

2027

## Aviso anual sobre cambios

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

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

## ***PriorityMedicare Thrive (PPO) ofrecido por Priority Health Medicare***

# **Aviso anual sobre cambios para el 2027**

Está inscrito como afiliado a **PriorityMedicare Thrive (PPO)**.

En este documento se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para 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 Thrive (PPO)**.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al reverso 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 normas, consulte la Evidencia de cobertura. Obtenga una copia en [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27) o llame a Atención al Cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

### **Recursos adicionales**

- Llame a Atención al Cliente al 833.415.4381 (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 desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formato de audio, braille y letra grande previa solicitud.

### **Acerca de PriorityMedicare Thrive (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 documento, se refiere a Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **PriorityMedicare Thrive (PPO)**.
- **Si no realiza cambios antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en PriorityMedicare Thrive (PPO).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y su cobertura de medicamentos a través de **PriorityMedicare Thrive (PPO)**. 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 el año 2027 .....                                  | 3         |
| <b>SECCIÓN 1    Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>      | <b>8</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....                                | 8         |
| Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo .....                    | 9         |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....                                    | 9         |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....                                      | 10        |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios de atención médica ..... | 11        |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D .....               | 21        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta .....   | 22        |
| <b>SECCIÓN 2    Cambios administrativos .....</b>                                     | <b>27</b> |
| <b>SECCIÓN 3    Cómo cambiar de plan .....</b>                                        | <b>28</b> |
| Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan .....                                         | 28        |
| Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año en las que se pueda hacer un cambio? .....      | 29        |
| <b>SECCIÓN 4    Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>    | <b>29</b> |
| <b>SECCIÓN 5    ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>                                     | <b>31</b> |
| Obtenga ayuda de PriorityMedicare Thrive (PPO) .....                                  | 31        |
| Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare .....                                        | 31        |
| Obtenga ayuda de Medicare .....                                                       | 31        |

## Resumen de costos importantes para el año 2027

|                                                                                                                                   | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* El monto de su prima puede ser mayor a este. Consulte la sección 1 para obtener más detalles. | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                  | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$270 a \$600 (según la región), excepto consultas de atención primaria, consultas con proveedores especialistas, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios psiquiátricos, servicios del programa de tratamiento por abuso de sustancias y opioides, hospitalización parcial, servicios médicos en el hogar, acupuntura, servicios quiroprácticos, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, podiatría, análisis de laboratorio y pruebas ambulatorias, atención de emergencia, servicios de urgencia, observación, ambulancia, equipo médico duradero, dispositivos protésicos, suministros médicos, suministros para diabéticos, plantillas/calzado terapéutico para diabéticos, servicios educativos sobre la enfermedad renal, servicios preventivos e insulina de la Parte B proporcionada mediante un equipo médico duradero. | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$475 (regiones 1 y 5) y \$525 (región 2), excepto consultas de atención primaria, consultas con proveedores especialistas, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios psiquiátricos, servicios del programa de tratamiento por abuso de sustancias y opioides, hospitalización parcial, servicios médicos en el hogar, acupuntura, servicios quiroprácticos, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, podiatría, análisis de laboratorio y pruebas ambulatorias, atención de emergencia, servicios de urgencia, observación, ambulancia, equipo médico duradero, dispositivos protésicos, suministros médicos, suministros para diabéticos, plantillas/calzado terapéutico para diabéticos, servicios educativos sobre la enfermedad renal, servicios |

|                                                                                                                                                                                                    | 2026 (este año)                                                                                                                                                                            | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                    | <p><b><u>Dentro y fuera de la red (combinado)</u></b></p> <p>\$270 a \$600 (según la región), excepto acupuntura, vacunas e insulina proporcionada mediante un equipo médico duradero.</p> | <p>preventivos, insulina de la Parte B proporcionada mediante un equipo médico duradero, rehabilitación cardíaca, rehabilitación cardíaca intensiva, terapia de ejercicio supervisada y rehabilitación pulmonar.</p> <p><b><u>Dentro y fuera de la red (combinado)</u></b></p> <p>\$475 (regiones 1 y 5) y \$525 (región 2), excepto acupuntura, vacunas e insulina proporcionada mediante un equipo médico duradero.</p> <p>Consulte la sección 2, “Cambios administrativos”, para obtener información sobre su región.</p> |
| <p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>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).</p> | <p>Proveedores dentro de la red: \$6,200</p> <p>Proveedores dentro de la red y fuera de la red (combinado): \$6,200</p>                                                                    | <p>Proveedores dentro de la red: \$7,150</p> <p>Proveedores dentro de la red y fuera de la red (combinado): \$7,150</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Consultas de atención primaria en consultorio</b></p>                                                                                                                                        | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consulta.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consulta, después de cubrir el deducible.</p>           | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consulta.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consulta, después de cubrir el deducible.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Consultas con especialistas en consultorio</b></p>                                                                                                                                           | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 a \$40 de copago por consulta.</p>                                                                                                            | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 a \$40 de copago por consulta.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>\$0 a \$40 de copago por consulta, después de cubrir el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>\$0 a \$40 de copago por consulta, después de cubrir el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Hospitalizaciones</b><br>Incluye diferentes tipos de hospitalizaciones, como hospitalización para cuidados agudos, 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. | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$375 de copago por día durante los días 1 a 7, después de cubrir el deducible.<br>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible.<br><b><u>Fuera de la red</u></b><br>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br>\$375 de copago por día durante los días 1 a 7, después de cubrir el deducible.<br>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible. | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$450 de copago por día durante los días 1 a 6, después de cubrir el deducible.<br>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible.<br><b><u>Fuera de la red</u></b><br>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br>\$450 de copago por día durante los días 1 a 6, después de cubrir el deducible.<br>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible. |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles, incluida la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica).                                                                                           | Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$250 en los niveles 3 a 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$2 de copago en una farmacia preferida de la red o \$7 de copago en una</li> </ul>                                           | Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$400 en los niveles 3 a 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$1 de copago en una farmacia preferida de la red o \$6 de copago en una</li> </ul>                                      |

|  | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>farmacia estándar de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$8 de copago en una farmacia preferida de la red o \$15 de copago en una farmacia estándar de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> 21 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 21 % del costo total en una farmacia estándar de la red</li> </ul> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red</li> </ul> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p>farmacia estándar de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$7 de copago en una farmacia preferida de la red o \$12 de copago en una farmacia estándar de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> 21 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 21 % del costo total en una farmacia estándar de la red</li> </ul> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red</li> </ul> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

|  | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 30 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 30 % del costo total en una farmacia estándar de la red<br/> Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Etapas de cobertura catastrófica:<br/> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Puede tener una distribución de costos por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 29 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 29 % del costo total en una farmacia estándar de la red<br/> Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Etapas de cobertura catastrófica:<br/> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Puede tener una distribución de costos por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p> |

## 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 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).                                                                                                                                                                               | \$0             | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Prima adicional para beneficios complementarios opcionales</b><br>Si se ha inscrito en un paquete de beneficios complementarios opcionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan anterior. (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$43            | Opción 1 de servicios de odontología y oftalmología mejorados: \$42<br><br>Opción 2 de servicios de odontología y oftalmología mejorados: \$61<br><br>Si actualmente está inscrito en un plan de servicios de odontología y 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.

## 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 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b><br>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro de la red <b>cuentan</b> para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Los costos de sus medicamentos con receta <b>no cuentan</b> para el monto máximo de gastos de bolsillo.                                                       | \$6,200         | \$7,150<br><br>Una vez que haya pagado \$7,150 de su bolsillo por los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos con proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.         |
| <b>Monto máximo combinado de gastos de bolsillo</b><br>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red <b>cuentan</b> para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios <b>no cuentan</b> para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo por servicios médicos. | \$6,200         | \$7,150<br><br>Una vez que haya pagado \$7,150 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 las redes de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores y farmacias del 2027 en [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo acceder a un Directorio de proveedores y farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web: [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27).

- Llame a Atención al Cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar 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 del plan. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Atención al Cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo. 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 del 2027 en [\*\*priorityhealth.com/thrive27\*\*](https://priorityhealth.com/thrive27) para ver qué farmacias están dentro de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo acceder a un Directorio de proveedores y farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web: [\*\*priorityhealth.com/thrive27\*\*](https://priorityhealth.com/thrive27).
- Llame a Atención al Cliente al 833.415.4381 (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.

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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

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

|                                                                                                                                                        | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos</b><br>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare<br>Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare                  | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$400 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, después de cubrir el deducible.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>\$0 de copago para empastes, reparaciones de coronas y extracciones simples hasta \$1,500.</p> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$450 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, después de cubrir el deducible.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por un tratamiento con flúor por año.</p> <p>Los empastes, reparaciones de coronas y extracciones simples <u>no</u> están cubiertos.</p> |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>                                                                                         | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) <u>no</u> están cubiertos cuando se obtienen a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo o minorista de la red.</p>                                                                                                                                                                                                                           | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>20 % del costo total de los monitores continuos de glucosa (CGM) cuando se obtienen a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo o minorista de la red. Los productos cubiertos se limitan a Dexcom y FreeStyle Libre.</p>                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de odontología y oftalmología mejorados (opción 1)</b><br>Hay beneficios complementarios opcionales (disponibles por una prima adicional) | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por una limpieza de rutina por año del plan.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por una limpieza (preventiva o periodontal) por año del plan.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                             | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si actualmente está inscrito en un plan de servicios de odontología y oftalmología mejorados, se le asignará automáticamente la opción 1 y tendrá que inscribirse en la opción 2 para cambiar su cobertura. | <p>\$0 de copago por un tratamiento con flúor por año.</p> <p>Máximo anual de \$2,500 por año para:</p> <p>\$0 de copago por tratamiento de emergencia y anestesia.</p> <p>50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografías computarizadas de haz cónico).</p> <p>50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años.</p> <p>50 % del costo total de la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), una vez por diente, durante la vida del afiliado.</p> <p>50 % del costo total de las extracciones quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado.</p> <p>50 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años.</p> | <p>\$0 de copago por raspado y alisado radicular, una vez por cuadrante, cada 24 meses.</p> <p>Máximo anual de \$1,500 por año para:</p> <p>50 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usa junto con otros servicios.</p> <p>50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografías computarizadas de haz cónico).</p> <p>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.</p> <p>50 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos, es decir, cirugía ósea o injertos de encías, una vez por cuadrante, cada 36 meses.</p> <p>50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años.</p> |

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

|  | 2026 (este año) | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                 | <p>25 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usa junto con otros servicios.</p> <p>25 % del costo total de otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografía computarizada de haz cónico)</p> <p>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.</p> <p>25 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos (es decir, cirugía ósea o injertos de encías), una vez por cuadrante cada 36 meses.</p> <p>25 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años.</p> <p>25 % del costo total de la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), una vez por diente, durante la vida del afiliado.</p> |

|                                                                                                        | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>25 % del costo total de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado.</p> <p>25 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años.</p> <p>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.</p> <p>Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos por el plan odontológico complementario opcional.</p> |
| <b>Programa para el manejo mejorado de enfermedades</b>                                                | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios para el manejo mejorado de enfermedades.</p>                                                                                                                                                      | <p>Los servicios para el manejo mejorado de enfermedades <u>no</u> están cubiertos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Servicios audiológicos</b></p> <p>Servicios audiológicos de rutina no cubiertos por Medicare</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$295 de copago por audífono para asistencia básica.</p> <p>\$695 de copago por audífono de asistencia estándar.</p> <p>\$1,095 de copago por audífono de asistencia avanzada.</p> <p>\$1,495 de copago por audífono de asistencia prémium.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>La asistencia básica <u>no</u> está cubierta.</p> <p>\$399 de copago por audífono de asistencia estándar.</p> <p>\$599 de copago por audífono de asistencia avanzada.</p> <p>\$899 de copago por audífono de asistencia prémium.</p>                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                        | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Los exámenes audiológicos de rutina y los audífonos <u>no</u> están cubiertos.</p>                                                                                                                                                                       | <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por un examen audiológico de rutina con un proveedor que no sea de TruHearing (uno por año, ya sea dentro o fuera de la red; no se puede combinar).</p> <p>50 % del costo total hasta la cantidad permitida, un audífono al año, ya sea dentro o fuera de la red; no se puede combinar.</p> |
| <b>Atención para pacientes hospitalizados</b>                          | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Por hospitalización cubierta por Medicare, usted paga:</p> <p>\$375 de copago diario, durante los días 1 a 7, después de cubrir el deducible.</p> <p>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible.</p> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Por hospitalización cubierta por Medicare, usted paga:</p> <p>\$450 de copago diario, durante los días 1 a 6, después de cubrir el deducible.</p> <p>\$0 por días de hospitalización adicionales, después de cubrir el deducible.</p>                                                  |
| <b>Prueba de detección en etapa temprana de varios tipos de cáncer</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$150 de copago por prueba, cada dos años.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>La prueba de detección en etapa temprana de varios tipos de cáncer Galleri® de GRAIL <u>no</u> está cubierta.</p>                                                | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$125 de copago por prueba, cada dos años.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>50 % del costo total hasta la cantidad permitida, una vez cada dos años, ya sea dentro o fuera de la red; no se puede combinar.</p>                                                                               |

|                                                                               | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$275 de copago diario, por proveedor, para medicina nuclear de diagnóstico cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> <p>Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una evaluación de diagnóstico y está sujeta a un copago de \$400 cuando se realiza en un hospital ambulatorio o a un copago de \$400 si se realiza en un centro independiente, después de cubrir el deducible.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$50 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una evaluación de diagnóstico y está sujeta a un copago de \$0 cuando se realiza en un hospital ambulatorio o a un copago de \$0 si se realiza en un centro independiente, después de cubrir el deducible.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$50 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$640 de copago diario, por proveedor, para medicina nuclear de diagnóstico cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> |

|                                                                | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una evaluación de diagnóstico y está sujeta a un copago de \$0 cuando se realiza en un hospital ambulatorio o a un copago de \$0 si se realiza en un centro independiente, después de cubrir el deducible.                       |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>     | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$400 de copago por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p>                                                                                                                                                                       | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$450 de copago por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p>                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$20 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$20 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$25 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$25 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.</p> |

|                                                                                                                                                   | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                   | \$20 de copago por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                       | \$25 de copago por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare, después de cubrir el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios</b> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$400, después de cubrir el deducible.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga un copago de \$400, después de cubrir el deducible.</p> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$450, después de cubrir el deducible.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga un copago de \$450, después de cubrir el deducible.</p>                           |
| <b>Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</b>                             | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio de un proveedor.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio de un proveedor, después de cubrir el deducible.</p>                                                              | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos simples realizados en el consultorio de un proveedor (es decir, extirpación de lunares/sutura)</p> <p>\$450 de copago por procedimientos quirúrgicos de complejidad moderada a alta realizados en el consultorio de un proveedor (es decir, liberación del túnel carpiano y liberación del dedo en gatillo)</p> |

|                                                                                         | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por procedimientos quirúrgicos simples realizados en el consultorio de un proveedor (es decir, extirpación de lunares/sutura), después de cubrir el deducible.</p> <p>\$450 de copago por procedimientos quirúrgicos de complejidad moderada a alta realizados en el consultorio de un proveedor (es decir, liberación del túnel carpiano y liberación del dedo en gatillo), después de cubrir el deducible.</p> |
| <p><b>ThriveFlex</b></p> <p>Artículos de venta libre (OTC) y servicios de bienestar</p> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Asignación de \$60 cada tres meses para adquirir artículos OTC y dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño.</p> <p>Asignación de \$285 por año para usar en membresías en centros de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional. La asignación <u>no</u> se traslada al período siguiente.</p> | <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>Los artículos OTC y los dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Asignación de \$200 por año para usar en membresías en centros de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional. La asignación <u>no</u> se traslada al período siguiente.</p>                                                  |

|                                                                                   | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención virtual</b><br>Servicios de urgencia                                  | <b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b><br>Las consultas virtuales de urgencia <u>no</u> están cubiertas.                                                                                                                                                                    | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$0 de copago para consultas virtuales de urgencia.<br><b><u>Fuera de la red</u></b><br>Las consultas virtuales de urgencia <u>no</u> están cubiertas.                                                                                                                                                                               |
| <b>Atención de la vista</b><br>Servicios oftalmológicos no cubiertos por Medicare | <b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b><br>Hasta \$50 de reembolso por un examen preventivo de la vista no cubierto por Medicare, incluida la dilatación y la refracción, según sea necesario.<br>Hasta \$20 de reembolso por una imagen de retina no cubierta por Medicare. | <b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b><br>\$0 de copago por un examen preventivo de la vista no cubierto por Medicare, incluida la dilatación y la refracción, según sea necesario.<br>\$0 de copago por una imagen de retina no cubierta por Medicare.<br>Estos beneficios se cubren una vez al año, ya sea dentro o fuera de la red; no se puede 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 de forma electrónica y se publica en línea en [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27).

**Puede obtener la Lista de medicamentos** completa llamando a Atención al Cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web ([priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27)).

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 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 833.415.4381 (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 con receta 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (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**

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: Etapa de cobertura inicial**

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la 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.

- **Etapas 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. Puede tener una distribución de costos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

### Costos de medicamentos en la etapa 1, Etapa del deducible anual

La tabla muestra el costo que le corresponde a usted por receta durante esta etapa.

|                        | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                        | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | \$250<br>Durante esta etapa, usted paga \$2 a \$15 de distribución de costos por los medicamentos en los niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en los niveles 3 a 5 hasta que alcance el deducible anual. | \$400<br>Durante esta etapa, usted paga entre \$1 y \$12 de distribución de costos por los medicamentos en los niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en los niveles 3 a 5 hasta que alcance el deducible anual. |

### Costos de medicamentos en la etapa 2, Etapa de 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, búsquelos 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.

Si recibe Ayuda Adicional, 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 (el próximo año)                               |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Nivel 1:<br><b>Genéricos preferidos</b> | Distribución de costos estándar:<br>Usted paga \$7. | Distribución de costos estándar:<br>Usted paga \$6. |

|                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2027 (el 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.                                                          | <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$7.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga \$2.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$2.</p>                                                                                                     | <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$6.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga \$1.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$1.</p>                                                                                                     |
| <p>Nivel 2:</p> <p><b>Genéricos</b></p> <p>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.</p>           | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga \$15.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$15.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga \$8.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$8.</p>                                           | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga \$12.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$12.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga \$7.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es de \$7.</p>                                           |
| <p>Nivel 3:</p> <p><b>De marca preferidos</b></p> <p>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.</p> | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 21 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 21 %.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga el 21 % del costo total.</p> | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 21 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 21 %.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga el 21 % del costo total.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                               | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 21 %.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 21 %.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Nivel 4:</p> <p><b>No preferidos</b></p> <p>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.</p>   | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.</p> | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.</p> <p>Distribución de costos preferida: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 25 %.</p> |
| <p>Nivel 5:</p> <p><b>De especialidad</b></p> <p>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.</p> | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Distribución de costos estándar: Usted paga el 29 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|  | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 30 %.</p> <p>Distribución de costos preferida:<br/>Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 30 %.</p> | <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 29 %.</p> <p>Distribución de costos preferida:<br/>Usted paga el 29 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta a través del servicio de pedidos por correo para un mes es del 29 %.</p> |

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

|                                                                 | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                | 2027 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condados de la Región 1                                         | Allegan, Barry, Kent, Lenawee, Ottawa                                                                                                                                                                                          | Allegan, Barry, Ionia, Kent, Montcalm, Muskegon, Ottawa                                                                                                                                                                                                       |
| Condados de la Región 2                                         | Berrien, Calhoun, Cass, Ionia, Kalamazoo, Montcalm, Muskegon, St. Clair, Van Buren                                                                                                                                             | Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Clinton, Eaton, Gratiot, Hillsdale, Ingham, Jackson, Kalamazoo, St. Joseph, Van Buren                                                                                                                                         |
| Condados de la Región 3                                         | Hillsdale, Lapeer, Monroe                                                                                                                                                                                                      | Los condados de la Región 3 ahora forman parte de las regiones 1, 2 o 5                                                                                                                                                                                       |
| Condados de la Región 4                                         | Eaton, Gratiot, Jackson, St. Joseph, Shiawassee                                                                                                                                                                                | Los condados de la Región 4 ahora forman parte de las regiones 1, 2 o 5                                                                                                                                                                                       |
| Condados de la Región 5                                         | Branch, Clinton, Genessee, Ingham, Livingston, Macomb, Oakland, Saginaw, Washtenaw, Wayne                                                                                                                                      | Genessee, Lapeer, Lenawee, Livingston, Macomb, Monroe, Oakland, Saginaw, St. Clair, Shiawassee, Washtenaw, Wayne                                                                                                                                              |
| Prueba de detección en etapa temprana de varios tipos de cáncer | Puede solicitar la prueba Galleri® de dos maneras: hablando con su propio proveedor de atención médica para que solicite la prueba para usted o solicitándola en línea a través de un proveedor independiente de telemedicina. | La solicitud de una prueba Galleri® en línea a través de un proveedor independiente de telemedicina <u>no</u> está cubierta.<br><br>Para solicitar una prueba Galleri®, hable con su proveedor de atención médica y pídale que solicite la prueba para usted. |

## SECCIÓN 3      Cómo cambiar de plan

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

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

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en **PriorityMedicare Thrive (PPO)** se cancelará 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 inscribirse en 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 de medicamentos de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción a **PriorityMedicare Thrive (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 833.415.4381 (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 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, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la sección 4).
- **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 (vaya a la sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### Sección 3.1 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 o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

### Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año en las que se pueda hacer un cambio?

En determinadas situaciones, se puede modificar la cobertura a lo largo del año, como en los casos que se indican a continuación:

- Personas que tienen Medicaid
- Personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Personas que tienen cobertura mediante un empleador o que la abandonarán
- Personas que 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 dos meses completos a partir del mes en que se mude.

## SECCIÓN 4      Cómo obtener ayuda para 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, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los 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 al 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 (SPAP).** Míchigan tiene un programa llamado Programa de Asistencia en Medicamentos de Míchigan (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](http://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 serológico respecto al VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, así como la condición de persona sin seguro o con 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 del SPAP y 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](http://Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?

### Obtenga ayuda de PriorityMedicare Thrive (PPO)

- **Llame a Atención al Cliente al 833.415.4381. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Consulte 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 información, consulte la Evidencia de cobertura 2027 de **PriorityMedicare Thrive (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 ([priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27)) o llame a Atención al Cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27)**

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 asesoría gratuita 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 asesoría personalizada y gratuita 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](https://michigan.gov/MDHHSMIOptions).

### Obtenga ayuda de Medicare

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

Puede llamar 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***

El manual *Medicare y Usted 2027* se envía por correo postal a las personas con Medicare cada otoño. Se trata de un resumen de los beneficios, derechos y 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 Thrive** incluye un número limitado de farmacias preferidas de menor costo en Míchigan. 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte en el Directorio de farmacias/proveedores en línea disponible en [priorityhealth.com/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27).

# 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](https://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](mailto: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](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint)

Este Aviso se encuentra 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

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](http://lep.gov) and [cms.gov](http://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/thrive27](https://priorityhealth.com/thrive27)**