentos Excluidos:** los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D incluyen aquellos utilizados para tratar anorexia, pérdida de peso o aumento de peso; medicamentos de fertilidad; medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello; y medicamentos para la disfunción eréctil. Otros medicamentos también pueden estar excluidos de la cobertura de la Parte D.

**Vacunas de la Parte D:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte el Formulario o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles de cobertura e información sobre costos específicos para cada vacuna.

**El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare:** el Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero - diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, por favor contáctenos al 1-844-969-5366 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

**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 farmacias con costos compartidos preferidos en Miami-Dade, FL. Los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas aquellas con costos compartidos preferidos, por favor llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en nuestro sitio web [www.LeonHealth.com](http://www.LeonHealth.com).

Beneficios varían según la cobertura de cada plan.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información al 1-844-969-5366, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Leon Health, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, 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.



## Encarte Multilingue Servicios de interprete en multiples idiomas

**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 maka-kuha 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-969-5366. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 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。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。



2025

