



Sumario de Beneficios

Leon MediExtra

2023

Enero 1 - Diciembre 31



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

H4286_SUMBEN0012023S_M

2023 Resumen de Beneficios

Leon MediExtra

Leon Health, Inc.

H4286, Plan 001

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 servicios de salud que cubre Leon Health, Inc. (HMO)

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), es imprescindible tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicios abarca **Miami-Dade**.

Leon Health, Inc. (HMO) 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	\$0 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 \$1,000 por los servicios cubiertos que recibe de proveedores de la red. Esta suma es la máxima que paga por los copagos, coseguro 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	
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 \$50	Si al paciente se le hospitaliza, no se aplica el copago por el beneficio.
Cobertura mundial por emergencias de carácter urgente y transporte por emergencias.	Usted paga \$50	La cobertura se brinda mediante el reembolso directo al miembro después que el plan aprueba los documentos justificativos hasta las tarifas que permite Medicare. Si al paciente se le hospitaliza, no se aplica el copago por el beneficio.
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	Se necesita la autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.
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	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 los 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 \$167 por par de espejuelos, inclusive las mejoras, siendo el beneficio máximo \$500, 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
<p>Servicios por fisioterapia y logopedia (“terapia del habla”)</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>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.</p>
<p>Ambulancia</p>		
<p>Servicio por tierra</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Las reglas sobre la autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.</p>
<p>Servicio por aire</p>	<p>Usted paga \$0</p>	
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>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.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga \$0 por la inyección de hialuronato de sodio, la inyección intravítrea de bevacizumab (Avastina), la inyección de enoxaparina y los medicamentos inhalados por nebulizador. 20% por los demás medicamentos de la Parte B y vacunas de la Parte B Usted paga \$0 por la vacuna contra la gripe, neumonía, hepatitis B y COVID-19.</p>	<p>Se necesita la autorización previa. Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a los requisitos del tratamiento escalonado.</p>

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
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 el 20% por coseguro	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	
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.

Información sobre primas y beneficios	Leon Health, Inc. HMO	Lo que debe saber
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>
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 MediExtra 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 \$70 por mes por ciertos medicamentos aprobados y productos de salud que se venden sin receta.</p> <p>Las sumas no agotadas por productos y medicamentos vendidos sin receta no se pasan al próximo mes.</p> <p>Los que tienen, por lo menos, una de las siguientes enfermedades:</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”) 9. Trastornos hematológicos severos

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>10. VIH/SIDA 11. Trastornos crónicos de los pulmones 12. Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes 13. Trastornos neurológicos 14. Accidente cerebrovascular 15. Prediabetes 16. Hipertensión 17. Hipercolesterolemia 18. Depresión 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: 1. Tarjeta de alimentos de a \$70 2. Tarjeta de gasolina de a \$70 3. 8 Comidas congeladas</p> <p>Las sumas no agotadas no pasan a otros períodos. Las órdenes o pedidos se limitan a uno (1) al mes.</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	\$0 MediExtra no tiene deducible por Insulinas Selectas. Usted paga \$0 en las farmacias con costos compartidos preferidos por un suministro para un mes de Insulinas Selectas.		
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 \$9,000. Usted paga \$0 en las farmacias con costos compartidos preferidos por las Insulinas Selectas.		
Farmacias con costos compartidos preferidos			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1: Genéricos e Insulinas Selectas	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Marcas preferidas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Marcas no preferidas	\$40	No aplica	No aplica
Nivel 4: Medicamentos de especialidad	33%	No aplica	No aplica
Farmacias con costos compartidos estándares			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1: Genéricos e Insulinas Selectas	\$5	\$10	\$15
Nivel 2: Marcas preferidas	\$20	\$40	\$60
Nivel 3: Marcas no preferidas	\$50	No aplica	No aplica
Nivel 4: Medicamentos de especialidad	33%	No aplica	No aplica

<p>Etapa sin cobertura</p>	<p>Solamente los medicamentos del Nivel 1 se cubrirán, durante la Etapa sin Cobertura, de la manera siguiente:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Farmacias con costos compartidos preferidos: \$0 por un suministro para 30 días \$0 por un suministro para 60 días \$0 por un suministro para 90 días</p> <p>Farmacias con costos compartidos estándares: \$5 por un suministro para 30 días \$10 por un suministro para 60 días \$15 por un suministro para 90 días</p> <p>Leon MediExtra ofrece una cobertura adicional por las Insulinas Selectas. Durante la Etapa sin Cobertura, el costo que pagará de su bolsillo por las Insulinas Selectas será de \$0 por un suministro para un mes en las farmacias con costos compartidos preferidos.</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: El 5% del costo del medicamento – o – \$0.00 de copago por los medicamentos genéricos (inclusive los medicamentos de marca que se manejan como genéricos) y \$10.35 de copago por los demás medicamentos.</p>

Para informarse de los medicamentos que son Insulinas Selectas, examine la última Lista de Medicamentos que suministramos electrónicamente. Puede identificar en nuestra Lista de Medicamentos cuáles son las Insulinas Selectas mediante la abreviatura “SI”. Si quiere preguntar algo acerca de la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios a Miembros (Los números telefónicos del Departamento de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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).

