



2026

MEDIMAX

# Resumen de Beneficios

1º de enero - 31 de diciembre



H4286\_SUMBEN0055\_2026\_M



# Resumen de Beneficios de 2026

## *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

Leon Health, Inc. – H4286, Plan 005

**Desde el 1ro de enero del 2026 hasta el 31 de diciembre del 2026**

Leon Health, Inc. es un plan HMO D-SNP con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid de Florida. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Este libro le brinda un resumen de lo que cubre *Leon MediMax (HMO D-SNP)* 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 MediMax (HMO D-SNP)*, es imprescindible:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Estar inscrito en Medicaid o en un Programa de Ahorros 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 MediMax (HMO D-SNP)* 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\_SUMBEN005S\_2026\_M

Prima, deducible y máximo de gastos de su bolsillo	Lo que usted debe saber
<b>Prima mensual</b>	<b>\$0</b> Además, tiene que seguir 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).
<b>Deducible médico</b>	<b>\$0</b> <i>Leon MediMax</i> no tiene deducible médico.
<b>Monto máximo de bolsillo que debe pagar</b> (no se incluyen los medicamentos por receta de la Parte D)	<b>\$3,450</b> por año para los servicios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red. 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. Aún tendrá que pagar sus primas mensuales y costos compartidos de sus medicamentos por receta de la Parte D.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Hospitalizaciones</b> 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.	<b>\$0</b> copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	<b>\$0</b> copago	
<b>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</b>	<b>\$0</b> copago	
<b>Centro Quirúrgico Ambulatorio</b> (“ASC” por sus siglas en inglés)	<b>\$0</b> copago	

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

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> </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 la autorización previa.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Vacunas (contra la gripe, neumonía y hepatitis B, COVID-19)</li> <li>• Terapia de nutrición médica 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). Se requiere referido.</p>
<b>Atención de emergencia y servicios de urgencia</b>		
Atención de emergencia	<b>\$0</b> copago por visita	
Cobertura a nivel mundial	<b>\$0</b> copago por visita	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.
Servicios de urgencias	<b>\$0</b> copago	

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

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	\$0 copago	
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 MediMax</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	Hasta <b>\$5,050 anual</b> 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.  Se necesita la autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.  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 2026</i> .
<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	
<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	

## Resumen de Beneficios para 2026 de Leon MediMax (HMO D-SNP)

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	<p>Diagnósticos y tratamientos de las enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular por la edad.</p> <p>Prueba de detección de la retinopatía diabética (1 al año).</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
Examen de visión de rutina (1 al año)	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<p>Espejuelos y accesorios de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejuelos (lentes y armaduras)</li> <li>• Lentes de contacto</li> <li>• Mejoras</li> </ul>	\$0 copago	<p>Hasta tres (3) pares de espejuelos al año, incluida las mejoras, sin límite por par de espejuelos, siendo el beneficio máximo <b>\$525</b>.</p> <p style="text-align: center;"><i>- O bien -</i></p> <p>Hasta seis (6) 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>\$210</b>.</p> <p>Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, incluyendo la inserción de un lente intraocular.</p> <p>Los servicios de visión están disponibles únicamente en el centro óptico de Leon Medical Centers.</p> <p>Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada año.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p> <p>Restricciones aplican.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<p><b>Servicios de la salud mental</b></p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	<p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos:</b></p> <p><i>Leon MediMax</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 MediMax</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 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

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>	\$0 copago	<p>Se cubren hasta <b>100</b> días en un centro de enfermería especializada por cada periodo de beneficios.</p> <p>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.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<b>Fisioterapia</b>	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Servicios de Ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	\$0 copago	Las reglas de autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.
Ambulancia aérea	\$0 copago	

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Transporte</b>	<b>\$0</b> copago	<p>Transporte brindado por los servicios de transporte de Leon Health.</p> <p>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.</p> <p>Los viajes deben ser programados con al menos 48 horas de anticipación.</p> <p>Se requiere autorización previa para viajes de más de 30 millas de ida.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<b>\$0</b> copago	<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>

**Beneficios adicionales con el plan *Leon MediMax (HMO D-SNP)***

<b>Información sobre beneficios</b>	<b>Lo que usted paga</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	<b>\$0 copago</b>	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>\$0 copago</b>	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Entrenamiento en autodiálisis	<b>\$0 copago</b>	
Educación para las enfermedades renales	<b>\$0 copago</b>	
<b>Programas de acondicionamiento físico y bienestar</b>		
Programa de Acondicionamiento Físico	<b>\$0 copago</b>	<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. Los servicios de acondicionamiento físico que implican costos adicionales no forman parte del beneficio de acondicionamiento físico y no serán reembolsados.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Comidas – Después del Alta Hospitalaria</b>	\$0 copago	<p>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 cuatro (<b>4</b>) veces al año, con un máximo anual total de <b>56</b> comidas.</p> <p>Las llamadas para programar los beneficios serán coordinadas por el proveedor del plan.</p>
<b>Equipos y suministros médicos</b>		
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.
Equipos médicos duraderos (sillas de rueda, oxígeno, etc.)	\$0 copago	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 MediMax</i> limita los suministros para diabéticos exclusivamente a True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle y Glucocard.

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios de tratamiento por el consumo de opioides</b>	<b>\$0</b> copago	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <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> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<b>Cirugía ambulatoria</b>	<b>\$0</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 MediMax</i> ofrece una asignación <i>mensual</i> de <b>\$225</b> 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>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<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. Se permiten visitas ilimitadas para cuidado rutinario de los pies cada año.
<b>Acupuntura Rutinaria</b>	<b>\$0</b> copago	Hasta <b>veinticinco (25)</b> visitas rutinarias de acupuntura por año para cualquier condición de salud. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

## Beneficios de medicamentos por receta de la Parte D

- ✓ Consulte el resumen de cobertura de medicamentos por receta de 2026 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>	<p><b>\$615</b>, excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la parte D.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4 hasta alcanzar el deducible anual.</p> <p>Si califica para la “Ayuda Adicional”, su deducible puede ser menor o \$0.</p> <p>El deducible no se aplica para los medicamentos del Nivel 5. Los medicamentos de Nivel 5 estarán sujetos a su costo compartido de la fase de Cobertura Inicial.</p>
------------------	--

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

<b>Cobertura Inicial</b>	<p><b>\$2,100</b></p> <p>En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya. Generalmente permanece en esta etapa hasta que el total acumulado de sus costos de medicamentos en el año alcance los <b>\$2,100</b>.</p> <p>Los miembros de <i>Leon MediMax</i> pagarán el costo compartido de los medicamentos por receta de la Parte D según su nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help).</p>		
<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-\$5.10	\$0-\$5.10	\$0-\$5.10
<b>Nivel 2 – Marcas preferidas</b>	\$0-\$12.65	\$0-\$12.65	\$0-\$12.65
<b>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</b>	\$0-\$12.65	no aplica	no aplica
<b>Nivel 4 – Nivel especializado</b>	\$0-\$12.65	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>	\$0-\$5.10	\$0-\$5.10	\$0-\$5.10
<b>Nivel 2 – Marcas preferidas</b>	\$0-\$12.65	\$0-\$12.65	\$0-\$12.65
<b>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</b>	\$0-\$12.65	no aplica	no aplica
<b>Nivel 4 – Nivel especializado</b>	\$0-\$12.65	no aplica	no aplica
<b>Nivel 5 – Medicamentos complementarios</b>	\$10	no aplica	no aplica
<b>Cobertura Catastrófica</b>	<p><b>\$0</b></p> <p>Si alcanzas la etapa de Cobertura Catastrófica, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos bajo la Parte D. Puedes tener un copago para los medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p> <p>Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.</p>		

## 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 de **\$0 - \$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:** medicamentos usados para tratar la anorexia, la pérdida o el aumento de peso; tratamientos de fertilidad; medicamentos con fines 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 Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó en 2025 y puede ayudarle a manejar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. 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).

## Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid

Además de los servicios de Medicare descritos en este libro de Resumen de Beneficios, Leon MediMax (HMO D-SNP) ofrece los siguientes beneficios de Medicaid basados en el nivel de su cobertura de Medicaid. Estos servicios están disponibles a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida.

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid de Florida:

- Servicios para las alergias
- Servicios en un centro de cirugía ambulatoria
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención asistencial
- Servicios de evaluación de salud conductual
- Servicios de apoyo en la comunidad para la salud conductual
- Servicios de intervención para la salud conductual
- Servicios de administración de medicamentos para la salud conductual

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediMax (HMO D-SNP)*

---

- Servicios de satisfacción de necesidades de salud conductual
- Servicios de terapia de salud conductual
- Servicios cardiovasculares
- Administración de casos enfocada en servicios de salud pediátrica
- Servicios de quiropráctica
- Servicios del Departamento de Salud del Condado (County Health Department)
- Servicios dentales
- Servicios de diálisis
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de transporte en casos de emergencia
- Servicios de evaluación y administración
- Servicios de centros de salud con calificación federal
- Servicios gastrointestinales
- Servicios genitourinarios
- Servicios de audición
- Servicios de salud a domicilio
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios integumentarios
- Servicios de laboratorio
- Servicios de atención médica en tutela temporal
- Administración de casos enfocada en la salud mental
- Servicios de neurología
- Servicios de transporte en casos que no son de emergencia
- Servicios prestados en un centro de enfermería
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial
- Servicios ortopédicos
- Servicios hospitalarios para paciente ambulatorio
- Servicios de manejo del dolor
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de terapia física
- Servicios de podología
- Servicios de medicamentos por receta

- Servicios de enfermería privados
- Servicios de radiología y medicina nuclear
- Centro regional de atención perinatal intensiva
- Servicios reproductivos
- Servicios relacionados con el sistema respiratorio
- Servicios de terapia respiratoria
- Servicios en clínicas de salud rurales
- Servicios terapéuticos especializados
- Servicios de patologías del habla y del lenguaje
- Programa psiquiátrico para pacientes internados en todo el estado
- Servicios de trasplante
- Servicios de recursos visuales
- Atención de la vista

### **Exenciones de Servicios de Medicaid en el Hogar y en la Comunidad**

Los miembros aptos para Medicare que reúnen los requisitos económicos de la cobertura completa de Medicaid (“dual eligible members”), también podrían ser elegibles para recibir servicios de exención (Waiver services). Los servicios de exención están limitados a personas que cumplen con criterios adicionales de elegibilidad para la exención. Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad, comuníquese con Medicaid al número de teléfono que se indica más abajo.

Lo que pague por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-888-419-3456 o visite [www.ahca.myflorida.com/medicaid](http://www.ahca.myflorida.com/medicaid).

Nuestra fuente de información sobre los beneficios de Medicaid es el sitio web Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (que es Medicaid). Todos los servicios cubiertos por Medicaid pueden cambiar en cualquier momento. Visite su sitio web [www.ahca.myflorida.com/](http://www.ahca.myflorida.com/) o llame al teléfono que se menciona anteriormente para conseguir la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Florida.



## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Leon Health, Inc. es un plan HMO D-SNP con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid de Florida. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.

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 Proveedores y Farmacias en nuestro sitio web [www.leonhealth.com/directory/?lang=es](http://www.leonhealth.com/directory/?lang=es)

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.



## 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.



