



2026

Aviso anual sobre cambios

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

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP) ofrecido por Priority Health

Aviso anual sobre cambios para el 2026

Introducción

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura y los costos. Este Aviso anual sobre cambios le informa los cambios y dónde encontrar información adicional acerca de estos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise el *Manual para el afiliado*, disponible en nuestro sitio web: priorityhealth.com/dual26. También puede llamar a atención al cliente al número que figura en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para el afiliado*.

Recursos adicionales

- Puede obtener este Aviso anual sobre cambios de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a atención al cliente al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. hasta las 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. La llamada es gratuita.**

Nuestro plan también le puede proporcionar los materiales importantes del plan en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener los materiales importantes del plan en alguno de estos formatos alternativos, puede presentar una solicitud mediante cualquiera de los siguientes métodos:

- Comuníquese con nuestro equipo de atención al cliente llamando al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.
- Cree e inicie sesión en su cuenta de afiliado en member.priorityhealth.com para enviarnos un mensaje de forma segura.

Aprobación de OMB 0938-1444 (vencimiento: 30 de junio de 2026)

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. Para obtener información adicional, visite priorityhealth.com/dual26.

- Envíe una solicitud por escrito a:
Priority Health 1231 East
Beltline Ave. NE
MS: 1175
Grand Rapids, MI 49525

Al recibir su solicitud, a menos que indique que se trata de una necesidad única, continuaremos enviándole correos y comunicaciones futuras en el idioma o el formato preferido. Si en algún momento desea actualizar o cambiar sus preferencias, puede utilizar cualquiera de los métodos de contacto anteriores.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.

Índice de contenido

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan (Medicaid) para el próximo año.....	4
B1. Información sobre Priority Medicare Dual Premier (HMO D-SNP)	5
B2. Cosas importantes que debe hacer	5
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	6
D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias.....	7
E. Cambios en los beneficios para el próximo año.....	7
E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos	7
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	11
E3. Etapa 2: "Etapa de cobertura inicial"	13
E4. Etapa 3: "Etapa de cobertura en caso de catástrofes"	16
F. Cambios administrativos	17
G. Elección de un plan	18
G1. Permanencia en nuestro plan.....	18
G2. Cambio de plan	18
H. Obtener ayuda.....	22
H1. Nuestro plan	22
H2. Opciones de MI.....	23
H3. El defensor del pueblo de MICH.....	23
H4. Medicare	23
H5. Medicaid de Michigan	24
H6. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.....	25

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



A. Descargos de responsabilidad

La cobertura de este plan se considera Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual que establece la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (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.

Priority Health es un plan de salud que cuenta con un plan D-SNP (HMO) y celebra un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid para proporcionarle a los afiliados los beneficios de ambos programas. La inscripción depende de la renovación del contrato.

¹La ayuda para determinadas afecciones crónicas es parte de un beneficio complementario especial para afiliados con enfermedades crónicas que presenten alguna de las siguientes afecciones: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), arritmias, depresión, insuficiencia cardíaca, cáncer de próstata, mama y otros tipos de cáncer y trastorno bipolar. Esta no es una lista completa de las afecciones elegibles. Incluso si tiene una afección elegible, no necesariamente será elegible para recibir el beneficio porque la cobertura del producto o del servicio depende de si usted padece una enfermedad crónica según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), y cumple con todos los requisitos de elegibilidad establecidos. Para saber si es elegible, comuníquese con nuestro equipo de atención al cliente llamando al 833.939.0983 (TTY 711)

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que aún se ajustará a sus necesidades el próximo año. Si la cobertura no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener información adicional sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide abandonar el plan, su afiliación terminará el último día del mes en el que presentó la solicitud. Usted seguirá participando en los programas de Medicare y de Medicaid de Michigan mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Medicaid de Michigan y las opciones en la **Sección G2**.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

B1. Información acerca de PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)

- **Priority Health** es un plan de salud que celebra un contrato con Medicare y un contrato con Medicaid para proporcionarle a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- Cuando se mencione "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestro plan" en este *Aviso anual sobre cambios*, se refiere a **PriorityMedicare Dual Premier**.

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Revise si hay algún cambio en sus beneficios que es posible que lo afecte.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Revise si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que es posible que lo afecte.**
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Están en un nivel de distribución de costos diferente? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como la autorización previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos se ajuste a sus necesidades el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el último año.
 - Converse con el médico acerca de alternativas de menor costo que es posible que estén disponibles para usted; es posible que ahorre gastos de bolsillo anuales a lo largo del año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan con exactitud en cuánto es posible que cambie el costo de sus medicamentos.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

- **Revise si sus proveedores y farmacias serán parte de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y las farmacias? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Considere sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de bolsillo por los servicios y medicamentos que usa de forma periódica?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide permanecer en PriorityMedicare Dual Premier:

Si desea continuar con nosotros el próximo año, es fácil, no debe hacer nada más. Si no hace ningún cambio, continuará inscrito automáticamente en PriorityMedicare Dual Premier.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se ajustará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener información adicional). En caso de que se inscriba en un nuevo plan o se cambie a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan se modificará de **PriorityMedicare D-SNP (HMO D-SNP)** a **PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)**.

No necesita hacer más nada, recibirá una nueva tarjeta de identificación antes del 1 de enero de 2026 y podrá comenzar a usar su plan como lo haría normalmente.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta son cubiertos *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el 2026.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* del 2026 para determinar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está disponible en nuestro sitio web: priorityhealth.com/dual26. También puede llamar a atención al cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de esta página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le envíemos por correo postal un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que es posible que también implementemos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted cuenta con determinados derechos y protecciones. Para obtener información adicional, consulte el **Capítulo 3** del *Manual para el afiliado* o llame a atención al cliente al número que figura en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La tabla a continuación describe estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible	\$420, con excepción de la insulina que se le proporciona mediante un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	\$545, con excepción de la insulina que se le proporciona mediante un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$9,350 Si usted es elegible para	\$9,250 Si usted es elegible para

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se cuente para su monto máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se cuente para su monto máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Instrucción para el autocontrol, servicios e insumos para diabéticos	\$0 de copago para las tiras de prueba para diabetes; se limitan a productos JJHCS (One Touch) y Bayer (Contour) cuando se distribuyen a una farmacia minorista o a una farmacia que use el servicio de pedidos por correo.	\$0 de copago para las tiras de prueba para diabetes; se limitan a productos Bayer (Contour) cuando se distribuyen a una farmacia minorista o a una farmacia que use el servicio de pedidos por correo.
Acondicionamiento físico	\$0 de copago para una experiencia de acondicionamiento físico digital proporcionada por One Pass®	\$0 de copago para el acceso a acondicionamiento físico digital y presencial proporcionado por One Pass®.
Entrenamiento de la memoria (CogniFit®)	El entrenamiento de la memoria no está cubierto.	\$0 de copago para CogniFit®, un entrenamiento cerebral en línea para ayudar a mejorar la memoria y la concentración.
Servicios odontológicos sin cobertura de Medicare	\$1,500 por año para dos limpiezas, dos exámenes, mantenimiento periodontal, radiografías interproximales, radiografías periapicales y un tratamiento con flúor por año.	Los servicios odontológicos sin cobertura de Medicare no están cubiertos.
Audífonos sin cobertura de Medicare	\$0 de copago por dos audífonos "Advanced" ("avanzados") de TruHearing, uno por oreja, cada dos años.	\$0 de copago por dos audífonos "Advanced" ("avanzados") de TruHearing, uno por oreja, cada tres años.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
PriorityFlex	<p>\$70 cada mes, sin acumulaciones, para adquirir artículos de venta libre (OTC), dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño, servicios públicos selectos, control de plagas, entrega de comidas y alimentos y productos agrícolas saludables.</p> <p>*El afiliado debe recibir Ayuda adicional para ser elegible para los beneficios.</p>	<p>\$96/M (condado de Barry) o \$70/M (todos los otros condados), sin acumulaciones (en función de su región), para adquirir artículos de venta libre (over the counter, OTC), dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño.</p> <p>Es posible que haya beneficios adicionales disponibles en Ayuda para determinadas afecciones crónicas¹</p>
Ayuda para determinadas afecciones crónicas¹	<p>No está cubierta la ayuda para determinadas afecciones crónicas.</p>	<p>La ayuda para determinadas afecciones crónicas es un beneficio complementario especial dirigido a afiliados con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI).</p> <p>Si es elegible, es posible usar la asignación mensual de la tarjeta PriorityFlex para servicios públicos selectos, control de plagas, entrega de comida, alimentos y productos agrícolas saludables, artículos de cuidado personal y suministros para el hogar.</p> <p>Para ser elegible para los beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI), debe</p>

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>recibir el diagnóstico de una o más de las afecciones crónicas elegibles, presentar un alto riesgo de hospitalización u otros desenlaces clínicos adversos y requerir una coordinación de cuidados intensivos.</p> <p>Para ver una lista completa de las enfermedades crónicas elegibles, visite priorityhealth.com/dual26.</p>
Atención para pacientes hospitalizados	<p>\$1,800 de copago por hospitalización</p> <p>Si recibe asistencia con la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0</p>	<p>\$0 de copago por hospitalización</p>
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p>\$1,800 de copago por hospitalización</p> <p>Si recibe asistencia con la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0</p>	<p>\$0 de copago por hospitalización</p>
Servicios de transporte	<p>30 viajes unidireccionales hacia lugares relacionados con servicios de salud de hasta 100 millas por viaje.</p>	<p>Sin cobertura de los servicios de transporte.</p>
Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID)	<p>Los afiliados elegibles por tener un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), que también se denomina Ayuda adicional tienen acceso a:</p> <p>Usar la asignación mensual de su tarjeta PriorityFlex para</p>	<p>Sin cobertura del modelo de VBID.</p>

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	adquirir alimentos y productos agrícolas saludables, entrega de comidas, servicios de control de plagas y servicios públicos seleccionados.	

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada está disponible en nuestro sitio web: priorityhealth.com/dual26 También puede llamar a atención al cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de esta página para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitar que le enviemos por correo postal una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina *Lista de medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o su traslado a un nivel de distribución de costos diferente.

Revise la *Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año* y para determinar si existen restricciones o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de distribución de costos diferente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o por el estado y que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

En caso de que lo afecte un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos:

- Trabajar con su médico (u otro profesional que emite las recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubrimos.
 - Puede llamar a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página o comunicarse con su coordinador de atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que tratan la misma afección.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.
- Trabajar con su médico (u otro profesional que emite las recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del año que viene y le responderemos dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o el informe de respaldo del profesional que emite la receta).
 - Para conocer los pasos a seguir para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual para el afiliado* o llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con atención al cliente o con su coordinador de atención. Consulte los **Capítulos 2 y 3** del *Manual para el afiliado* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.
- Solicitarnos la cobertura de un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta 30 días. (Para obtener más información respecto a cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para el afiliado*).
 - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, converse con su médico sobre qué hacer cuando este se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.

Es posible que las excepciones al formulario actuales aún estén cubiertas el próximo año. Consulte los avisos de aprobación para conocer las fechas de vencimiento.

Cambios en los costos de medicamentos

Existen tres etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare de acuerdo con nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentra al momento de surtir o reponer una receta. Estas son las tres etapas:

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



Etapa 1: Etapa del deducible	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3: Etapa de cobertura en caso de catástrofes
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>Inicia esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p> <p>En 2025, el monto del deducible fue de \$590 para todos los medicamentos. En 2026, el monto del deducible es de \$615 para los medicamentos del Nivel 3 al 5.</p> <p>Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional, esta etapa no se aplica a su caso.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte de los costos de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la totalidad de los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Inicia esta etapa luego de pagar un monto determinado de gastos de bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los \$2,100. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final de año. Consulte el **Capítulo 6** del *Manual para el afiliado* para obtener información adicional sobre el monto que pagará por los medicamentos.

Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

E3. Etapa 2: "Etapa de cobertura inicial"

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte de los costos por los medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de distribución de costos en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Trasladamos algunos de los medicamentos de nuestra **Lista de medicamentos a un nivel de medicamento más bajo o más alto**. Si sus medicamentos se trasladan de un nivel a otro,

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

esto podría afectar su copago. Para determinar si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsqüelos en nuestra *Lista de medicamentos*.

La tabla a continuación muestra los costos por un suministro mensual que se surte en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros cinco niveles del medicamento. Estos montos aplican **únicamente** durante el tiempo en el que usted se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta por medio del servicio de pedido por correo, consulte la **Sección D del Capítulo 6** de su *Manual para el afiliado*.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 (2025: <i>Todos los medicamentos</i> 2026: <i>Medicamentos genéricos preferidos</i>) Costo por un suministro mensual de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red	<p>Su coseguro por un suministro mensual (30 días) es del 25 %</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) para cada producto de insulina cubierto es de \$35.</p> <p>Su coseguro para una receta a través del servicio de pedidos por correo mensual (30 días) es del 25 %.</p> <p>Para los afiliados elegibles por tener un subsidio por bajos ingresos (LIS), que también se denomina Ayuda adicional: su parte del costo para todos los medicamentos cubiertos es \$0.</p>	<p>Su copago por un suministro mensual (30 días) es de \$0.</p> <p>El suministro mensual de insulina no está cubierto en el Nivel 1.</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) de la receta del servicio de pedidos por correo es de \$0.</p>
Medicamentos del Nivel 2 (<i>Medicamentos genéricos</i>) Costo por un suministro	En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos bajo el Nivel 1.	Su copago por un suministro mensual (30 días) es de \$0.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
mensual de un medicamento del Nivel 2 que se surte en una farmacia de la red		<p>El suministro mensual de insulina no está cubierto en el Nivel 2.</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) de la receta del servicio de pedidos por correo es de \$0</p>
<p>Medicamentos del Nivel 3</p> <p><i>(Medicamentos de marca preferidos)</i></p> <p>Costo por un suministro mensual de un medicamento del Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos bajo el Nivel 1.</p>	<p>Su coseguro por un suministro mensual (30 días) es del 25 %</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) para cada producto de insulina cubierto es de \$35.</p> <p>Su coseguro para una receta a través del servicio de pedidos por correo mensual (30 días) es del 25 %.</p> <p>Es posible que los copagos por los medicamentos varíen según el nivel de Ayuda adicional que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 4</p> <p><i>(Medicamentos no preferidos)</i></p> <p>Costo por un suministro mensual de un medicamento del Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos bajo el Nivel 1.</p>	<p>Su coseguro por un suministro mensual (30 días) es del 25 %</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) para cada producto de insulina cubierto es de \$35.</p> <p>Su coseguro para una receta a través del servicio de pedidos por correo mensual</p>

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>(30 días) es del 25 %.</p> <p>Es posible que los copagos por los medicamentos varíen según el nivel de Ayuda adicional que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 5</p> <p><i>(Medicamentos de especialidad)</i></p> <p>Costo por un suministro mensual de un medicamento del Nivel 5 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>En 2025, todos los medicamentos estaban cubiertos bajo el Nivel 1.</p>	<p>Su coseguro por un suministro mensual (30 días) es del 25 %</p> <p>Su copago por un suministro mensual (30 días) para cada producto de insulina cubierto es de \$35.</p> <p>Su coseguro para una receta a través del servicio de pedidos por correo mensual (30 días) es del 25 %.</p> <p>Es posible que los copagos por los medicamentos varíen según el nivel de Ayuda adicional que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los **\$2,100**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final de año. Consulte el **Capítulo 6** del *Manual para el afiliado* para obtener información adicional sobre el monto que paga por los medicamentos.

E4. Etapa 3: "Etapa de cobertura en caso de catástrofes"

Cuando alcanza el límite de **\$2,100** de gastos de bolsillo por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes y no paga nada por los medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de cobertura en caso de catástrofes hasta el final del año calendario.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

Para obtener información adicional sobre los costos en la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, consulte el **Capítulo 6**, Sección *E*.

F. Cambios administrativos

El 1 de enero de 2026, Priority Health Medicare cerrará su plan y lo trasladará a **PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)**, un Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad altamente integrado que integra Medicare, Priority Health Medicaid y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and support, LTSS). Usted no necesita hacer nada más. La información que se incluye en este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en **PriorityMedicare D-SNP (HMO D-SNP)** y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2026 como afiliado de **PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)**.

Si no hace nada en 2026, lo inscribiremos automáticamente en nuestro PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y su cobertura de medicamentos con receta a través de **PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)**. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos con receta a través de un plan para medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos durante el año en forma de pagos mensuales. Para obtener información adicional sobre este programa, contáctenos al número que figura en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov/ .

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



G. Elección de un plan

G1. Permanencia en nuestro plan

Esperamos que continúe como afiliado del plan. No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se suscriba a un plan de Medicare diferente o se cambie a Medicare Original, continuará inscrito de manera automática como afiliado de nuestro plan para el 2026.

G2. Cambio de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden terminar su afiliación al plan en determinados períodos del año. Debido a que tiene el plan MICH de Medicaid de Michigan, puede finalizar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, es posible terminar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos:

- **El Período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comienza el 1 de enero.
- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Es posible que haya otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- su elegibilidad para Medicaid de Michigan o para Ayuda adicional cambió; o
- recientemente se mudó o actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar el plan o a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mude.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que enumeramos a continuación, para recibir sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. A continuación, se enumera una opción adicional durante determinados períodos del año, como el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, u otras situaciones que se describen en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, usted finaliza su afiliación a nuestro plan de manera automática.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan que proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un único plan, que también se denomina Plan para necesidades especiales integrado con doble elegibilidad (dual- eligible special needs plan, D-SNP) o un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si usted es elegible.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), llame al 877.264.7223.</p> <p>Si necesita ayuda o información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al <i>programa MI Options al 1.800.803.7174, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</i> Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite thesenioralliance.org. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.</p> <p>Al iniciar la cobertura del nuevo plan, automáticamente será dado de baja de nuestro plan. También se puede comunicar de manera directa con el plan en el que quiere inscribirse.</p>
--	--

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan independiente para medicamentos de Medicare.</p> <p>Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a <i>MI Options</i> al 1.800.803.7174, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite thesenioralliance.org. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Al iniciar la cobertura de Original Medicare, automáticamente será dado de baja de nuestro plan.</p>
--	---

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos de Medicare.</p> <p>Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.</p> <p>NOTA: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos independiente de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en uno, a menos que usted le indique que no desea inscribirse.</p> <p>Debería rechazar la cobertura de medicamentos únicamente si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre su necesidad de cobertura para medicamentos, llame a <i>MI Options al 1.800.803.7174, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</i></p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a <i>MI Options al 1.800.803.7174, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</i> Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite thesenioralliance.org. <p>Al iniciar la cobertura de Original Medicare, automáticamente será dado de baja de nuestro plan.</p>
---	--

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluido el Período de inscripción anual y el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage, u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), llame al 855.445.4554</p> <p>Si necesita ayuda o información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame a <i>MI Options</i> al 1.800.803.7174, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite thesenioralliance.org. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Al iniciar la cobertura del nuevo plan, automáticamente será dado de baja de nuestro plan de Medicare.</p>
--	---

Sus servicios de Medicaid de Michigan

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan después de abandonar nuestro plan, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios: 1-800-642-3195 o beneficiarysupport@michigan.gov. Para obtener información adicional, inicie sesión en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support. Consulte cómo unirse a otro plan o reincorporarse a Original Medicare afecta la obtención de cobertura por parte de Medicaid de Michigan.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarle. Llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.

Lea el *Manual para el afiliado*

El *Manual para el afiliado* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para el 2026. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.

El *Manual para el afiliado* para el 2026 estará disponible antes del 15 de octubre. También puede consultar el *Manual para el afiliado* para determinar si lo afectan otros cambios en los beneficios o en los costos. Una copia actualizada del *Manual para el afiliado* está disponible en nuestro sitio web priorityhealth.com/dual26. También es posible llamar a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página para solicitar que le envíemos por correo postal un *Manual para el afiliado* para el 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en priorityhealth.com/dual26. Como recordatorio, en nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

H2. MI Options

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Program, SHIP). En Michigan, el SHIP se llama MI Options y le ayuda a entender sus opciones de planes y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. MI Options no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. MI Options tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de MI Options es 800.803.7174.

H3. El defensor del pueblo de MICH

El defensor del pueblo de MICH (MICH Ombudsman, MO) resuelve problemas y defiende a las personas inscritas en el programa de Salud Comunitaria Integrada Móvil (Mobile Integrated Community Health, MICH) de Michigan. MO no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud, todos los servicios que ofrece son gratuitos y mantiene la confidencialidad de toda la información. Llame a MO si tiene problemas o retrasos con la prestación de atención médica, servicios, equipos, otros beneficios o con la calidad de la atención de su plan de MICH. MO también lo puede ayudar a conocer MICH y las opciones de atención en la comunidad, incluidos sus derechos. Puede llamar a MO si su plan de MICH le ha denegado atención médica, servicios, equipos u otros beneficios, incluida la ayuda con apelaciones.

Contáctenos a nuestra línea directa gratuita al: 1-888-746-6456

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare contiene información acerca costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en "Find plans" (Buscar planes).

Medicare y Usted 2026

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Cada año, durante el otoño, este manual se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además, encontrará respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este manual, puede conseguir una a través del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa de atención médica que proporciona servicios integrales de atención médica para adultos y menores de bajos ingresos. Los servicios cubiertos por Medicaid se ofrecen a través de lo que se denomina tarifa por servicio o a través de los planes de salud de Medicaid:

- Tarifa por servicio es el término para los servicios pagados por Medicaid que no se proporcionan a través de un plan de salud. Esto significa que Medicaid paga por el servicio. Las personas bajo una tarifa por servicio usarán la tarjeta de MIhealth para recibir los servicios.
- Puede encontrar información adicional sobre MIhealth al ingresar al sitio web que figura a continuación <https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/adults/quicklinks/the-mihealth-card>.
- La mayoría de las personas se debe inscribir en un plan de salud. El plan de salud paga la mayoría de los servicios. Para las personas que necesitan inscribirse a un plan de salud, Michigan Enrolls les enviará una carta con información adicional.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional**, visite priorityhealth.com/dual26.



Después de inscribirse en un plan de salud, tanto la tarjeta de Mihealth como la tarjeta del plan de salud son necesarias para acceder a los servicios. Para obtener información adicional sobre cómo unirse a un plan de salud, visite el siguiente sitio web https://www.michigan.gov/mdhhs-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder2/Folder14/Folder114/MHP_Service_Area_Listing.pdf?rev=fe2f344f7c46481fb39eb034a8601cd5&hash=D59C718240AE79F1F7_08D4103AD823A8.

Costos

Los afiliados no necesitan pagar el costo total de los servicios cubiertos; sin embargo, es posible que se requiera un monto pequeño que se denomina copago. Es posible que las personas mayores de 21 años tengan un copago por los servicios enumerados en los Requisitos de copago del beneficiario. Para ver una lista de los montos de los copagos en esta tabla, visite https://www.michigan.gov/mdhhs-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder60/WebCo-PayTable_11-02-06.pdf?rev=39dfeae1839e4434b66f503f84d63e45&hash=18CE85BF53B120E81739BD1F781CE2B8.

H6. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que es posible que le ayude a administrar los gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni disminuye los costos de sus medicamentos.

La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (state pharmaceutical assistance program, SPAP) de su estado y del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que sean elegibles, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare solamente. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener información adicional sobre este programa, contáctenos al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página o visite www.Medicare.gov.

En caso de tener alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 10/1 al 3/31, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 4/1 al 9/30, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita. **Para obtener información adicional,** visite priorityhealth.com/dual26.



prioritymedicare.com

Aprobación DE OMB 0938-1051 (vencimiento: 31 de agosto de 2026)
H8379_110011402600_M