



2023

Enero 1 - Diciembre 31

Sumario de Beneficios

Leon MediDual



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

H4286_SUMBEN0022023S_M

2023 Resumen de Beneficios

Leon MediDual

Leon Health, Inc.

H4286, Plan 002

Este Resumen de Beneficios le brinda el resumen de lo que cubre **Leon Health, Inc. (HMO)** y de lo que usted paga. No se señala cada uno de los servicios que cubrimos ni cada una de las limitaciones y exclusiones. Para conseguir la lista completa de los servicios que cubrimos, consulte en línea la Evidencia de Cobertura (conocida por “EOC”) del plan en la dirección www.leonhealth.com, o llámenos a pedirnos un ejemplar.

Este es el resumen del suministro de medicamentos y de los servicios de salud que cubre Leon Health, Inc. (HMO D-SNP)

Enero 1, 2023 - Diciembre 31, 2023.

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.

En la información suministrada sobre los beneficios no se enumera ni cada uno de los beneficios que cubrimos ni tampoco cada limitación ni exclusión. Para conseguir la lista completa de los servicios que cubrimos, favor de solicitar la “Evidencia de Cobertura”.

Para afiliarse a Leon Health, Inc. (HMO D-SNP), es imprescindible tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare o esta inscrito en el programa de ahorros de Medicaid y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicios abarca **Miami-Dade**.

Leon Health, Inc. (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y demás proveedores. Si va a los proveedores que no están en la red, puede que el plan no pague estos servicios.

En general, tiene que ir a las farmacias de la red a mandar despachar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Infórmese de la cobertura y costos de Medicare Original, buscándolos en el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Véalo en línea en la dirección www.medicare.gov o consiga un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento se facilita en otros formatos, como en Braille, letras grandes o audio.

Para informarse más, favor de llamarnos al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) o visítenos en la dirección www.leonhealth.com.

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$35.90 al mes. 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).	
Deducible médico	En este plan no hay deducible médico.	
Suma máxima de la que usted es responsable pagar de su bolsillo (no se incluyen los medicamentos por receta)	En este plan, su límite máximo de pagar de su bolsillo es de \$3,450 por los servicios cubiertos que recibe de proveedores de la red. Esta suma es la máxima que paga por los copagos, coseguros y demás costos o servicios cubiertos del año según la Parte A de Medicare (hospital) y Parte B (lo médico). Una vez que llegue a este límite, pagaremos el costo total de los servicios que cubre 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.	
Hospitalizaciones 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.	Usted paga \$0	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios de hospital a pacientes ambulatorios	Usted paga \$0	
Observación de pacientes ambulatorios	Usted paga \$0	
Centros de Cirugías Ambulatorias (conocidos por "ASC")	Usted paga \$0	
Visitas a los médicos		
Médico primario (PCP)	Usted paga \$0	Incluye las consultas (virtuales) de telemedicina con el médico que cubre Medicare.
Especialista	Usted paga \$0	Podrían ser necesarios el referido y/o la autorización previa.

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Atención preventiva		
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección del abuso de bebidas alcohólicas • Visita anual de bienestar • Medición de la masa ósea (densidad ósea) • Prueba de detección del cáncer del seno (mamografías) • Visita por reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares • Pruebas por enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección del cáncer cervical y del vaginal (prueba de Papanicolaou), • Prueba de detección del cáncer colorrectal • Prueba de detección de la depresión • Prueba de detección de la diabetes • Entrenamiento para el automanejo de la diabetes, • Prueba de detección del glaucoma • Prueba de detección del VIH • Vacunas (contra la gripe, neumonía y hepatitis B, COVID-19) • Terapia de nutrición médica • Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes (conocido por "MDPP") • Prueba de detección del cáncer pulmonar (Tomografía computarizada a dosis baja) • Prueba de detección y tratamiento de la obesidad • Prueba de detección del cáncer de la próstata • Prueba de detección de infecciones por enfermedades de transmisión sexual y orientaciones al respecto • Orientaciones sobre cómo dejar de fumar y de consumir productos de tabaco • Visita preventiva "Bienvenido(a) a Medicare 	<p>Usted paga \$0</p>	<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>*Para la prueba de detección del glaucoma se necesita el referido y/o la autorización previa.</p>

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Atención de emergencia		
Servicios por atención de emergencia	Usted paga \$0	
Cobertura mundial por emergencias de carácter urgente y transporte por emergencias	Usted paga \$0	La cobertura se brinda mediante el reembolso directo al miembro después que el plan aprueba los documentos justificativos hasta las tarifas que permite Medicare.
Servicios necesitados urgentemente		
Servicios por atención de urgencias leves	Usted paga \$0	
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imagenología		
Procedimientos y pruebas diagnósticos	Usted paga \$0	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios de laboratorio. No se necesita autorización previa para la prueba del COVID-19.	Usted paga \$0	
Servicios radiológicos terapéuticos	Usted paga \$0	
Servicios por radiografías a pacientes ambulatorios	Usted paga \$0	
Servicios radiológicos diagnósticos (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	Usted paga \$0	
Servicios de la audición		
Exámenes rutinarios de la audición (uno al año)	Usted paga \$0	Se necesita el referido.
Evaluación/ajuste de aparatos para sordos (uno cada tres años)	Usted paga \$0	
Aparatos para sordos	Usted paga \$0	Se necesita el referido. El plan cubre hasta \$1,050 por aparato para sordo por oreja (beneficio máximo de \$2,100) cada tres años.

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Servicios de odontología		
Servicios de odontología cubiertos por Medicare Servicios de odontología limitados (no se incluyen los servicios relacionados con la atención, tratamientos, empastes, extracciones ni reemplazos de dientes).	Usted paga \$0	
Servicios odontológicos preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (1 cada 6 meses) • Radiografía(s) de la boca (1 cada 6 meses) • Tratamiento por flúor (1 al año) • Examen de la boca (1 cada 6 meses) 	Usted paga \$0	Se necesita la autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare. El máximo permisible anual combinado es de \$5,000 por el beneficio preventivo e integral. El costo compartido del miembro es de cero por servicios hasta la suma máxima de cobertura por beneficios del plan. Al agotarse la suma por beneficios del plan, el miembro es responsable de los costos adicionales de los servicios odontológicos rutinarios e integrales. Las sumas no agotadas no pasan al próximo período.
Servicios odontológicos integrales: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios diagnósticos • Servicios restaurativos (Empastes) • Endodoncia (Tratamientos de conducto) • Periodoncia (Tratamiento de las encías y huesos) • Prostodoncia (Dentaduras) • Implantes dentales • Cirugía bucal y maxilofacial (Extracciones) 	Usted paga \$0	Consulte la lista completa de servicios dentales cubiertos y limitaciones en el Programa Dental de Beneficios de 2023.
Servicios por atención de la vista		
Examen de la vista (cubierto por Medicare)	Usted paga \$0	Diagnósticos y tratamientos de las enfermedades y lesiones de los ojos, inclusive el tratamiento de la degeneración macular por la edad. Prueba de detección de la retinopatía diabética. (una vez al año) Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Examen rutinario de la vista (1 al año)	Usted paga \$0	Se podrían necesitar el referido y/o la autorización previa.
<p>Espejuelos y accesorios usuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espejuelos (lentes y armaduras) • Lentes de contacto • Mejoras 	Usted paga \$0	<p>Hasta tres (3) pares de espejuelos al año, sin superar \$175 por par de espejuelos, inclusive las mejoras, siendo el beneficio máximo \$525, inclusive las mejoras.</p> <p>O</p> <p>Hasta seis (6) cajas de lentes de contacto suaves cada año, sin superar \$35 por caja de lentes de contacto suaves, siendo el beneficio máximo de \$210.</p> <p>Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, inclusive colocar el lente intraocular.</p> <p>Los servicios por atención de la vista están disponibles únicamente en el centro óptico ubicado en el local de Leon Medical Centers.</p> <p>Se podrían necesitar el referido y/o la autorización previa</p>
Servicios en salud mental	Usted paga \$0	<p>Nuestro plan cubre la hospitalización de 90 días por salud mental.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 días de reserva, de por vida. El plan cubre 190 días de hospitalización por atención en salud mental, de por vida, en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Incluye los servicios especiales de atención en salud mental: Sesiones individuales y grupales.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0	<p>Se cubren hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Servicios por fisioterapia y logopedia (“terapia del habla”)	Usted paga \$0	Se ofrecen servicios por rehabilitación a pacientes ambulatorios en diversos centros de pacientes ambulatorios, como los departamentos de atención de pacientes ambulatorios en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (conocidos por “CORF”). Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Ambulancia		
Servicio por tierra	Usted paga \$0	Las reglas sobre la autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.
Servicio por aire	Usted paga \$0	
Transporte	Usted paga \$0	Transporte brindado por los servicios de transporte de Leon Health. Viajes sin límite a citas con médicos de la red, a instalaciones médicas y demás locales aprobados. El transporte está disponible solamente hasta el centro que quede más cerca geográficamente de la casa del paciente. Hay que pedir la fecha del viaje con, por lo menos, 48 horas de anticipación. La autorización previa se necesita cuando los viajes de ida son de más de 30 millas de distancia.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga \$0	Se necesita la autorización previa.
Servicios por rehabilitación cardíaca y pulmonar	Usted paga \$0	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Diálisis (Servicios por enfermedades de los riñones)		
Tratamientos por diálisis a pacientes ambulatorios y hospitalizados	Usted paga \$0	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Entrenamiento en autodiálisis	Usted paga \$0	
Educación para las enfermedades de los riñones	Usted paga \$0	

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Programas de acondicionamiento físico y bienestar		
Programa de acondicionamiento físico	Usted paga \$0	<p>En los Centros de Salud y Bienestar de Leon hay equipos de levantamiento de pesas y entrenamiento cardiovascular para ayudarlo a llegar a sus metas por acondicionamiento físico. En los Centros de Salud y Bienestar de Leon se ofrece información sobre diversos temas de salud y programas de asistencia en el desarrollo personal. Disfrute seminarios sobre salud en que se tratan temas importantes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La medicina preventiva • La alimentación y nutrición • La diabetes • Cómo evitar las caídas <p>En el beneficio se incluye el uso de los equipos de ejercicios y el acceso a clases grupales de ejercicios cuando están disponibles.</p>
Servicios por asistencia médica a domicilio	Usted paga \$0	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Atención de hospicio		
Programa de hospicio certificado por Medicare	Los servicios de su hospicio se los paga Medicare Original, no nuestro plan.	Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare.
Servicios de consulta a hospicio	Usted paga \$0	Nuestro plan cubre los servicios por consulta al hospicio (una sola vez) antes que usted escoja el hospicio.
Comidas	Usted paga \$0	<p>Después que se le da de alta de una hospitalización por enfermedad aguda o ingreso en un centro de enfermería especializada, podría estar apto para recibir 14 comidas congeladas y nutritivas (2 comidas al día por 7 días) entregadas en su casa. Está apto para recibir este beneficio hasta tres (3) veces al año por el total máximo de 42 comidas al año.</p> <p>Las fechas y horas de las llamadas para pedir los beneficios las señalará el proveedor del plan.</p>

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
Equipos y suministros médicos		
Equipos médicos duraderos (sillas de rueda, oxígeno, etc.)	Usted paga \$0	Se necesita la autorización previa.
Aparatos protésicos (dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) y suministros médicos afines	Usted paga \$0	Se necesita la autorización previa.
Servicios y suministros para diabéticos	Usted paga \$0	Leon MediDual limita los suministros para diabéticos a suministros proporcionados sólo por True Metrix; Prodigy; IGlucose y Freestyle.
Medicamentos y productos vendidos sin receta (conocidos por “OTC”)	Usted paga \$0	<p>En este plan se cubre hasta \$100 por mes por ciertos medicamentos aprobados y productos de salud que se venden sin receta.</p> <p>Las sumas no consumidas no se transfieren al próximo mes.</p> <p>Los que tienen, por lo menos, una de las enfermedades siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia crónica de las bebidas alcohólicas y otras drogas 2. Trastornos autoinmunes 3. Cáncer 4. Trastornos cardiovasculares 5. Insuficiencia cardíaca crónica 6. Demencia 7. Diabetes 8. Enfermedad terminal del hígado 9. Enfermedad terminal de los riñones (conocida por “ESRD”) 10. Trastornos hematológicos severos 11. VIH/SIDA 12. Trastornos crónicos de los pulmones 13. Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes 14. Trastornos neurológicos 15. Accidente cerebrovascular 16. Prediabetes 17. Hipertensión 18. Hipercolesterolemia 19. Depresión

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
<p>Medicamentos y productos vendidos sin receta (conocidos por “OTC”) (continuación)</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>19. Obesidad / sobrepeso 20. Enfermedad crónica de los riñones 21. Enfermedad crónica del hígado 22. Artritis crónica 23. Otras achacosidades</p> <p>Se puede reemplazar el beneficio por medicamentos y productos vendidos sin receta con una de las opciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarjeta de alimentos de a \$100 2. Tarjeta de gasolina de a \$100 3. 12 Comidas congeladas <p>Las sumas no agotadas no pasan a otros períodos.</p>
<p>Servicios por tratamiento contra el consumo de opioides</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Los servicios cubiertos son los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento a base de agonistas y antagonistas opioides y el despacho y administración de dichos medicamentos, si corresponden.</p> <p>Orientación sobre el consumo de sustancias</p> <p>Terapias individuales y grupales y pruebas de toxicología.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<p>Servicios de podología Cuidado de los pies (cubierto por Medicare)</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Se necesita la autorización previa.</p>
<p>Cuidado rutinario de los pies (Cubierto por Medicare)</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Se necesita la autorización previa.</p>

Medicamentos por Receta de la Parte D

Deducible	\$505 El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 5. Los límites sobre los costos compartidos de su cobertura inicial se aplicarán a sus medicamentos del Nivel 5.		
Límite en el período de cobertura inicial (conocido por “ICL”)	Usted permanece en esta etapa hasta que el “costo total de sus medicamentos del año hasta la fecha” (Sus pagos más los pagos al plan de la Parte D) llega a \$4,660.		
Farmacias con costos compartidos preferidos			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1: Genéricos	\$0 - \$4.15	\$0 - \$4.15	\$0 - \$4.15
Nivel 2: Marcas preferidas	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35
Nivel 3: Marcas no preferidas	\$0 - \$10.35	No aplica	No aplica
Nivel 4: Medicamentos de especialidad	\$0 - \$10.35	No aplica	No aplica
Nivel 5: Medicamentos suplementarios	\$0	No aplica	No aplica
Farmacias con costos compartidos estándares			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1: Genéricos	\$0 - \$4.15	\$0 - \$4.15	\$0 - \$4.15
Nivel 2: Marcas preferidas	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35
Nivel 3: Marcas no preferidas	\$0 - \$10.35	No aplica	No aplica
Nivel 4: Medicamentos de especialidad	\$0 - \$10.35	No aplica	No aplica
Nivel 5: Medicamentos suplementarios	\$20	No aplica	No aplica

<p>Etapa sin cobertura</p>	<p>La Etapa sin Cobertura no se aplica a los medicamentos de los Niveles 1 a 4.</p> <p>Durante la Etapa sin Cobertura, los medicamentos del Nivel 5 se cubrirán de la siguiente manera:</p> <p>Farmacia con costo compartido preferido: \$0</p> <p>Farmacia con costo compartido estándar: \$20.00 por suministro para 30 días</p>
<p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</p>	<p>Después que los costos anuales que pagó de su bolsillo por medicamentos lleguen a \$7,400, el plan le pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos. Su parte de los medicamentos con costos cubiertos será la suma más alta de las siguientes: \$4.15 o el 5% del costo del medicamento genérico; \$10.35 o el 5% del costo del medicamento de marca. Los medicamentos del Nivel 5 son a \$0.00 en las farmacias con costos compartidos preferidos.</p>

Tome nota: ciertos miembros aptos para Medicare que reciben asistencia económica de Medicaid para algunos costos de Medicare, aunque no reúnen los requisitos de Medicaid (“partial duals”) podrían quedar sujetos al coseguro del 15%.

Esta información no es la descripción completa de los beneficios. Para informarse más, llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) de 8 de la mañana a 8 de la noche, los 7 días, desde el 1ro de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 de la mañana a 8 de la noche, de lunes a viernes, desde el 1ro de abril hasta el 30 de septiembre.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711).

Servicios adicionales cubiertos por Medicaid

Los miembros aptos para Medicare que reúnen los requisitos económicos de la cobertura completa de Medicaid (“dual eligible” en inglés) también podrían estar aptos para recibir los servicios de Medicaid que no cubre Medicare. Leon Health, Inc. - Leon MediDual (HMO D-SNP) también podría ofrecer la cobertura de estos servicios. Medicaid cubre los beneficios descritos a continuación. Medicare cubre los beneficios descritos en la sección de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que está en el Resumen de Beneficios. Se puede ver por cada beneficio señalado a continuación lo que cubre el Programa de la Florida Agency for Health Care Administration (Agencia de Administración de Atención Médica de la Florida) (conocida por “AHCA”) y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de aptitud para estar en Medicaid. Si quiere hacer alguna consulta sobre su aptitud para estar en Medicaid y sobre los beneficios a que tiene derecho, llame al 1-888-419-3456.

Beneficio	Lo que usted paga en el plan Leon MediDual	Beneficios por cobertura de Medicaid
Productos y dispositivos		
Dentaduras	Ver el beneficio por “Servicios de odontología” en la tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que aparece anteriormente	Usted paga \$0 al día por servicios de odontología prestados a adultos. Medicaid reembolsa los servicios siguientes de prostodoncia para diagnosticar, planificar, rehabilitar y mantener dentaduras: <ul style="list-style-type: none"> • Un juego superior, inferior o completo de dentaduras completas o parciales desmontables por destinatario • Un rebase por dentadura cada 366 días por destinatario. • Una dentadura acrílica parcial e interina (“flipper” en inglés) por destinatario menor de 21 años de edad.
Espejuelos	Ver el beneficio por “Servicios por atención de la vista” en la tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que aparece anteriormente.	Usted paga \$0
Hearing Aids	See “Hearing Services” benefit in the “Covered Medical and Hospital Benefits” chart above	Usted paga \$0
Transporte		
Servicios de transporte médico por no emergencias	Ver el beneficio por “Transporte” en la tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que aparece anteriormente	Usted paga \$0 por el viaje de ida
Pacientes ingresados por servicios de cuidados a largo plazo		
Servicios a pacientes ingresados en hospitales, centros de enfermería y centros de cuidados intermedios en instituciones de enfermedades mentales a partir de los 65 años de edad	No se cubren	Usted paga \$0

Beneficio	Lo que usted paga en el plan Leon MediDual	Beneficios por cobertura de Medicaid
Pacientes ingresados por servicios de cuidados a largo plazo (continuación)		
Servicios de psiquiatría a pacientes hospitalizados menores de 21 años	No se cubren	Usted paga \$0
Servicios en centros de cuidados intermedios a personas con discapacidades intelectuales	No se cubren	Usted paga \$0 <ul style="list-style-type: none"> • Los días por licencia quedan limitados a quince días por hospitalización • Límite de cuarenta y cinco días por año fiscal de la Florida por licencia terapéutica.
Servicios en centros de enfermería distintos a las instituciones de enfermedades mentales.	No se cubren	Usted paga \$0 <ul style="list-style-type: none"> • Límite de ocho días por hospitalización y dieciséis días por año fiscal del estado de la Florida por licencia terapéutica.
Otros servicios cubiertos por Medicaid		
Servicios por cuidados asistenciales	Usted paga \$0 por los servicios de cuidados asistenciales prestados al amparo de Medicaid.	Usted paga \$0 <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a destinatarios aptos que viven en un centro calificado de vida asistida (conocido por "ALF") o un centro semejante y en necesidad de servicios integrados las 24 horas al día.
Manejo de casos dirigido a la salud mental	Usted paga \$0 por el manejo de casos de salud mental conforme a lo dispuesto por Medicaid.	El destinatario tiene que estar en uno de los grupos previstos que se describen a continuación para recibir los servicios por manejo de casos dirigido a la salud mental: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de casos dirigido a la salud mental de niños para destinatarios desde recién nacidos hasta los 17 años de edad • Manejo de casos dirigido a la salud mental de adultos para destinatarios a partir de los 18 años de edad. • Servicios de equipos de manejo intensivo de casos para destinatarios a partir de los 18 años de edad.

SERVICIOS POR EXENCIÓN PRESTADOS EN LA CASA Y COMUNIDAD

Los miembros aptos para Medicare que reúnen los requisitos económicos de la cobertura completa de Medicaid (“dual eligible members”) también podrían estar aptos para recibir los servicios por exención. Los servicios por exención quedan limitados a aquéllos que reúnen requisitos adicionales para recibir la exención. Comuníquese con Medicaid al 1-888-419-3456 para informarse de los servicios por exención y de los requisitos necesarios.

En la tabla de Servicios Adicionales Cubiertos por Medicaid, que aparece anteriormente, constan los servicios que se facilitan mediante el sistema de honorarios por servicios a los miembros aptos para Medicare que reúnen los requisitos necesarios para acceder a los beneficios completos de Medicaid.

Nuestra fuente de información sobre los beneficios de Medicaid es el sitio de internet de la Florida Agency for Health Care Administration (Agencia de Administración de Atención Médica de la Florida) (que es Medicaid). Todos los servicios cubiertos por Medicaid pueden cambiar en cualquier momento. Visite el sitio de internet de Medicaid de la Florida en la dirección <http://ahca.myflorida.com/> o llame al teléfono de la línea directa de Medicaid al 1-888-419-3456 para conseguir la última información sobre la cobertura por Medicaid de la Florida

