



# Resumen de Beneficios

MEDIMORE

# 2024

1º de enero - 31 de diciembre

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

H4286\_SUMBEN003S\_2024\_M



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

## Resumen de Beneficios de 2024

Desde el 1ro de enero del 2024 hasta el 31 de diciembre del 2024.

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

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](http://www.LeonHealth.com), o llámenos a pedirnos un ejemplar.

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.

**Leon MediMore (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. Para saber que proveedores y farmacias forman parte de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias. Este directorio esta disponible en nuestro sitio web [www.LeonHealth.com](http://www.LeonHealth.com), o puede obtener una copia llamándonos.

En general, tiene que ir a las farmacias de la red a mandar despachar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos y cualquier restricción, visite nuestro sitio web o puede llamarnos para obtener una copia del Formulario (Lista de Medicamentos cubiertos).

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).

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.

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](http://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 más información, por favor llámenos al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711). Horario de operación es de Lunes – Domingo de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de octubre a marzo, y de Lunes – Viernes de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita. O visítenos en nuestro sitio web [www.LeonHealth.com](http://www.LeonHealth.com).

H4286\_SUMBEN003S\_2024\_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>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).</p> <p>*Leon Health, Inc. cubrirá <b>\$110</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>	
<b>Gasto máximo de bolsillo</b> (no se incluyen los medicamentos por receta de la Parte D)	<p>En este plan, su límite máximo de pagar de su bolsillo es de <b>\$3,450</b> por los servicios cubiertos que recibe de proveedores de la red.</p> <p>Esta suma es la máxima que paga por los copagos, coaseguros 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.</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>Día(s) 1 – 5: <b>\$50</b> copago por día</p> <p>Días 6 – 90: <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 <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>	

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>*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>		
<b>Atención de emergencia y servicios de urgencia</b>		
Atención de emergencia	<b>\$120</b> copago	No se aplica el copago por el beneficio si es admitido en el hospital.
<b>Atención de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia mundial</b>	<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> de coseguro para el transporte aéreo de emergencia mundial	No se aplica el copago para la cobertura de emergencia mundial si el paciente es admitido en el hospital.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Servicios de urgencias	\$0 copago	
<b>Servicios de diagnóstico / laboratorio / imagenología</b>		
Procedimientos y pruebas diagnósticos	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios de laboratorio	\$0 copago	
Servicios radiológicos terapéuticos	20% del costo	No se necesita autorización previa para la prueba del COVID-19.
Servicios por radiografías a pacientes ambulatorios	\$0 copago	
Servicios radiológicos diagnósticos (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	Se necesita el referido.
Evaluación y ajuste de audífonos (1 cada 3 años)	\$0 copago	
Audífonos recetados	\$0 copago	\$1,050 por audífono por oreja (beneficio máximo de \$2,100) cada tres (3) años. Se necesita el referido.
<b>Servicios de 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	

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<b>Servicios dentales preventivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (1 cada 6 meses)</li> <li>• Radiografía(s) dental(es) (1 cada 6 meses)</li> <li>• Tratamiento por flúor (1 al año)</li> <li>• Examen bucal (1 cada 6 meses)</li> </ul>	\$0 copago	<p>Hasta <b>\$5,000</b> cada año por servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>El costo compartido del miembro es de <b>cero</b> 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.</p> <p>Se necesita la autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada mes. Consulte la lista completa de los servicios dentales cubiertos y limitaciones en el <i>Programa Dental de Beneficios de 2024</i>.</p>
<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</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial (Extracciones)</li> </ul>	\$0 copago	<p>Se necesita la autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada mes. Consulte la lista completa de los servicios dentales cubiertos y limitaciones en el <i>Programa Dental de Beneficios de 2024</i>.</p>
<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, inclusive el tratamiento de la degeneración macular por la edad</p> <p>Prueba de detección de la retinopatía diabética (una vez al año).</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
Examen rutinario de la vista (1 al año)	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
<b>Espejuelos y accesorios de rutina:</b> <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 dos (2) pares de espejuelos al año, incluida las mejoras, sin límite por par de espejuelos, siendo el beneficio máximo <b>\$320</b>.</p> <p>O</p>



Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<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> <p>(continúa)</p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	<p>Hasta cuatro (4) 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>.</p> <p>Un (1) 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>Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada mes.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p> <p>Restricciones aplican.</p>
<p><b>Cuidado de la salud mental para pacientes internados</b></p>	<p>Día(s) 1 – 5: <b>\$50</b> copago por día</p> <p>Días 6 – 90: <b>\$0</b> copago</p> <p>Días de reserva de por vida: <b>\$0</b> copago</p>	<p><i>Leon MediMore</i> cubre la hospitalización de <b>90</b> días por salud mental para pacientes internados.</p> <p>Nuestro plan también cubre <b>60</b> días de reserva, de por vida.</p> <p>Nuestro plan cubre <b>190</b> 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>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en ingles)</b></p>	<p>Día(s) 1 – 20: <b>\$0</b> copago</p> <p>Días 21 – 100: <b>\$20</b> copago por día</p>	<p>Se cubren hasta <b>100</b> días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Fisioterapia y logopedia (“terapia del habla”)	\$0 copago	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.
<b>Ambulancia</b>		
Servicio terrestre	\$100 copago	Las reglas de autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.
Servicio aéreo	20% del total	
Transporte	\$0 copago	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. 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.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	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.	Se necesita la autorización previa. Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> (continúa)</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>Usted no pagara más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por la vacuna contra la gripe, neumonía, hepatitis B y COVID-19.</p>	<p>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>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b></p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	<p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<p><b>Diálisis (servicios para enfermedades renales)</b></p>		
<p>Tratamiento de diálisis a pacientes ambulatorios y hospitalizados</p>	<p><b>20%</b> del costo</p>	<p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<p>Entrenamiento en autodiálisis</p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	
<p>Educación para las enfermedades renales</p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p>	<p><b>\$40</b> copago</p>	<p>Se necesitan el referido y/o la autorización previa.</p>
<p><b>Programas de acondicionamiento físico y bienestar</b></p>		
<p>Programa de acondicionamiento físico</p>	<p><b>\$0</b> copago</p>	<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</p>

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Programa de acondicionamiento físico	\$0 copago	sobre salud que tratan temas importantes como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La medicina preventiva</li> <li>• La alimentación y nutrición</li> <li>• La diabetes</li> <li>• Cómo evitar las caídas</li> </ul> En el beneficio se incluye el uso de los equipos de ejercicios y el acceso a clases grupales de ejercicios cuando están disponibles.
<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 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	\$0 copago	Nuestro plan cubre los servicios por consulta al hospicio (una sola vez) antes que usted escoja el hospicio.
<b>Comidas – Después del Alta Hospitalaria</b>	\$0 copago	Después que se le da de alta de una hospitalización como paciente interno o la admisión en un centro de enfermería especializada, podría estar apto para recibir <b>14</b> comidas nutritivas ( <b>2</b> comidas al día por <b>7</b> días) entregadas en su casa. Está apto para recibir este beneficio hasta tres ( <b>3</b> ) veces al año por el total máximo de <b>42</b> comidas al año. Las llamadas para pedir los beneficios serán programadas por el proveedor del plan.
<b>Equipos y suministros médicos</b>		
Equipos médicos duraderos (sillas de rueda, oxígeno, etc.)	<b>0% - 20%</b> del total El monto de coseguro varía por artículo.	Se necesita la autorización previa.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Aparatos protésicos (dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) y otros suministros médicos	\$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 a suministros proporcionados sólo por True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle, and Glucocard.
<b>Medicamentos de venta sin receta</b> (conocidos por “OTC”)	\$0 copago	<i>Leon MediMore</i> cubre hasta <b>\$50</b> por trimestre en medicamentos de venta sin receta (OTC) y artículos relacionados con la salud aprobados, disponibles solo a través de las farmacias de Leon Medical Center. Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada mes.
<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.
<b>Cuidado de los pies (servicios de podología)</b> (cubierto por Medicare)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa.
<b>Cuidado de rutina de los pies</b> (cubierto por Medicare)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa. El beneficio para el cuidado rutinario de los pies es ilimitado.

## Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D

Consulte el Resumen de la cobertura de medicamentos por receta de 2024 para comprender la cobertura específica de su plan en 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.

Los productos de insulina cubiertos por nuestro plan para farmacias con costos compartidos preferidos y estándares: No pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte el Formulario para encontrar todas las insulinas de la Parte D cubiertas por nuestro plan.

<b>Etapa del deducible</b>	<b>\$0</b> - Este plan no tiene deducible para la Parte D.		
<b>Etapa de cobertura inicial</b> (“ICL” por sus siglas en inglés)	<b>\$5,030</b> es el Límite de Cobertura Inicial del plan. Permanecerá en esta etapa hasta que haya alcanzado los “costos totales de medicamentos” acumulados durante el año (tus pagos más los pagos del plan de la Parte D).		
<b>Farmacias con costos compartidos preferidos</b>			
<b>Niveles</b>	<b>30 días</b>	<b>60 días</b>	<b>90 días</b>
Nivel 1 - Genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 - Marcas preferidas	\$47	\$94	\$141
Nivel 3 - Marcas no preferidas	\$97	NO APLICA	NO APLICA
Nivel 4 - Nivel especializado	33%	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>
Nivel 1 - Genéricos	\$0	\$20	\$30
Nivel 2 - Marcas preferidas	\$47	\$94	\$141
Nivel 3 - Marcas no preferidas	\$100	NO APLICA	NO APLICA
Nivel 4 - Nivel especializado	33%	NO APLICA	NO APLICA

<p><b>Etapa sin cobertura</b></p>	<p>Usted entra a esta etapa después de que tus costos totales de medicamentos alcancen los <b>\$5,030</b>.</p> <p>Durante la etapa sin cobertura, solo se cubrirán los medicamentos del <i>Nivel 1</i> de la siguiente manera:</p> <p><b>Nivel 1:</b></p> <p><i>Farmacias con costos compartidos preferidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$0 por un suministro para 30 días</li> <li>- \$0 por un suministro para 60 días</li> <li>- \$0 por un suministro para 90 días</li> </ul> <p><i>Farmacias con costos compartidos estándar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$10 por un suministro para 30 días</li> <li>- \$20 por un suministro para 60 días</li> <li>- \$30 por un suministro para 90 días</li> </ul>
<p><b>Etapa de cobertura catastrófica</b></p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.</p>

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, free language assistance services are available to you. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711).





## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**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 makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366. Maaari kayong tunglungan 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 답해 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 Italiano 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。



