

Aviso anual de cambios para 2025

PriorityMedicareSM Key (HMO-POS)
ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025
Regiones 3 y 4

Actualmente, está inscrito como miembro de **Priority**Medicare Key. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios de su plan. **Este folleto detalla esos cambios.**

Recursos adicionales

Esta información está disponible en distintos formatos, incluso en braille y en tamaño de letra grande.

Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 888.389.6648 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

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 ***irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families***.

Sobre PriorityMedicare Key

Priority Health tiene planes HMO-POS y PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **Priority**Medicare Key.

PriorityMedicare Key (HMO-POS) ofrecido por Priority Health Medicare

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de **PriorityMedicare Key (HMO-POS)**. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para acceder a un Resumen de Costos Importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en priorityhealth.com/key25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *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 la atención médica (doctor, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de la cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan estando cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o quedará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, en 2025.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para recibir apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en **PriorityMedicare Key (HMO-POS)**.
- Si desea cambiarse 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 cancelará su inscripción en **PriorityMedicare Key (HMO-POS)**.
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al número 888.389.6648 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille y letra grande.
- **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.

Sobre PriorityMedicare Key (HMO-POS)

- Priority Health tiene planes HMO-POS y PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **PriorityMedicare Key (HMO-POS)**.

Aviso Anual de Cambios para 2025 **Tabla de Contenido**

Resumen de Costos Importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	9
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	10
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare Key (HMO-POS)	22
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	22
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	23
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	23
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	24
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	25
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare Key (HMO-POS)	25
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	26

Resumen de Costos Importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para **PriorityMedicare Key (HMO-POS)** 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*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Deducible	<p><u>Dentro de la red</u> \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> \$1,500, excepto acupuntura e insulina suministrada mediante un equipo médico duradero.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> \$250, excepto consultas de atención primaria, consultas a proveedores de especialidad, salud mental para pacientes externos, servicios psiquiátricos, servicios de abuso de sustancias y del programa de tratamiento de opioides, hospitalizaciones parciales, servicios de salud en el hogar, acupuntura, servicios quiroprácticos, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, podiatría, pruebas y análisis para pacientes externos, atención de emergencia, servicios de urgencia, observaciones, ambulancias, equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos, suministros médicos, suministros para la diabetes, zapatos/plantillas terapéuticos para pacientes con diabetes, servicios de educación sobre enfermedades renales, servicios preventivos e insulina de la Parte B suministrada con un equipo médico duradero.</p> <p><u>Fuera de la red</u> \$1,500, excepto acupuntura e insulina suministrada mediante un equipo médico duradero.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$5,500	\$5,500
<p>Consultas al consultorio del doctor</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Consultas de atención primaria: copago de \$10 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: copago de \$0 a \$45 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por consulta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o especialista, después del deducible.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: copago de \$0 a \$40 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por consulta con un PCP o especialista, después del deducible.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$320 por día, días 1-7. \$0 por días adicionales de hospitalización.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por hospitalización, después del deducible.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$350 por día, días 1-7, después del deducible. \$0 por días adicionales de hospitalización, después del deducible.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por hospitalización, después del deducible.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$4 en una farmacia de la red preferida o copago de \$10 en una farmacia de la red estándar • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$15 en una farmacia de la red preferida o copago de \$20 en una farmacia de la red estándar • Medicamentos de Nivel 3: copago de \$42 en una farmacia de la red preferida o copago de \$47 en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$4 en una farmacia de la red preferida o copago de \$10 en una farmacia de la red estándar • Medicamentos de Nivel 2: copago de \$15 en una farmacia de la red preferida o copago de \$20 en una farmacia de la red estándar • Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total en una farmacia de la red preferida o 25% del costo total en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 4: 45% del costo total en una farmacia de la red preferida o 50% del costo total en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 4: 45% del costo total en una farmacia de la red preferida o 50% del costo total en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red estándar <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Prima mensual de los beneficios complementarios opcionales	\$33	\$39

- 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 acreditada) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	\$5,500	<p style="text-align: center;">\$5,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos inferiores a los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, en priorityhealth.com/key25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o solicitarnos que le enviemos un directorio, que enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2025*, priorityhealth.com/key25, para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los Miembros para que podamos asistirlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 a \$290 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p><u>Dentro o fuera de la red</u> Cantidad máxima anual de \$2,500 para usar en servicios dentales integrales incorporados.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 a \$350 por cada consulta cubierta por Medicare; es posible que se aplique un deducible.</p> <p><u>Dentro o fuera de la red</u> Cantidad máxima anual de \$1,500 para usar en servicios dentales integrales incorporados.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para SilverSneakers®.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para la red de acondicionamiento físico One Pass®, que incluye acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país, más de 20,000 clases de acondicionamiento físico digitales y entrenamientos a pedido, una asociación de salud cerebral con CogniFit (consulte Acondicionamiento de la memoria para obtener más detalles) y kits de acondicionamiento físico en el hogar (1 kit por año del plan).</p>
<p>Servicios auditivos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 a \$45 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 a \$40 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$320 por día, días 1-7. \$0 por días adicionales de hospitalización.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$350 por día, días 1-7, después del deducible. \$0 por días adicionales de hospitalización, después del deducible.</p>
Beneficio de comidas	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por comida. El beneficio puede usarse inmediatamente después de una cirugía u hospitalización.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> El beneficio de comidas no está cubierto.</p>
Acondicionamiento de la memoria	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para BrainHQ®.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para el programa de salud cerebral de CogniFit®. Simplemente cree una cuenta a través de One Pass para acceder a una colección de juegos mentales para mantenerse interesado, desafiado y entretenido. CogniFit funciona entrenando más de 20 habilidades cognitivas que usamos a diario, como la memoria de trabajo, la percepción, la atención, el razonamiento y la coordinación.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$160.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$210, después del deducible.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos</p>	<p>Incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga un copago de \$0 a \$290.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$290.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga un copago de \$0 a \$350, después del deducible.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$350, después del deducible.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$74 por trimestre para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$45 por trimestre; los saldos no se transfieren; para los artículos de venta libre (OTC) y los dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño. Estos artículos pueden comprarse en tiendas como Meijer, Walgreens, Walmart, etc.; en línea en PriorityHealth.com/shopOTC; llamando al 833.415.4380 o descargando la aplicación Priority Health OTC.</p>
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas al consultorio del doctor</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$10 por cada consulta con el doctor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$45 por cada consulta a especialistas cubierta por Medicare.</p> <p>Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (por ejemplo, enfermeros profesionales y asistentes médicos), usted paga un copago de \$0 a \$45.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta con el doctor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$40 por cada consulta a especialistas cubierta por Medicare.</p> <p>Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (por ejemplo, enfermeros profesionales y asistentes médicos), usted paga un copago de \$0 a \$40.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de podiatría	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$45 por cada consulta de servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$40 por cada consulta de servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>
Tecnologías de acceso remoto	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 para Abridge.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Abridge no está cubierta.</p>
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los alimentos y productos saludables están cubiertos para los miembros con Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los alimentos y productos saludables no están cubiertos para los miembros con SSBCI.</p>
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de SET cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática, después del deducible.</p>
Atención de la vista	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. En este sobre se encuentra una copia de nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que siga estando cubierto. Puede obtener la Lista de Medicamentos completa al llamar a Servicios para los Miembros (consulte la contraportada) o visitar nuestro sitio web (priorityhealth.com/key25).

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si se ha movido su medicamento a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año del plan podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecer la lista de medicamentos más vigente. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca comercial de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión nueva del medicamento genérico del mismo nivel de costos compartidos o uno inferior y con las mismas restricciones o menos que las del medicamento de marca comercial que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinadas versiones biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que se reemplazará por una versión biosimilar, es posible que no reciba ningún aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que reciba un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto

biológico original mientras hacemos el cambio, aun así recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegarle después de realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de Cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también ofrece información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros o consultarle a su proveedor de atención médica, a una persona autorizada a dar recetas o su farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los costos y beneficios 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 recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un folleto 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 denominada “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 folleto antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para los Miembros y solicite la Cláusula Adicional LIS.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa del Período sin Cobertura y el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

Además, el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura será reemplazado por el programa de descuentos para el fabricante. Bajo el programa de descuentos para el fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes bajo el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de 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

Para los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca comercial preferidos), sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial cambiarán de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2024 a 2025.

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>Para 2024, usted pagaba un copago de \$42 o \$47 para medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca comercial preferidos). Para 2025, usted pagará un coseguro del 25% para medicamentos de este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca comercial preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$42 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca comercial preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga un 25% del costo total por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga un 25% del costo total por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo para usted.</p>	<p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga un 50% del costo total por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga un 45% del costo total por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos de especialidad: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga un 33% del costo total por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga un 33% del costo total por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del Período sin Cobertura).</p>	<p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga un 50% del costo total por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga un 45% del costo total por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 – Medicamentos de especialidad: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga un 33% del costo total por receta. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga un 33% del costo total por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

La Etapa de Cobertura para Catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes bajo el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	No corresponde.	<p>El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago nueva que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y que puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare Key (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan PriorityMedicare Key (HMO-POS).

Sección 3.2 – 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 cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, 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 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en PriorityMedicare Key (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en PriorityMedicare Key (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comunicarse con Servicios para los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original 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 otros momentos del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen 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 se inscribió 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 Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP se llama Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al 800.803.7174 o marque 211. Para obtener más información sobre el Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP), visite su sitio web (mmapinc.org).

SECCIÓN 6 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, mencionamos distintos 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:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda de su programa de asistencia de medicamentos estatales.** Michigan tiene un programa llamado Programa de asistencia de medicamentos de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP) que ayuda a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **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 elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP) al 888.826.6565. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza

- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago nueva que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo (disponible a partir de 2025). Esta opción de pago nueva funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no a ahorrar dinero o disminuir los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa de asistencia de medicamentos estatal (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, tiene más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de 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 llamando al 1-866-845-1803 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare Key (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los Miembros al 888.389.6648. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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 **PriorityMedicare Key (HMO-POS)**. 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 y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web: priorityhealth.com/key25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en priorityhealth.com/key25. Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos)*.

Sección 7.2 – 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

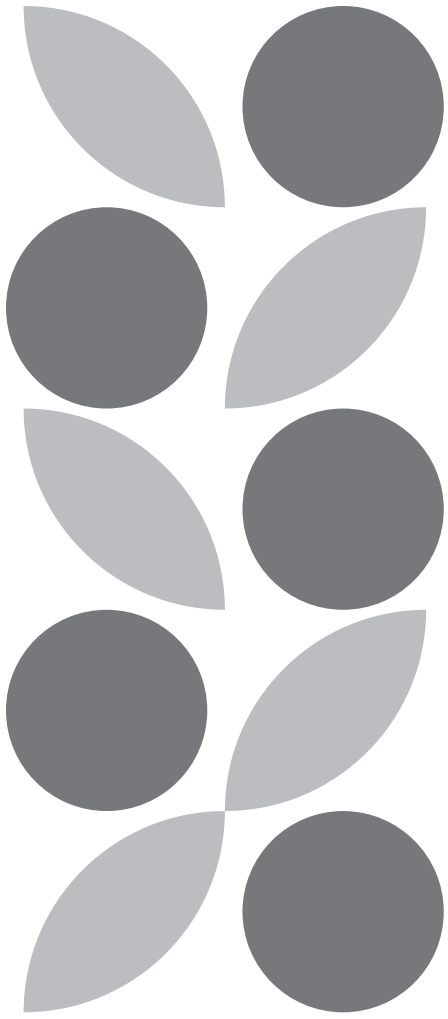
Visite el sitio web de Medicare

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

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

Consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La red de farmacias de **Priority**Medicare Key incluye farmacias preferidas de bajo costo limitadas en Michigan. Es posible que los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte el Directorio de Farmacias en línea, en priorityhealth.com/key25.



prioritymedicare.com