

2026

Aviso Anual de Cambios

PriorityMedicare® D-SNP (HMO)
ofrecido por Priority Health

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

PriorityMedicare D-SNP (HMO) ofrecido por Priority Health Medicare

Notificación anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- Para cambiarse a **otro plan**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en priorityhealth.com/dsnp26 o llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en Español.
- Para obtener más información, llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en audio, Braille y letra de imprenta grande bajo petición.
- La cobertura según este plan califica como Cobertura Médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (El IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de PriorityMedicare D-SNP (HMO)

- Priority Health ofrece planes HMO-POS y PPO con un contrato Medicare. La afiliación en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- En este material, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en PriorityMedicare D-SNP (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**. Vaya a la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	8
Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual	8
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	16
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	21
Sección 3.1 Plazo para el cambio de plan	22
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	22
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 5 Preguntas	24
Cómo recibir ayuda de Priority Medicare D-SNP (HMO)	24
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	25
Obtenga ayuda de Medicare	25
Cómo recibir ayuda de Medicaid	26

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Deducible</p>	<p>\$420, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>\$545, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$9,350</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que contribuya al monto máximo de gastos de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que contribuya al monto máximo de gastos de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	<p>\$0 copago por visita.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>\$0 copago por visita.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Consultas a especialistas</p>	<p>\$0 copago por visita.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido</p>	<p>\$0 copago por visita.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Consultas a especialistas (continuación)</p>	de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye internación para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$1,800 copago por cada hospitalización</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$2,000 copago por cada hospitalización</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles).</p>	<p>\$590 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), el deducible no se aplica en su caso.</p>	<p>\$615 en los niveles 3 a 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), el deducible no se aplica en su caso.</p>
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).</p>	Los copagos de medicamentos pueden variar según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba. Para más información, comuníquese con el plan.	Los copagos de medicamentos pueden variar según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba. Para más información, comuníquese con el plan.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 1: 25% del costo total <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 copago • Nivel de medicamentos 2: \$0 copago • Nivel de medicamentos 3: 25% del costo total <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: 25% del costo total <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 5: 25% del costo total <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)		Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.)	\$0	\$0

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo para el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que llega a este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de por el resto del año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B y los deducibles, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo de su bolsillo. los costos de sus	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación) medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* priorityhealth.com/dsnp26 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp26.
- Llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de mitad de año en nuestros proveedores, llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el 2026 *Directorio de proveedores/farmacias* priorityhealth.com/dsnp26 para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp26.
- Llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestras farmacias, llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios medicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los beneficios y los costos de Medicare y Medicaid.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acondicionamiento de la memoria	<u>Sin</u> cobertura.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 copago por CogniFit®.
Atención de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$110 copago por cada visita de servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$115 copago por cada visita de servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<u>Fuera de la red</u> Usted paga \$1,800 copago por estadía. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga \$2,000 copago por estadía. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)*</p> <p>Para calificar para los beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI), debe ser diagnosticado con una o más de las afecciones crónicas que califican, estar en alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos y requerir coordinación de cuidados intensivos. Para ver una lista completa de las afecciones crónicas que califican, visite priorityhealth.com/dsnp26.</p> <p>* El beneficio mencionado es parte de un beneficio suplementario especial para miembros con enfermedades crónicas con una de las siguientes afecciones: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), arritmias, depresión, insuficiencia cardíaca, cáncer de próstata/mama/otros cánceres y trastorno bipolar. Esta no es una lista completa de las afecciones que califican. Incluso si tiene una afección elegible, no necesariamente calificará para recibir el beneficio porque la cobertura del artículo o servicio depende de si tiene una enfermedad crónica según lo define CMS y cumple con todos los requisitos de elegibilidad aplicables. Para ver si es elegible,</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Si es elegible, puede usar el subsidio mensual de su tarjeta PriorityFlex para determinados servicios públicos, control de plagas, entrega de comidas, alimentos y productos saludables, artículos de cuidado personal y suministros para el hogar.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)* (continuación) comuníquese con el equipo de nuestro Atención al cliente al 833.939.0983 (TTY: 711).</p>		
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> \$0 copago por tiras reactivas para diabéticos limitadas a productos JJHCS (One Touch) y Contour cuando son dispensadas por una farmacia minorista o de pedido por correo.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 20% del costo total por tiras reactivas para diabéticos limitadas a productos JJHCS (One Touch) y Contour cuando son dispensadas por una farmacia minorista o de pedido por correo.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> \$0 copago por tiras reactivas para la diabetes, limitadas a productos Contour cuando se dispensan en farmacia minorista o por correo.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 20% del costo total por tiras reactivas para la diabetes, limitadas a productos Contour cuando se dispensan en farmacia minorista o por correo.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>De acondicionamiento físico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 copago por la experiencia de acondicionamiento físico digital proporcionada por One Pass®.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 copago por el acceso a acondicionamiento físico en persona y digital proporcionado por One Pass®.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)	El afiliado debe recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para calificar a los beneficios de la tarjeta flexible.	El modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) <u>no está</u> cubierto.
Priority Flex	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$70 todos los meses para usar en artículos de venta libre (OTC), dispositivos de seguridad modificaciones para el hogar y el, determinados servicios públicos, control de plagas, entrega de comidas y alimentos y productos saludables.</p> <p>*Los miembros deben recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), para ser elegible para nuestro beneficio.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$70 todos los meses para usar en artículos de venta libre (OTC), dispositivos de seguridad modificaciones para el hogar y el. Es posible que haya beneficios adicionales disponibles en bajo Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas.</p>
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$1,800 copago por estadía.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$2,000 copago por estadía.</p> <p>Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	Usted paga 35% del costo total para los servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.	Usted paga 30% del costo total para los servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación)	Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 35% del costo total por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva y rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 30% del costo total por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva y rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 35% del costo total por cada servicio ambulatorio de rehabilitación cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 30% del costo total por cada servicio ambulatorio de rehabilitación cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 35% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga 30% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de urgencia	<p><u>Dentro o fuera de la red</u> Usted paga 35% del costo total, hasta un \$45 como máximo por cada visita los servicios de atención que se necesita con urgencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro o fuera de la red</u> Usted paga 30% del costo total, hasta un \$45 como máximo por cada visita los servicios de atención que se necesita con urgencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	<p><u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$0 copago por día por los días 1 - 20. \$214 copago por día por los días 21 - 100. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga \$0 copago por día por los días 1 - 20. \$218 copago por día por los días 21 - 100. Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 35% del costo total por cada visita SET cubierta por Medicare Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 30% del costo total por cada visita SET cubierta por Medicare Si es elegible para la ayuda costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. Llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

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.** Nosotros le enviamos 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), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Atención al cliente en 833.939.0983 (los usuarios de TTY llaman a 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de interrupción en la

cobertura y el Programa de descuento durante el período de interrupción de la cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3 - 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento durante el período sin cobertura fue reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Con el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuento del fabricante no cuentan para los gastos de su bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Del deducible anual	El deducible es \$590. Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), el deducible no se aplica en su caso.	El deducible es \$615 Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos en los Niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Del deducible anual (continuación)		los Niveles 3 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), el deducible no se aplica en su caso.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos del Tiers 1 and 2, su costo compartido en la Etapa de cobertura cambia de un coseguro a un copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2026 en relación con 2025.

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos para un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Tier 1: 2025: Todos los medicamentos</p> <p>2026: Genéricos preferidos</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su coseguro para una receta de pedido por correo de un mes (30 días) es del 25%.</p> <p>Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra</p>	<p>Usted paga \$0 copago.</p> <p>Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos recetados por correo es de \$0.</p>

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Etapa 1: Genéricos preferidos (continuación)</p>	<p>Help), su costo compartido para todos los medicamentos cubiertos es de \$0.</p>	
<p>Etapa 2: Genéricos</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos por el Nivel 1.</p>	<p>Usted paga \$0 copago.</p> <p>Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos recetados por correo es de \$0.</p>
<p>Etapa 3: Marca preferida</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos por el Nivel 1.</p>	<p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su coseguro para una receta de pedido por correo de un mes (30 días) es 25%.</p> <p>Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de “Ayuda adicional” (Extra Help) que reciba. Contacte al plan para obtener más detalles.</p>
<p>Etapa 4: Medicamento no preferido</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos por el Nivel 1.</p>	<p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada</p>

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Etapa 4: Medicamento no preferido (continuación) nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>		<p>producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su coseguro para una receta de pedido por correo de un mes (30 días) es 25%.</p> <p>Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de “Ayuda adicional” (Extra Help) que reciba. Contacte al plan para obtener más detalles.</p>
<p>Etapa 5: Especialidad</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos por el Nivel 1.</p>	<p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su coseguro para una receta de pedido por correo de un mes (30 días) es 25%.</p> <p>Los copagos para medicamentos pueden variar en función del nivel de “Ayuda adicional” (Extra Help) que reciba. Contacte al plan para obtener más detalles.</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

En 2025, si usted calificó para “Ayuda Adicional” (Extra Help), su costo compartido de la Parte D se redujo a \$0 por todos los medicamentos cubiertos. En 2026, si califica para

“Ayuda Adicional” (Extra Help), pagará el costo compartido indicado en su Suplemento LIS para los medicamentos de los Niveles 3 a 5. Contacte con el Atención al cliente para obtener información adicional.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.</p>	<p>Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1.866.845.1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.716.3231) o visite www.Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en PriorityMedicare D-SNP (HMO), no tiene que hacer nada más. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO).**
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO).**
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (vaya a Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026* o llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazo para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con la cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o cambiar a Medicare Original (sea con o sin la cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid.
- Reciben “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos.
- Abandonaron o abandonarán la cobertura de un empleador.
- Abandonarán el área de servicio de nuestro plan.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare;
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de

medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática).

- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se ha mudado recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **“Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para el plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** Michigan tiene un programa llamado Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para Gastos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para

ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobantes de residencia en el estado y condición del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la ayuda de costo compartido de medicamentos recetados a través de Programa de Asistencia para medicamentos contra el SIDA/VIH de Michigan (MIDAP). Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 888.826.6565. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda del SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1.866.845.1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.716.3231) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare D-SNP (HMO)

- **Llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita.

- **Lea su 2026 Evidencia de Cobertura**

Este *Aviso de Cambio Anual* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *2026 Evidencia de cobertura* para **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**. La *Evidencia de cobertura* es la

descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp26 o llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite priorityhealth.com/dsnp26**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Michigan, el SHIP recibe el nombre de Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP).

Llame a Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. Pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llame a Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al 800.803.7174. Obtenga más información sobre Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al ingresar en (shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/michigan).

Obtenga ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare.

- **Lea *Medicare & usted 2026***

El manual *Medicare & usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en otoño. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo recibir ayuda de Medicaid

Llame a Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan al 517.241.3740. TTY los usuarios deben llamar al 844.578.6563 para obtener ayuda con la afiliación en Medicaid o las preguntas sobre los beneficios.

Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Centro de Retransmisión de Michigan al 711 y solicitar el número indicado anteriormente.

Aviso de No Discriminación



Este aviso describe nuestra política contra la discriminación, la disponibilidad de asistencia gratuita de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, y el proceso para presentar una queja.

La discriminación está prohibida por ley

Priority Health cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, origen étnico, nacionalidad, edad, condición de VIH, estado civil, sexo (según lo definido por la ley y la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, estado socioeconómico o fuente de pago por el servicio, estatura, peso, estado de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.

Disponibilidad de asistencia gratuita de idiomas y ayudas y servicios auxiliares

Priority Health proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Priority Health proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (por ejemplo, letra grande, audio, formato electrónico accesible).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idioma, visite priorityhealth.com/contact-us.

Cómo presentar una queja formal

Si usted cree que Priority Health incumplido con la obligación de proporcionar estos servicios o le ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, etnia, origen nacional, edad, condición de VIH, estado civil, sexo (según lo definido por la ley y la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, condición socioeconómica o fuente de pago por el servicio, estatura, peso, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida por la ley federal, estatal o local, puede presentar una queja en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico. El Coordinador de Derechos Civiles de la Sección 1557 puede responder preguntas y ayudar a presentar una queja formal mediante:

Correo postal. Section 1557 Civil Rights Coordinator
Compliance Department MC 3230
Priority Health
1231 East Beltline Ave NE
Grand Rapids, MI 49525-4501

Teléfono. 866.807.1931 (TTY: 711)

Fax. 616.975.8850

**Correo electrónico. PH-
compliance@priorityhealth.com**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. mediante:

Correo postal. HHS
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono. 800.368.1019 (TTD: 800.537.7697)

Form. hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint

Este aviso está disponible en priorityhealth.com/nondiscrimination.

Última actualización: Junio de 2025

10003-334 H8379_NCMS400040102562BK_C 06202025

Y0056_NCMS400040102562BK_C 06202025

©2025 Priority Health PH116 PH_33077-1.3 06/25

Hindi (हिंदी) - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 800.942.0954 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian (Italiano) - ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'800.942.0954 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Japanese (日本語) - 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。800.942.0954 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Korean (한국어) - 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800.942.0954 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish (Polski) - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 800.942.0954 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Russian (Русский) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800.942.0954 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Serbian (Srpski) - ПАЖЊА: Ако говорите језиком који није енглески, доступне су вам услуге бесплатне помоћи у вези језика. Одговарајућа помоћна средства и услуге ради пружања информација у приступачном формату су такође доступни без накнаде. Позовите 800.942.0954 (TTY: 711) или разговарајте са пружаоцем услуга.

Spanish (Español) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800.942.0954 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800.942.0954 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Urdu (اردو) - توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800.942.0954 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Source: lep.gov and cms.gov Last updated: May 2025

10003-304 H8379_NCMS400040102558BG_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BG_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25



prioritymedicare.com