Priority Health

2026

Aviso Anual de Cambios

PriorityMedicare® Thrive Plus (PPO) ofrecido por Priority Health

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

OMB Approval 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)
H4875_110011402603_M

***Priority*Medicare Thrive Plus (PPO) ofrecido por Priority Health Medicare**

Notificación anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).

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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).
- 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/thriveplus26*** o llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 833.415.4381 (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 Priority Medicare Thrive Plus (PPO)

- Priority Health ofrece planes HMO-POS y PPO con un contrato Medicare. La afiliación en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- En este material, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). 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 10
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios medicos 10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 21
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta 21

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 26

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes 27
Sección 3.1 Plazo para el cambio de plan 27
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 28

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta 28

SECCIÓN 5 Preguntas 30
Cómo recibir ayuda de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 30
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 30
Obtenga ayuda de Medicare 31

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor or lower que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener detalles.	$39	$49
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$5,600	$5,600
Visitas al consultorio de atención primaria	**Dentro de la red** $0 copago por visita. **Fuera de la red** 45% del costo total por visita con un PCP.	**Dentro y fuera de la red** $0 copago por visita.
Consultas a especialistas	**Dentro de la red** $0 a $40 copago por visita. **Fuera de la red** 45% del costo total para visitas con un especialista.	**Dentro y fuera de la red** $0 a $40 copago por visita.
Hospitalizaciones 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	**Dentro de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: $300 copago por día para los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.	**Dentro de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: $300 copago por día para los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones (continuación) 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.	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: 45% del costo total por hospitalización.	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: $300 copago por día para los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles).	$0	$100 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.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • **Nivel 1 de medicamentos:** $4 copago en una farmacia preferida de la red o $9 copago en una farmacia estándar de la red • **Nivel 2 de medicamentos:** $13 copago en una farmacia preferida de la red o $18 copago en una farmacia estándar de la red • **Nivel 3 de medicamentos:** 25% del costo total en una farmacia preferida de la red o	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • **Nivel 1 de medicamentos:** $1 copago en una farmacia preferida de la red o $6 copago en una farmacia estándar de la red • **Nivel 2 de medicamentos:** $7 copago en una farmacia preferida de la red o $12 copago en una farmacia estándar de la red • **Nivel de medicamentos 3:** 22% del costo total en una farmacia preferida de la red o

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	25% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	25% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	• **Nivel 4 de medicamentos:** 40% del costo total en una farmacia preferida de la red o 45% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	• **Nivel de medicamentos 4:** 35% del costo total en una farmacia preferida de la red o 40% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	• **Nivel 5 de medicamentos:** 33% del costo total en una farmacia preferida de la red o 33% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	• **Nivel de medicamentos 5:** 31% del costo total en una farmacia preferida de la red o 31% del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Etapa de cobertura catastrófica:	**Etapa de cobertura catastrófica:**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener costo compartido para los medicamentos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado	En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener costo compartido para los medicamentos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado

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 continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$39	$49
Prima adicional para beneficios complementarios opcionales Si se ha inscrito en un paquete opcional de beneficios suplementarios, pagará esta prima además de la prima mensual del plan anterior. (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$37	$37

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía - la prima mensual de su plan *aumentará* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos - Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.
- Extra Help - Your monthly premium will be *less* if you are receiving “Extra Help” with your prescription drug costs. Please see Section 4 regarding “Extra Help” from Medicare.

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 dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red **cuentan** para el monto máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red.Los costos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios **no cuentan** para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicos médicos.	$5,600	$5,600 Una vez que haya pagado $5,600 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red se tienen en **cuentan** en el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Los costos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios **no cuentan** para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicos médicos.	$5,600	$5,600 Una vez que haya pagado $5,600 de su propio bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de los proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año natural.

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/thriveplus26*** 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/thriveplus26***.
- Llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el 2026 *Directorio de proveedores/farmacias* ***priorityhealth.com/thriveplus26*** 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/thriveplus26***.
- Llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

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)
Atención de emergencia	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $120 copago por cada visita de servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare.	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $130 copago por cada visita de servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de la vista	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por exámenes oculares cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $40 copago por exámenes oculares cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos	**Fuera de la red** 45% del costo total por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. 45% del costo total por cada consulta de terapia individual y de grupo cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).	**Fuera de la red** $0 copago por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. $0 copago por cada consulta de terapia individual y de grupo cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).
Atención hospitalaria para pacientes internados	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: 45% del costo total por hospitalización.	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: $300 copago por día para los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	**Dentro de la red** $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. **Fuera de la red** 45% del costo total por tiras reactivas para	**Dentro y fuera de la red** $0 copago para las tiras reactivas para diabéticos limitadas a los productos Contour cuando son dispensados por una farmacia minorista o de pedido por correo.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)	diabéticos limitadas a productos JJHCS (One Touch) y Contour cuando son dispensadas por una farmacia minorista o de pedido por correo.	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por el centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $350 copago por el centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.
Clínica de salud rural	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada visita en una clínica de salud rural.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago por cada visita en una clínica de salud rural.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total por dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago para dispositivos implantados como parte de una cirugía en un Centro de Cirugía Ambulatoria o en un hospital ambulatorio. Usted paga 20% del costo total para todas las demás prótesis y suministros médicos cubierto por Medicare..
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total por equipo y suministros cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga 20% del costo total por equipo y suministros cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Examen físico anual	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por un examen físico preventivo anual.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago por un examen físico preventivo anual.
Observación hospitalaria para pacientes externos	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $120 copago por los servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $130 copago por los servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.
Paquete mejorado de servicios dentales y de la visión	**Dentro y fuera de la red** Las limpiezas de rutina no están cubiertas. $4,500 (incluye $2,000 de subsidio integrado) para usar en beneficios dentales integrados completos y mejorados.	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $0 copago por una limpieza de rutina por año. $5,000 (incluye $2,500 de subsidio integrado) para usar en beneficios dentales integrados completos y mejorados.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	**Dentro de la red** Usted paga $40 copago por los servicios de radiografía y ultrasonido cubiertos por Medicare. Usted paga $15 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga $15 copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por los servicios de radiografía y	**Dentro de la red** Usted paga $20 copago por los servicios de radiografía y ultrasonido cubiertos por Medicare. Usted paga $0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga $0 copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga $20 copago por los servicios de radiografía y ultrasonido cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	ultrasonido cubiertos por Medicare. Usted paga 45% del costo total por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Usted paga 45% del costo total por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga 30% del costo total los suministros médicos cubiertos por Medicare. Usted paga 45% del costo total por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga 45% del costo total por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted 45% del costo total paga una mamografía de diagnóstico después de una mamografía de rutina.	Usted paga $30 copago por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Usted paga $140 copago por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga 20% del costo total los suministros médicos cubiertos por Medicare. Usted paga $0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga $0 copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted $0 copago paga una mamografía de diagnóstico después de una mamografía de rutina.
Servicios auditivos	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por el examen cubierto por Medicare para	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago para los exámen de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare con un proveedor de atención primaria.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios auditivos (continuación)	diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.	Usted paga $40 copago para los exámen de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare con un especialista.
Servicios de emergencia/ urgencia en todo el mundo	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $120 copago por cada visita a los servicios de emergencia en todo el mundo.	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $130 copago por cada visita a los servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones relacionadas con la atención médica para la salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare: 45% del costo total por hospitalización.	**Fuera de la red** Para hospitalizaciones relacionadas con la atención médica para la salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare: $290 copago por día para los días 1-6. $0 por días adicionales de hospitalización.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	**Fuera de la red** Usted paga 40% del costo total por la hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $55 copago por la hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Visitas de atención primaria:	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada visita.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago por cada visita.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)		
Control cutáneo de rutina con un dermatólogo	Usted paga 45% del costo total por cada visita.	Usted paga $0 copago por cada visita.
Visita al consultorio del médico de cuidados paliativos	Usted paga 45% del costo total por cada visita.	Usted paga $0 copago por cada visita.
Procedimientos quirúrgicos realizados por un médico/ profesional en el consultorio de un proveedor	Usted paga 45% del costo total por cada visita.	Usted paga $0 copago por cada visita.
Todas las demás visitas al consultorio especializado cubiertas por Medicare	Usted paga 45% del costo total por cada visita.	Usted paga $40 copago por cada visita.
Servicios de podiatría	**Fuera de la red** 45% del costo total por cada visita cubierta por Medicare. 45% del costo total por las consultas de desbridamiento de uñas y remoción de callos.	**Fuera de la red** $40 copago por cada visita cubierta por Medicare. $0 copago por las consultas de desbridamiento de uñas y remoción de callos.
Servicios de quiropráctica	**Dentro de la red** Usted paga $20 copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** Usted paga $15 copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga $15 copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.
Servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare	**Dentro de la red** Usted paga $20 copago por cada visita de	**Dentro de la red** Usted paga $15 copago por cada visita de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de quiropráctica (continuación)	servicios quiroprácticos de rutina. Usted paga $40 copago por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada visita de servicios quiroprácticos de rutina. Usted paga 45% del costo total por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare.	servicios quiroprácticos de rutina. Usted paga $20 copago por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga $15 copago por cada visita de servicios quiroprácticos de rutina. Usted paga $20 copago por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva y rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $10 copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva y rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por la visita de terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $15 copago por la visita de terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por servicio.	**Fuera de la red** Usted paga $10 copago por servicio.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	**Fuera de la red** 45% del costo total for each Medicare-covered service.	**Fuera de la red** $0 copago for each Medicare-covered service.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	**Dentro de la red** Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga $203 copago por día por los días 21-100. **Fuera de la red** Por hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga 45% del costo total por hospitalización.	**Dentro de la red** Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga $218 copago por día por los días 21-100. **Fuera de la red** Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga $0 copago por día por los días 1-20. $218 copago por día para los días 21-100.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $350 copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Atención de heridas	**Dentro de la red** Usted paga $350 copago por cada servicio de atención de heridas para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada servicio de atención de heridas para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.	**Dentro y fuera de la red** Usted paga $40 copago por cada servicio de atención de heridas para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.
Servicios odontológicos	**Dentro o fuera de la red** $2,000 asignación máxima para los	**Dentro o fuera de la red** $2,500 asignación máxima para los

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios odontológicos (continuación)	servicios dentales integrales **Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total para servicios dentales cubiertos por Medicare.	servicios dentales integrales **Fuera de la red** Usted paga $0 copago por procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados por un médico/profesional de la salud en el consultorio del proveedor de atención médica. Usted paga $40 copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Usted paga $350 copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Usted paga 45% del costo total por el servicio de diálisis renal cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Usted paga 20% del costo total por el servicio de diálisis renal cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios por trastornos por uso de sustancias tóxicas para pacientes externos	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por la visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago por la visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.
Servicios preventivos sin costo compartido cubiertos por Medicare **Nota:** Consulte la tabla de beneficios m Evidencia de cobertura para médicos en la Evidencia do cobertura para obtener información sobre el beneficio de servicios preventivos identificado con un símbolo de manzana.	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total para todos los servicios preventivos.	**Fuera de la red** Usted paga $0 copago para todos los servicios preventivos.
ThriveFlex	**Dentro y fuera de la red** Usted tiene un subsidio de $285 por año para usar en instalaciones de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional.	**Dentro y fuera de la red** Usted tiene un subsidio de $385 por año para usar en instalaciones de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	**Fuera de la red** Usted paga 45% del costo total por cada visita SET cubierta por Medicare para casos de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).	**Fuera de la red** Usted paga $10 copago por cada visita SET cubierta por Medicare para casos de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).

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 833.415.4381 (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 833.415.4381 (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	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	$100 Durante esta etapa, usted paga $1 - $12 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.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar y preferidos.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos. 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)
Etapa 1: **Genéricos preferidos** 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”.	*Costo compartido estándar:* Usted paga $9 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $9. *Costo compartido preferido:* Usted paga $4 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $4.	*Costo compartido estándar:* Usted paga $6 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $6. *Costo compartido preferido:* Usted paga $1 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $1.

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapa 2: **Genéricos** 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”.	*Costo compartido estándar:* Usted paga $18 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $18. *Costo compartido preferido:* Usted paga $13 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $13.	*Costo compartido estándar:* Usted paga $12 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $12. *Costo compartido preferido:* Usted paga $7 por receta. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es $7.
Etapa 3: **Marca preferida** 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”.	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 25%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 25%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 22% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapa 3: **Marca preferida (continuación)**	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 25%.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 22%.
Etapa 4: **Medicamento no preferido** 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".	*Costo compartido estándar:* Usted paga 45% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 45%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 40% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 40%.	*Costo compartido estándar:* Usted paga 40% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 40%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 35% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 35%.
Etapa 5: **Especialidad** 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".	*Costo compartido estándar:* Usted paga 33% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	*Costo compartido estándar:* Usted paga 31% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Etapa de cobertura inicial	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapa 5: **Especialidad (continuación)**	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 33%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 33% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 33%.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 31%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 31% del costo total por receta. Usted paga $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es 31%.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

If you reach the Catastrophic Coverage Stage, you pay nothing for your covered Part D drugs. You may have costo compartido for excluded drugs that are covered under our enhanced benefit.

Para información específica sobre sus costos en la etapade cobertura catastrófica, consulte las Seccion 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	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	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.

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago	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 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en Priority Medicare Thrive Plus (PPO), 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 de 2025, se lo inscribirá automáticamente en nuestro **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).
- **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 833.415.4381 (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.

Si se ha mudado recientemente o vive en la actualidad 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
    - a la 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.orgo 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. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1.800.716.3231 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare Thrive Plus (PPO)

- **Llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). 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/thriveplus26*** o llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite *priorityhealth.com/thriveplus26***

  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 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) 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***

  Todos los años, en otoño, se envía por correo el manual *Medicare & Usted 2026* a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

PriorityMedicare Thrive Plusde la red de farmacias incluye un número limitado de farmacias preferidas de costo reducido en Michigan. Los costos más bajos anunciados en el material de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red y saber si hay farmacias preferidas de costos reducidos en su área, llame al.833.415.4381. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o consultar el *Directorio de proveedores/farmacias* en línea en ***priorityhealth.com/thriveplus26***.

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

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

Priority Health

We offer free language assistance services and auxiliary aids and services.

Albanian (Shqip) - VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi 800.942.0954 (TTY: 711) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

Arabic (العربية) - تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 800.942.0954 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Assyrian (ܐܬܘܪܝܐ) - ܥܘܕܪܢܘܬܐ: ܐܢ ܐܢܬܘܢ ܡܡܠܠܝ ܐܬܘܪܝܐ، ܡܫܡܫܢܘܬܐ ܕܠܫܢܐ ܒܚܢܢܐܝܬ ܐܝܬܝܐ ܕܠܟܘܢ ܩܝܡܬܐ ܠܡܘܬܒܢܘ ܒܠܡܛܠܬܐ. ܐܦܣܪܐ ܡܢܬܒܠܢܐ ܘܡܫܡܫܢܘܬܐ ܕܠܫܢܐ ܒܡܘܕܥܐ ܕܐܝܠܢ ܡܬܡܨܝ ܐܦ ܐܝܢܐ ܐܝܬܝܢ ܒܠܡܛܠܬܐ. ܩܪܘܢ 800.942.0954 (TTY: 711) ܘܡܠܠܘ ܥܡ ܡܫܡܫܢܐ ܕܝܠܟܘܢ.

Bengali (বাংলা) - মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 800.942.0954 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Bosnian/Croatian (Bosanski/Hrvatski) - PAŽNJA: Ako govorite bosanski/hrvatski, dostupne su vam besplatne jezičke usluge. Odgovarajuća pomagala i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima takođe se pružaju besplatno. Pozovite 800.942.0954 (TTY: 711) ili kontaktirajte svog pružatelja usluga.

Brazilian Portuguese (Português do Brasil) - ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 800.942.0954 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Chinese – Simplified (中文) - 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 800.942.0954（TTY: 711）或咨询您的服务提供商。

English - ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 800.942.0954 (TTY: 711) or speak to your provider.

French (Français) - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 800.942.0954 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German (Deutsch) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800.942.0954 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen) - ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 800.942.0954 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

continued >

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

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)
H4875_110011402603_M