

2027

Aviso anual sobre cambios

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

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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

Aviso anual sobre cambios para el 2027

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

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

- **Puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, usted permanecerá en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- Para cambiarse a **otro plan**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que se encuentra en la parte posterior de su manual Medicare Y Usted 2027.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios y las reglas, consulte la Evidencia de cobertura. Obtenga una copia en priorityhealth.com/dsnp27 o llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) to recibir una copia por correo.

Más recursos

- Llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. 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. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en audio, braille y letra grande previa solicitud.

Acerca de PriorityMedicare D-SNP (HMO)

- **PriorityMedicare Dual Premier (HMO D-SNP)** es un plan de salud que celebra un contrato con Medicare y un contrato con Michigan Medicaid para proporcionar a los afiliados los beneficios de ambos programas. La inscripción depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el Programa de Servicios de Salud de Michigan Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando se mencione "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Priority Health Medicare. Cuando mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, lo inscribirán automáticamente en PriorityMedicare D-SNP (HMO). A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y su cobertura de medicamentos a través de PriorityMedicare D-SNP (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.**

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en las redes de farmacias	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios de atención médica	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	14
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan	14
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?	14
SECCIÓN 4 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?	16
Obtenga ayuda de Priority Medicare D-SNP (HMO)	16
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
Obtenga ayuda de Medicare	17
Obtenga ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* *El monto de su prima puede ser mayor a este. Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$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.	\$650, 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 Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte y la Parte B. (Vaya a la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$9,250 Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que <u>no</u> 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.	\$9,850 Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que <u>no</u> 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.
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por consulta. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0 por consulta.	\$0 de copago por consulta. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0 por consulta.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 de copago por consulta. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0 por consulta.	\$0 de copago por consulta. Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0 por consulta.
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como atención para afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente con una orden médica y finaliza el día antes de ser dado de alta.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$2,000 de copago por hospitalización Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$2,000 de copago por hospitalización Si es elegible para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, lo más probable es que pague \$0.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D: \$615 para los niveles 3 a 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, el deducible <u>no</u> se aplica a su caso. 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. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D: \$700 para los niveles 3 a 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, el deducible <u>no</u> se aplica a su caso. 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. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	• Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	• Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 25 % del costo total del medicamento Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También tiene la obligación de continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que sea asumida en su nombre por Medicaid).	\$0	\$0

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga de su bolsillo por el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, usted no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo La distribución de costos pagada por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este máximo de gastos de bolsillo. Dado que Medicaid paga la mayor parte de la distribución de costos de nuestros afiliados, muy pocos afiliados logran llegar a este máximo de gastos de bolsillo. Si usted es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted <u>no</u> 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. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$9,250	\$9,850 Una vez que haya pagado \$9,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores y farmacias del 2027 en priorityhealth.com/dsnp27 para confirmar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un Directorio de proveedores y farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp27.
- Llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias.

Durante el transcurso del año es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que formen parte de nuestro plan. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestros proveedores le afecta, llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener información adicional sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte la Sección 2.3, del Capítulo 3 de su Evidencia de cobertura.

Sección 1.4 Cambios en las redes de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta dependen de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen 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 farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2027 en priorityhealth.com/dsnp27 para ver qué farmacias están dentro de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un Directorio de proveedores y farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp27.
- Llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para solicitar que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestras farmacias le afecta, llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios de atención médica

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	<u>Dentro de la red</u> Los monitores continuos de glucosa (CGM) <u>no</u> están cubiertos cuando se obtienen a través de una farmacia de pedido por correo o minorista de la red.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por monitores continuos de glucosa (CGM) cuando se obtienen a través de una farmacia de pedido por correo o minorista de la red. Los productos cubiertos se limitan a Dexcom y Freestyle Libre.
Programa para el manejo mejorado de enfermedades	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por servicios para el manejo mejorado de enfermedades.	Los servicios para el manejo mejorado de enfermedades <u>no</u> están cubiertos.
Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de (hospital ambulatorio) cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios o a un copago de (ASC) cuando se realiza en un centro independiente, después del deducible.	<u>Dentro de la red</u> Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de \$0 cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios o a un copago de \$0 cuando se realiza en un centro independiente, después del deducible.
Atención virtual Servicios de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Las consultas virtuales de urgencia <u>no</u> están cubiertas.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago para consultas virtuales de urgencia. <u>Fuera de la red</u> Las consultas virtuales de urgencia <u>no</u> están cubiertas.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente y está publicada en línea en ***priorityhealth.com/dsnp27***.

Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en (priorityhealth.com/dsnp27).

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel de copago 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 que lo 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 que acceda a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted 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 pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no aplica para usted**. Le enviamos un material por separado, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta, que le brinda información referente a los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional, pero no tiene acceso a este material antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Atención al cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional de LIS.

Etapas del pago de medicamentos

Hay **2 etapas para el pago de medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Etapas 1: Deducible anual**

Usted empieza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos en los niveles 3 a 5 hasta que alcance el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, permanece en esta etapa hasta que los gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen un total de \$2,400.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$615 Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos de los medicamentos en los niveles 1 y 2 y el costo completo de los medicamentos en los niveles 3 a 5 hasta que alcance el deducible anual. Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	\$700 Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos de los medicamentos en los niveles 1 y 2 y el costo completo de los medicamentos en los niveles 3 a 5 hasta que alcance el deducible anual. Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más 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 el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,400 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0	\$0
Nivel 3: De marca preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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.
Nivel 5: De especialidad Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 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. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

A partir del 1 de enero de 2027, el proceso para calificar para el uso ampliado de su tarjeta PriorityFlex cambiará.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI) - Proceso de determinación de elegibilidad	Para saber si cumple con los requisitos, visite priorityhealth.com/dsnp26 y complete una encuesta o comuníquese con Atención al cliente. Debe completar una encuesta que acredite que ha sido diagnosticado con una o más de las afecciones crónicas elegibles, estar en alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud graves y requerir una coordinación de atención intensiva.	Para calificar para los beneficios de SSBCI, se le pedirá a su proveedor tratante que complete un formulario de Certificación de proveedor de SSBCI. La información presentada se utiliza para ayudar a determinar si: • Tiene una o más afecciones crónicas elegibles que ponen en riesgo su vida o limitan significativamente su salud o función en general; • Corre un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados graves de salud; • Necesita coordinación de cuidados intensivos; y El beneficio de SSBCI tiene una expectativa razonable de mejorar o mantener su salud o función en general.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir en PriorityMedicare D-SNP (HMO), no necesita hacer nada. A menos que se afilie a un plan de salud diferente de Medicare o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito de manera automática en nuestro plan **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en el plan **PriorityMedicare D-SNP (HMO)** será cancelada de forma automática. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Asimismo, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, no es posible afiliarse a un plan de salud de Medicare y contratar al mismo tiempo un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Original Medicare con una cobertura independiente para medicamentos de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción a **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre To learn more about Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual Medicare Y Usted 2027, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan

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

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le agrada su elección del plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de Medicare para medicamentos o sin esta) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura independiente de Medicare para medicamentos o sin esta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?

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

- Tienen Medicaid
- Obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador
- Salen del área de cobertura de nuestro plan

Dado que cuenta con Medicaid, puede finalizar su afiliación a nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática), o bien,
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recientemente se mudó a o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura independiente para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 4 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional con el pago de los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos con receta, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tienen que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si es elegible, llame a:
 - 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
 - A un representante de la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid correspondiente al estado en que reside.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) de su estado.** Michigan tiene un programa llamado Programa de Asistencia de Medicamentos de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia para la distribución de costos de medicamentos con receta 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 que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobantes de residencia del en que reside y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP son elegibles para recibir la asistencia de distribución de costos de los medicamentos con receta por medio del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP). Si desea información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 888-826-6565. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **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 se complementa con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle 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). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos, como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, puede usar esta opción de pago. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No es necesario presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplen con los requisitos, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-716-3231) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?

Obtenga ayuda de PriorityMedicare D-SNP (HMO)

- **Llame a Atención al cliente al 833-939-0983. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
Del 1 de octubre al 31 de marzo, 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su Evidencia de cobertura 2027**

Este Aviso anual sobre cambios le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2027. Para obtener más detalles, revise la Evidencia de cobertura 2027 para **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**. La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la Evidencia de cobertura desde nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnp27 o llame a Atención al cliente al 833-939-0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite priorityhealth.com/dsnp27**

En nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP se denomina MI Options.

Llame a MI Options para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguro de salud. También pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y Medicaid, además de responder preguntas referentes al cambio de planes. Llame a MI Options al 800-803-7174. Para obtener más información sobre MI Options, visite (michigan.gov/MDHHSMIOptions).

Obtenga ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare ofrece información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea el manual Medicare y Usted 2027**

El manual Medicare y Usted 2027 se envía por correo postal a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además, encontrará respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan al 517-241-3740. Los usuarios de TTY deben llamar al 844-578-6563 si tienen preguntas sobre la inscripción o los beneficios de Medicaid.

Las personas que presenten alguna discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Centro de retransmisión de Michigan al 711 y solicitar el número indicado anteriormente.

Aviso de no discriminación



En este Aviso se describe nuestra política de no discriminación, la disponibilidad de asistencia lingüística gratuita, ayudas y servicios auxiliares y cómo presentar una queja.

La discriminación es ilegal

Priority Health cumple con las leyes de derechos civiles correspondientes y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, etnia, origen nacional, edad, estado 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, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida de acuerdo con las leyes federales, estatales o locales.

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares

Priority Health proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes certificados.
- Información impresa en otros idiomas.

Priority Health proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados gratuitos para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes certificados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (por ejemplo, en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles).

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

Cómo presentar una queja

Si considera que Priority Health no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, etnia, origen nacional, edad, estado 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, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida de acuerdo con las leyes federales, estatales o locales, 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 por:

Correo. 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 un reclamo en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) por:

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

Teléfono. 800-368-1019 (TTD: 800-537-7697)
Formulario. hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint

Este Aviso está disponible en [**priorityhealth.com/nondiscrimination**](https://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

continuación>

Hindi (हिंदी) - ध्यान दें यदद आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके दलए दनि: शुल्क भाषा स ायता सेवाएँ उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के दलए उपयुक्त स ायक साधन और सेवाएँ भी दनि: शुल्क उपलब्ध हैं। 800.942.0954 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

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.

Japonés (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。

Coreano (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.

Polaco (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.

Ruso (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.

Serbio (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.

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.

Tagalo - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 ل نی زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے ل نی مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپ لے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Vietnamita (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.

Fuente: lep.gov y cms.gov Última actualización: mayo de 2025

10003-304 H8379_NCMS400040102558BG_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BG_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25



priorityhealth.com/dsnp27