



AVISO ANUAL DE CAMBIOS

1º de enero - 31 de diciembre

MEDIEXTRA

2025



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

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Leon MediExtra*. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.leonhealth.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su Cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra Cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información sobre los planes del 2024 y 2025 para ver si algunos de estos medicamentos se cambian para un nivel distinto de costo compartido o estarán sujetos a restricciones distintas en el 2025, como la autorización previa, terapia escalonada o límite sobre la cantidad.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Revise si reúne los requisitos para que se le dé ayuda en pagar sus medicamentos por receta. Los que tienen ingresos limitados podrían reunir los requisitos de la “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de planes

- Revise la Cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*.

Aviso anual de cambios para 2025 de *Leon MediExtra (HMO)*

Para más asistencia, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (conocido por “SHIP” por sus siglas en inglés) a fin de hablar con un asesor entrenado.

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y Cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en *Leon MediExtra*.
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva Cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en *Leon MediExtra*.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se acaba de mudar de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar para el Medicare Original durante dos meses completos posteriores al mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-969-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Comuníquese con Servicios para Miembros para más información.
- **La Cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de *Leon MediExtra (HMO)*

- Leon Health, Inc. es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en *Leon Health, Inc.* depende de que se renueve el contrato.
- Cuando en este *documento* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Leon Health, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Leon MediExtra (HMO)*.

H4286_ANOC001S_2025_M

Aviso anual de cambios para 2025 | Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2025 | 4 |
| SECCIÓN 1 Al menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en <i>Leon MediExtra</i> en 2025. | 5 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo | 6 |
| Sección 2.1 Cambios en la prima mensual | 6 |
| Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo | 6 |
| Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias | 7 |
| Sección 2.4 Changes to Benefits and Costs for Medical Services | 7 |
| Sección 2.5 Cambios en la Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. | 8 |
| SECCIÓN 3 Cambios Administrativos. | 12 |
| SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir. | 12 |
| Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en <i>Leon MediExtra (HMO)</i> | 12 |
| Sección 4.2 Si desea cambiar de plan. | 12 |
| SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan. | 13 |
| SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 14 |
| SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 14 |
| SECCIÓN 8 Preguntas | 15 |
| Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de parte de <i>Leon MediExtra (HMO)</i> . | 15 |
| Sección 8.2 Cómo recibir ayuda de Medicare | 16 |

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para *Leon MediExtra* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información. | \$0 mensual | \$0 mensual |
| Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información). | \$1,000 | \$1,000 |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta |
| Hospitalizaciones | \$0 copago por estadía | \$0 copago por estadía |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información). | Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Suministro de 30 días adquirido en una <i>farmacia de la red con costo compartido preferido</i> : Nivel 1 de medicamentos: \$0 copago Nivel 2 de medicamentos: \$0 copago | Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Suministro de 30 días adquirido en una <i>farmacia de la red con costo compartido preferido</i> : Nivel 1 de medicamentos: \$0 copago Nivel 2 de medicamentos: \$0 copago |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|--|
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información). (continúa) | Nivel 3 de medicamentos: \$40 copago Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que se cubren mediante nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada. | Nivel 3 de medicamentos: \$40 copago Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 33% de coseguro Nivel 5 de medicamentos: \$0 copago Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos mediante nuestro beneficio mejorado. |

SECCIÓN 1 | A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *Leon MediExtra* en 2025

Si no ha hecho nada hasta el 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en *Leon MediExtra*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su Cobertura médica y Cobertura para medicamentos con receta a través de *Leon MediExtra*. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

SECCIÓN 2 | Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 | Cambios en la prima mensual

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|-----------------|---|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 No hay cambios en la prima mensual para el próximo año de beneficios. |

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra Cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la Cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “Cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su Cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 2.2 | Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|-----------------|---|
| Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$1,000 | \$1,000 Una vez que haya pagado \$1,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. No hay cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo para el próximo año de beneficios. |

Sección 2.3 | Cambios en la red de proveedores y farmacias

Las cantidades pagadas por sus medicamentos por receta podrían depender de la farmacia que se utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos por receta están cubiertos *solamente* si se despachan en una de nuestras farmacias de la red. En nuestra red figuran farmacias con costos compartidos preferidos, por lo que se le puede ofrecer un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red en ciertos medicamentos.

En nuestro sitio web www.leonhealth.com se encuentran el directorio actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* <https://www.leonhealth.com/directory/?lang=es> para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* <https://www.leonhealth.com/directory/?lang=es> para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 | Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| Servicios Dentales - Preventivos e Integrales | El máximo permitido anual combinado es de \$7,000 por los servicios preventivos e integrales. | El máximo permitido anual combinado es de \$7,250 por los servicios preventivos e integrales. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) | <p>Aplica</p> <p>Los miembros que califiquen pueden reemplazar su asignación <i>mensual</i> de \$70 para artículos de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud con una variedad de opciones, incluyendo alimentos y productos, comidas, utilidades y más, utilizando su Tarjeta Leon Plus.</p> | <p>No aplica</p> <p>Los miembros de <i>Leon MediExtra</i> estarán limitados a usar la asignación <i>mensual</i> de \$70 exclusivamente para artículos de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud.</p> |
| Número de niveles en el beneficio de la Parte D | <p>4</p> <p>Hay cuatro niveles de copago para los medicamentos:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos</p> <p>Nivel 2 – De marca preferidos</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</p> <p>Nivel 4 – Nivel especializado</p> | <p>5</p> <p>Hay cinco niveles de copago para los medicamentos:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos</p> <p>Nivel 2 – De marca preferidos</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos</p> <p>Nivel 4 – Nivel especializado</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos complementarios</p> |

Sección 2.5 | Cambios en la Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se incluye ha sido enviada en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, inclusive eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican en nuestra Cobertura de ciertos medicamentos o cambiarlos para un nivel distinto de costo compartido. **Examine la Lista de Medicamentos para estar seguro de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para ver si hay restricciones nuevas o si su medicamento lo han cambiado para un nivel distinto de costo compartido.**

La mayoría de los cambios de la Lista de Medicamentos es nueva correspondiente al principio de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permisibles por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Ponemos al día, por lo menos una vez al mes, nuestra Lista de Medicamentos que está en línea. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a algún medicamento que consume, le enviaremos el aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la Cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

En estos momentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión nueva de un medicamento genérico en el mismo o en un menor nivel de costo compartido y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que se reemplaza. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, puede que también decidamos dejar el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel distinto de costo compartido, agregar restricciones nuevas o hacer ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales con ciertos biosimilares, lo que significa, por ejemplo, que si consume un producto biológico original que se reemplaza con un biosimilar, puede que no reciba el aviso sobre el cambio 30 días antes que lo hagamos o reciba un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si consume el producto biológico original cuando hacemos el cambio, aún recibirá la información acerca de cambio específico que hicimos, aunque podría llegar después que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Vea las definiciones de los tipos de medicamentos en el Capítulo 12 de la *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicinas (la FDA) también suministra información sobre medicamentos para los consumidores. Visite el sitio de internet de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También se puede comunicar con el Departamento de Servicios a Miembros o pedirle más información a su profesional de la salud, recetador o farmacéutico.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos enviado un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la *Evidencia de Cobertura* para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del *30 de septiembre*, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

A partir del 2025, habrá **tres etapas de pagos de medicamentos:** La Etapa del Deducible Anual, la Etapa de la Cobertura Inicial y la Etapa de la Cobertura Catastrófica. La Etapa sin Cobertura y el Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

Aviso anual de cambios para 2025 de *Leon MediExtra (HMO)*

El Programa de Descuentos durante el Periodo sin Cobertura también quedará reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. En el Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan correspondiente a los medicamentos de marca de la Parte D y biológicos durante la Etapa de cobertura Inicial y la Etapa de cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes dentro del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan en los gastos pagados de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos.</p> <p>Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D está cubierta sin que le cueste nada a usted.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$20 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$50 por medicamento con receta.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$20 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$50 por medicamento con receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|---|
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa) | <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$40 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 – Nivel especializado: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$9,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin Cobertura).</p> | <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$40 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 – Nivel especializado: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos complementarios: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$10 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura Catastrófica).</p> |

Cambios en la Etapa de la Cobertura Catastrófica

La Etapa de cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan de los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura Catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan en los gastos pagados de su bolsillo.

Si llega a la Etapa de cobertura Catastrófica, no paga nada ni por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Revise la información específica acerca de sus costos en la Etapa de cobertura Catastrófica, en la Sección 6, del Capítulo 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 | Cambios Administrativos

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare | No aplica | <p>El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare es la opción nueva de pagos que funciona con su Cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a manejar los costos de sus medicamentos al repartirlos en mensualidades que varían a lo largo del año (De enero a diciembre).</p> <p>Infórmese más de esta opción de pago teniendo la amabilidad de comunicarse con nosotros al 1-844-969-5366 o visitando Medicare.gov.</p> |

SECCIÓN 4 | Cómo decidir qué plan elegir**Sección 4.1 | Si desea seguir inscrito en *Leon MediExtra (HMO)***

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan *Leon MediExtra*.

Sección 4.2 | Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare)

(www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 5), o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

Paso 2: cambie su Cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Leon MediExtra*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *Leon MediExtra*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 | Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la Cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin Cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin Cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su Cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin Cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se acaba de mudar de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse para el Medicare Original durante los dos meses completos posteriores al mes en que se mudó.

SECCIÓN 6 | Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *Florida*, el SHIP se denomina Servicio de Atención de Necesidades de Seguros Médicos de Mayores (*SHINE*).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *SHINE* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *SHINE* al 1-800-963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre *SHINE*, visite su sitio web (www.floridashine.org).

SECCIÓN 7 | Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado o con seguro

insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) para inglés, 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) para español. (TTY: 1-888-503-7118). Asegúrese, al llamar, de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare.** El Plan de Pagos de Medicamento por Receta de Medicare es la opción nueva de pagos que lo ayuda a manejar los gastos de su propio bolsillo a partir del 2025. Esta opción nueva de pagos funciona con su Cobertura actual de medicamentos repartiéndolos a lo largo de **mensualidades que varían a lo largo del año** (De enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni le reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos por Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con Cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-969-5366 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 | Preguntas

Sección 8.1 | Cómo recibir ayuda de parte de *Leon MediExtra (HMO)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-969-5366. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2025* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para *Leon MediExtra*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.leonhealth.com encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.leonhealth.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2 | Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la Cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

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

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

Beneficios varían según la Cobertura de cada plan.

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

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

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Encarte Multilingue

Servicios de interprete en multiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-969-5366. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-969-5366. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-969-5366。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-969-5366。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang maka-kuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-969-5366. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-969-5366. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-969-5366. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-969-5366. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-844-969-5366 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

MEDIEXTRA

2025

