

2027

Aviso anual sobre cambios

PriorityMedicare® Merit (PPO)

Ofrecido por Priority Health Medicare

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

Priority Health Medicare ofrece este plan **PriorityMedicare Merit (PPO)**

Aviso anual sobre cambios para el 2027

Usted está inscrito actualmente como afiliado de **PriorityMedicare Merit (PPO)**.

Este material describe los cambios que se aplicarán 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 Merit (PPO)**.
- Para cambiarse a **otro plan**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que se encuentra en la parte posterior del 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/merit27 o llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Para obtener más recursos

- Llame a Atención al Cliente al 888.389.6648 (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 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, sistema braille y letra de tamaño grande, previa solicitud.

Acerca de PriorityMedicare Merit (PPO)

- Priority Health tiene planes HMO-POS y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando se mencione "nosotros", "nos" o "nuestro" en este material, se refiere a Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a **PriorityMedicare Merit (PPO)**.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en PriorityMedicare Merit (PPO). A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá cobertura médica y de medicamentos a través de PriorityMedicare Merit (PPO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y sobre los plazos para hacerlo.**

Índice

Resumen de costos importantes para el año 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios de atención médica	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	16
Sección 1.7 – Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	21
Sección 2.1 – Plazos para cambiar de plan	21
Sección 2.2 – ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?	22
SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 4 ¿Tiene alguna pregunta?	24
Obtenga ayuda de PriorityMedicare Merit (PPO)	24
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	24
Obtenga ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para el año 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * El monto de su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener más detalles.	\$70 - \$129	\$100 - \$163
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores dentro de la red: \$4,200 De proveedores dentro de la red y fuera de la red (combinados): \$4,200	De proveedores dentro de la red: \$5,000 De proveedores dentro de la red y fuera de la red (combinados): \$5,000
Consulta de atención primaria en el consultorio	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 30 % del costo total de las consultas con un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 30 % del costo total de las consultas con un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
Consulta con un especialista en el consultorio	<u>Dentro de la red</u> Entre \$0 y \$45 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 30 % del costo total de las consultas con un especialista.	<u>Dentro de la red</u> Entre \$0 y \$45 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 30 % del costo total de las consultas con un especialista.
Hospitalizaciones	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$275 de copago diario durante los días 1 a 6. \$0 por días de hospitalización adicionales.	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$360 de copago diario durante los días 1 a 6. \$0 por días de hospitalización adicionales.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Incluye diferentes tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados, como hospitalización para atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica y finaliza el día antes de recibir el alta.	<u>Fuera de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: 30 % del costo total por estadía como paciente hospitalizado.	<u>Fuera de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: 30 % del costo total por estadía como paciente hospitalizado.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas las etapas de Deducible anual, Cobertura inicial y Cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$2 de copago en una farmacia preferida de la red o \$7 de copago en una farmacia estándar de la red. • Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago en una farmacia preferida de la red o \$15 de copago en una farmacia estándar de la red. • Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red.	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$2 de copago en una farmacia preferida de la red o \$7 de copago en una farmacia estándar de la red. • Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago en una farmacia preferida de la red o \$15 de copago en una farmacia estándar de la red. • Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 32 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 37 % del costo total en una farmacia estándar de la red. Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 33 % del costo total en una farmacia estándar de la red. Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 29 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 34 % del costo total en una farmacia estándar de la red. Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 33 % del costo total en una farmacia estándar de la red. Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).		
<u>Condados de la Región 1</u> Allegan, Barry, Kent, Lenawee, Ottawa	\$70	\$100
<u>Condados de la Región 2</u> Berrien, Calhoun, Cass, Ionia, Isabella, Kalamazoo, Mason, Midland, Missaukee, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oceana, Osceola, Otsego, St. Clair, Van Buren, Wexford	\$83	\$119
<u>Condados de la Región 3</u> Alcona, Antrim, Benzie, Charlevoix, Clare, Crawford, Grand Traverse, Hillsdale, Lake, Lapeer, Leelanau, Manistee, Mecosta, Monroe	\$115	\$156
<u>Condados de la Región 4</u> Alpena, Cheboygan, Eaton, Emmet, Gladwin, Gratiot, Iosco, Jackson, Kalkaska, Montmorency, Oscoda, Presque Isle, Roscommon, Sanilac, Shiawassee, St. Joseph	\$129	\$163
<u>Condados de la Región 5</u> Arenac, Bay, Branch, Clinton, Genesee, Huron, Ingham, Livingston, Macomb, Oakland, Ogemaw, Saginaw, Tuscola, Washtenaw, Wayne	\$106	\$141

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima adicional para beneficios complementarios opcionales Si se ha inscrito en un paquete de beneficios complementarios opcionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan anteriormente mencionada. (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$49	Opción 1 de servicios de odontología y de oftalmología mejorados: \$42 Opción 2 de servicios de odontología y de oftalmología mejorados: \$61 Si actualmente está inscrito en un plan de servicios de odontología y de oftalmología mejorados, se le asignará automáticamente la Opción 1 y tendrá que inscribirse en la Opción 2 para cambiar su cobertura.

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

- **Multa por inscripción tardía:** su prima mensual del plan será más alta si le exigen pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (a la que también se conoce como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingreso mayor:** si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional mensual directamente al gobierno por su cobertura de Medicare para los medicamentos.
- **Ayuda adicional:** el monto de la prima mensual será menor si recibe Ayuda adicional para cubrir los costos de los medicamentos. Consulte la sección 3 para obtener más información sobre Ayuda adicional de Medicare.

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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro de la red cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.	\$4,200	\$5,000 Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos con proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Monto máximo combinado de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.	\$4,200	\$5,000 Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos con proveedores dentro o fuera de la red 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/merit27 para ver 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/merit27.
- Llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias por correo postal.

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 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan.

Sección 1.4 – Cambios en la red 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 incluye farmacias con una distribución de costos preferida, que pueden ofrecerle una distribución de costos más baja que la distribución de costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2027 en priorityhealth.com/merit27 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/merit27.
- Llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias por correo postal.

Durante el transcurso del año, es posible que implementemos cambios en las farmacias que formen parte de nuestro plan. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestras farmacias le afecta, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios odontológicos Servicios odontológicos sin cobertura de Medicare	<u>Dentro y fuera de la red</u> El tratamiento con flúor <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por un tratamiento con flúor por año.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	<u>Dentro de la red</u> Los monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM) <u>no</u> están cubiertos cuando se obtienen a través de una farmacia minorista o de una farmacia con servicios de pedidos por correo de la red.	<u>Dentro de la red</u> 20 % del costo total de los monitores continuos de glucosa (CGM) cuando se obtienen a través de una farmacia minorista o de una farmacia con servicios de pedidos por correo de la red. Los productos cubiertos se limitan a Dexcom y Freestyle Libre.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Opción 1 de servicios de odontología y de oftalmología mejorados Beneficios complementarios opcionales (disponibles por una prima adicional) Si actualmente está inscrito en un plan de servicios de odontología y de oftalmología mejorados, se le asignará automáticamente la Opción 1 y tendrá que inscribirse en la Opción 2 para cambiar su cobertura.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza preventiva por año del plan. \$0 de copago por un tratamiento con flúor por año del plan. Máximo anual de \$2,500 por año para: \$0 de copago por tratamiento de emergencia y anestesia. \$0 de copago por empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama), una vez por diente cada 24 meses, y reparaciones de coronas, una vez por diente cada 12 meses. 50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (por ejemplo, tomografías computarizadas de haz cónico). 50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 50 % del costo total de la endodoncia (conductos radiculares), una vez por diente, durante la vida del afiliado.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza (periódica o periodontal) por año del plan. \$0 de copago por raspado y alisado radicular, una vez por cuadrante, cada 24 meses. Máximo anual de \$1,500 por año para: 50 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usa junto con otros servicios. 50 % del costo total de empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama), una vez por diente cada 24 meses, y reparaciones de coronas, una vez por diente cada 12 meses. 50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (por ejemplo, tomografías computarizadas de haz cónico). 50 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos (por ejemplo, cirugía ósea o injertos de encías) una vez por cuadrante, cada 36 meses.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	50 % del costo de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 50 % del costo total de las prótesis dentales, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales, y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses. El raspado y alisado radicular, la periodoncia quirúrgica y los puentes <u>no</u> están cubiertos.	50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 50 % del costo total de la endodoncia (conductos radiculares), una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 50 % del costo total de las prótesis dentales y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses.
Opción 2 de servicios de odontología y de oftalmología mejorados Beneficios complementarios opcionales (disponibles por una prima adicional) Si actualmente está inscrito en un plan de servicios de odontología y de oftalmología mejorados, se le asignará automáticamente la Opción 1 y tendrá que inscribirse en la Opción 2 para cambiar su cobertura.	Sin cobertura.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza (periódica o periodontal) por año del plan. \$0 de copago por raspado y alisado radicular, una vez por cuadrante, cada 24 meses. Máximo anual de \$2,000 por año para:

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		25 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usa junto con otros servicios. 25 % del costo total de otros exámenes de diagnóstico (por ejemplo, tomografía computarizada de haz cónico). 25 % del costo total de empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama), una vez por diente cada 24 meses, y reparaciones de coronas, una vez por diente cada 12 meses. 25 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos (por ejemplo, cirugía ósea o injertos de encías), una vez por cuadrante cada 36 meses. 25 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 25 % del costo total de la endodoncia (conductos radiculares), una vez por diente, durante la vida del afiliado. 25 % del costo total de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		25 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 25 % del costo total de las prótesis dentales y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales, y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses. Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos a través del programa odontológico complementario opcional.
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.
Acondicionamiento físico (One Pass)	<u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.	<u>Fuera de la red</u> Hasta \$60 en reembolso por año del plan para un beneficio de acondicionamiento físico integral fuera de la red One Pass®, ya sea dentro o fuera de la red, no se pueden combinar.
Servicios audiológicos Servicios audiológicos preventivos sin cobertura de Medicare	<u>Dentro de la red</u> \$295 de copago por audífono de asistencia básica. \$695 de copago por audífono de asistencia estándar. \$1,095 de copago por audífono de asistencia avanzada.	<u>Dentro de la red</u> La asistencia básica <u>no</u> está cubierta. \$399 de copago por audífono de asistencia estándar. \$599 de copago por audífono de asistencia avanzada.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	\$1,495 de copago por audífono de asistencia prémium. <u>Fuera de la red</u> Los exámenes audiológicos preventivos y los audífonos <u>no</u> están cubiertos.	\$899 de copago por audífono de asistencia prémium. <u>Fuera de la red</u> 30 % del costo total de un examen auditivo preventivo con un proveedor que no sea de TruHearing (uno por año, ya sea dentro o fuera de la red; no se pueden combinar). 50 % del costo total hasta el monto permitido, un audífono, por oreja, por año, ya sea dentro o fuera de la red; no se pueden combinar.
Atención para pacientes hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Por hospitalizaciones con cobertura de Medicare, usted paga: \$275 de copago diario durante los días 1 a 6. \$0 por días de hospitalización adicionales.	<u>Dentro de la red</u> Por hospitalizaciones con cobertura de Medicare, usted paga: \$360 de copago diario durante los días 1 a 6. \$0 por días de hospitalización adicionales.
Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> \$20 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare. \$125 de copago diario, por proveedor, para medicina nuclear de diagnóstico cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$50 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare. \$640 de copago diario, por proveedor, para medicina nuclear de diagnóstico cubierta por Medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Si el médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante una colonoscopia o una sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección pasa a ser una prueba diagnóstica y está sujeta a un copago de \$225 si se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios, o a un copago de \$225 si se realiza en un centro independiente.	Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante una colonoscopia o una sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección pasa a ser una evaluación de diagnóstico y está sujeta a un copago de \$0 cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios, o a un copago de \$0 si se realiza en un centro independiente.
Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio de un proveedor.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por procedimientos quirúrgicos simples realizados en el consultorio de un proveedor (por ejemplo, extirpación/sutura de lunares). \$225 de copago por procedimientos quirúrgicos de complejidad moderada a alta realizados en el consultorio de un proveedor (por ejemplo, liberación del túnel carpiano y liberación del dedo en gatillo).
Servicios de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$55 de copago por cada consulta del proveedor de servicios de urgencias cubierta por Medicare (incluidas las consultas internacionales).	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$50 de copago por cada consulta del proveedor de servicios de urgencias cubierta por Medicare (incluidas las consultas internacionales).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención virtual Servicios de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Las consultas virtuales de necesidad urgente <u>no</u> están cubiertas.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago para consultas virtuales de necesidad urgente. <u>Fuera de la red</u> Las consultas virtuales de necesidad urgente <u>no</u> están cubiertas.
Atención de la vista Servicios oftalmológicos sin cobertura de Medicare	<u>Dentro y fuera de la red</u> Hasta \$50 de reembolso por un examen preventivo de la vista sin cobertura de Medicare, incluida la dilatación y la refracción, según sea necesario. Hasta \$20 de reembolso por una imagen de retina sin cobertura de Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> 30 % del costo total por un examen preventivo sin cobertura de Medicare, incluyendo la dilatación y refracción según sea necesario. 30 % del costo total por una imagen de retina sin cobertura de Medicare. Estos beneficios se cubren una vez al año, ya sea dentro o fuera de la red; no se pueden combinar.

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 se publica en línea en priorityhealth.com/merit27.

Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web (priorityhealth.com/merit27).

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

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare 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 el acceso 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 prescriptor para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Atención al Cliente al 888.389.6648 (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 documento 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 y no recibe este documento antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

Etapas para pago de medicamentos

Hay **3 etapas para pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no aplica para usted.

- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen un total de \$2,400.

- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa para 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 los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

En la tabla se muestra el costo que le corresponde a usted por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

En la tabla se muestra el costo por receta para el suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar y preferida.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. 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, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,400 de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos 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, búselos en la Lista de medicamentos.	Distribución de costos estándar: Usted paga \$7. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$7. Distribución de costos preferida: Usted paga \$2. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$2.	Distribución de costos estándar: Usted paga \$7. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$7. Distribución de costos preferida: Usted paga \$2. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$2.
Nivel 2: Genéricos	Distribución de costos estándar: Usted paga \$15.	Distribución de costos estándar: Usted paga \$15.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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.	El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$15. Distribución de costos preferida: Usted paga \$10. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$10.	El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$15. Distribución de costos preferida: Usted paga \$10. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$10.
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.	Distribución de costos estándar: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.	Distribución de costos estándar: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Distribución de costos estándar: Usted paga el 37 % del costo total.	Distribución de costos estándar: Usted paga el 34 % del costo total.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 37 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 32 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 32 %.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 34 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 29 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 29 %.
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.	Distribución de costos estándar: Usted paga el 33 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 33 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 33 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 33 %.	Distribución de costos estándar: Usted paga el 33 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 33 %. Distribución de costos preferida: Usted paga el 33 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 33 %.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en PriorityMedicare Merit (PPO), no necesita hacer nada. A menos que se afilie a un plan de salud de Medicare diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro **PriorityMedicare Merit (PPO)**.

Si desea cambiar de plan para el año 2027, siga los pasos a continuación:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción del plan **PriorityMedicare Merit (PPO)** será cancelada automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede 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 afiliación a **PriorityMedicare Merit (PPO)**.
- **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 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre 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 (consulte la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 2.1 – Plazos para cambiar de plan

Quienes tienen Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre al 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 2.2 – ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?

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

- Tienen Medicaid.
- Obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos.
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), o actualmente vive en ella, 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 un plan 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 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta. Existen 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, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro del plan de medicamentos. 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 del día, los 7 días de la semana.
 - 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid correspondiente al estado en que reside.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Michigan tiene un programa llamado Programa de Asistencia en 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 que corresponde a 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, debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen comprobantes de residencia del estado en que reside y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, así como el estado de sin seguro o seguro insuficiente. 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 de Michigan (MIDAP) para el VIH/SIDA. 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 indicar 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 adapta a 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 inscripción para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni disminuye los costos de sus medicamentos.**

Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de SPAP y de ADAP, para aquellos que cumplen con los requisitos, suponen una opción más conveniente que participar 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.

SECCIÓN 4 ¿Tiene alguna pregunta?

Obtenga ayuda de PriorityMedicare Merit (PPO)

- **Llame a Atención al Cliente al 888.389.6648. (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 de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. al mediodía, hora del este. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea la 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 información, consulte la Evidencia de cobertura 2027 de **PriorityMedicare Merit (PPO)**. La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en priorityhealth.com/merit27 o llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite priorityhealth.com/merit27**

En nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de 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 (State Health Insurance Assistance Program, 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 seguros de salud. También pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece el plan de Medicare, 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)**

Llamando 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 contiene información acerca de 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**

Las personas que cuentan con Medicare reciben una copia del manual Medicare y Usted 2027 cada otoño. Se trata de un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La red de farmacias de **PriorityMedicare Merit** incluye un número limitado de farmacias preferidas de menor costo en Michigan. Es posible que dichos costos anunciados en los documentos del plan, para estas farmacias, no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluyendo si su área cuenta o no con farmacias preferidas de menor costo, llame al 888.389.6648. Los usuarios TTY deben llamar al 711. También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en línea disponible en priorityhealth.com/merit27.

Aviso de no discriminación



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

La discriminación es ilegal

Priority Health cumple con la legislación vigente en materia de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, origen étnico, origen nacional, edad, estado serológico respecto al VIH, estado civil, sexo (tal y como se define legalmente y en la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, situación socioeconómica o fuente de pago del servicio, altura, peso, condición de veterano, afiliación o cualquier otra característica protegida por la legislación federal, estatal o local.

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, como los que se indican a continuación:

- Intérpretes certificados.
- Información impresa en otros idiomas.

Priority Health ofrece a las personas con discapacidad adaptaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, tales como los siguientes:

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

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

Cómo presentar una queja

Si considera que Priority Health no le ha prestado estos servicios o ha incurrido en algún tipo de discriminación por motivos de raza, color, origen étnico, origen nacional, edad, estado serológico respecto al VIH, estado civil, sexo (tal y como se define legalmente y en la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, situación socioeconómica o fuente de pago del servicio, estatura, peso, condición de veterano, afiliación o cualquier otra característica protegida en virtud de la legislación 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 a sus preguntas y ayudarlo a presentar una queja mediante las siguientes vías:

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 un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, HHS):

Correo postal: 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 se encuentra 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

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 iyang 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_NCMS400040102558BC_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BC_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25



priorityhealth.com/merit27