

2027

Aviso anual sobre cambios

PriorityMedicare® Value (HMO-POS)
Ofrecido por Priority Health Medicare

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

Aviso anual sobre cambios para el 2027

Usted está inscrito actualmente como afiliado en **PriorityMedicare Value** (HMO-POS).

Este documento describe 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, permanecerá en **PriorityMedicare Value** (HMO-POS).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que figura al reverso de su manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en priorityhealth.com/value27 o llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo postal.

Recursos adicionales

- Llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional. 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 Value (HMO-POS)

- 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 en este documento se mencione "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a **PriorityMedicare Value** (HMO-POS).
- **Si no realiza cambios antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en PriorityMedicare Value** (HMO-POS). A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá cobertura médica y de medicamentos a través de **PriorityMedicare Value** (HMO-POS). Consulte la sección 2 para obtener información adicional acerca de cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para el año 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos por servicios de atención médica.....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	14
Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	18
Sección 2.1: Plazos para cambiar de plan	19
Sección 2.2: ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?	19
SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta.....	20
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?	21
Obtenga ayuda de PriorityMedicare Value (HMO-POS)	21
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare.....	22
Obtenga ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para el año 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * El monto de su prima puede ser mayor a este. Consulte la sección 1 para obtener más detalles.	\$32 a \$80	\$47 a \$111
Deducible	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$1,000, con excepción de la acupuntura, las vacunas y la insulina administrada mediante un equipo médico duradero.	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$1,000, con excepción de la acupuntura, las vacunas y la insulina administrada mediante un equipo médico duradero.
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).	\$5,100	\$6,000
Consultas de atención primaria en consultorio	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 40 % del costo total por consulta con un PCP, después de cubrir el deducible.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 40 % del costo total por consulta con un PCP, después de cubrir el deducible.
Consultas con un especialista en el consultorio	<u>Dentro de la red</u> \$0 a \$35 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 40 % del costo total por consulta con un especialista, después de cubrir el deducible.	<u>Dentro de la red</u> \$0 a \$35 de copago por consulta. <u>Fuera de la red</u> 40 % del costo total por consulta con un especialista, después de cubrir el deducible.
Hospitalizaciones	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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.	\$325 de copago diario durante los días 1 a 7. \$0 por días de hospitalización adicionales. <u>Fuera de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: 40 % del costo total por hospitalización, después de cubrir el deducible.	\$325 de copago diario durante los días 1 a 7. \$0 por días de hospitalización adicionales. <u>Fuera de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: 40 % del costo total por hospitalización, después de cubrir el deducible.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles, incluidas las etapas de Deducible anual, Cobertura inicial y Cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$100 en los niveles 3 a 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos del Nivel 1: \$2 de copago en una farmacia preferida de la red o \$7 de copago en una farmacia estándar de la red • Medicamentos del Nivel 2: \$10 de copago en una farmacia preferida de la red o \$15 de copago en una farmacia estándar de la red • Medicamentos del Nivel 3: 22 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$225 en los niveles 3 a 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos del Nivel 1: \$2 de copago en una farmacia preferida de la red o \$7 de copago en una farmacia estándar de la red • Medicamentos del Nivel 2: \$10 de copago en una farmacia preferida de la red o \$15 de copago en una farmacia estándar de la red • Medicamentos del Nivel 3: 22 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos del Nivel 4: 35 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 40 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos del Nivel 5: 31 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 31 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos del Nivel 4: 29 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 34 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos del Nivel 5: 30 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 30 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
<u>Condados de la Región 1</u> Allegan, Barry, Kent, Lenawee, Ottawa	\$32	\$47
<u>Condados de la Región 2</u> Berrien, Calhoun, Cass, Ionia, Isabella, Kalamazoo, Mason, Midland, Missaukee, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oceana, Osceola, Otsego, St. Clair, Van Buren, Wexford	\$43	\$75
<u>Condados de la Región 3</u> Alcona, Antrim, Benzie, Charlevoix, Clare, Crawford, Grand Traverse, Hillsdale, Lake, Lapeer, Leelanau, Manistee, Mecosta, Monroe	\$80	\$111
<u>Condados de la Región 4</u> Alpena, Cheboygan, Eaton, Emmet, Gladwin, Gratiot, Iosco, Jackson, Kalkaska, Montmorency, Oscoda, Presque Isle, Roscommon, Sanilac, Shiawassee, St. Joseph	\$55	\$80
<u>Condados de la Región 5</u> Arenac, Bay, Branch, Clinton, Genesee, Huron, Ingham, Livingston, Macomb, Oakland, Ogemaw, Saginaw, Tuscola, Washtenaw, Wayne	\$43	\$74

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima adicional para beneficios complementarios opcionales Si se ha inscrito en un paquete de beneficios complementarios opcionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan mencionada anteriormente. (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$37	Opción 1 de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados: \$42 Opción 2 de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados: \$61 Si actualmente está inscrito en un plan de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados, se le asignará automáticamente la opción 1 y tendrá que inscribirse en la opción 2 para cambiar su cobertura.

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

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

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.	\$5,100	\$6,000 Una vez que haya pagado \$6,000 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos dentro de la red durante
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red (continuación) La prima del plan y los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.		el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 en priorityhealth.com/value27 para confirmar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/value27.

- Llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo postal.

Durante el transcurso del año, podemos implementar 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, llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la sección 2.3, del capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con 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. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias 2027* en priorityhealth.com/value27 para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/value27.
- Llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo postal.

Durante el transcurso del año, podemos implementar cambios en las farmacias que formen parte del plan. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestras farmacias le afecta, llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios odontológicos Servicios odontológicos sin cobertura de Medicare	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por empastes, reparaciones de coronas y extracciones simples. 50 % del costo total de la endodoncia (tratamiento de conducto radicular) hasta \$2,500.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por un tratamiento con flúor por año. Los empastes, las reparaciones de coronas, los tratamientos de conducto

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	El tratamiento con flúor <u>no</u> está cubierto.	radicular y las extracciones simples <u>no</u> están cubiertas.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	<u>Dentro de la red</u> Los monitores continuos de glucosa (CGM) <u>no</u> están cubiertos cuando se obtienen a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo o minorista de la red.	<u>Dentro de la red</u> 20 % del costo total de los monitores continuos de glucosa (CGM) cuando se obtienen a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo o minorista de la red. Los productos cubiertos se limitan a Dexcom y FreeStyle Libre.
Opción 1 de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados Beneficios complementarios opcionales (disponibles por una prima adicional) Si actualmente está inscrito en un plan de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados, se le asignará automáticamente la opción 1 y tendrá que inscribirse en la opción 2 para cambiar su cobertura.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza preventiva por año del plan. \$0 de copago por un tratamiento con flúor por año del plan. Monto máximo anual de \$2,500 por año para: \$0 de copago por tratamiento de emergencia y anestesia. 50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografías computarizadas de haz cónico).	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza (preventiva o periodontal) por año del plan. \$0 de copago por raspado y alisado radicular, una vez por cuadrante, cada 24 meses. Monto anual máximo de \$1,500 por año para: 50 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usen junto con otros servicios. 50 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografías computarizadas de haz cónico).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		50 % del costo total de empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama), una vez por diente cada 24 meses, y reparaciones de coronas, una vez por diente cada 12 meses. 50 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos, es decir, cirugía ósea o injertos de encías, una vez por cuadrante, cada 36 meses.
	50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 50 % del costo total de las extracciones quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 50 % del costo total de las prótesis dentales y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses. Los empastes, las reparaciones de coronas, las extracciones simples, la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), el	50 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 50 % del costo total de la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo total de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado. 50 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 50 % del costo total de las prótesis dentales y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	raspado y alisado radicular, y la periodoncia quirúrgica <u>no</u> están cubiertos.	
Opción 2 de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados Beneficios complementarios opcionales (disponibles por una prima adicional) Si actualmente está inscrito en un plan de servicios odontológicos y oftalmológicos mejorados, se le asignará automáticamente la opción 1 y tendrá que inscribirse en la opción 2 para cambiar su cobertura.	<u>Sin</u> cobertura.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$0 de copago por una limpieza (preventiva o periodontal) por año del plan. \$0 de copago por raspado y alisado radicular, una vez por cuadrante, cada 24 meses. Monto anual máximo de \$2,000 por año para: 25 % del costo total por tratamiento de emergencia y anestesia ilimitados cuando se usen junto con otros servicios. 25 % del costo total para otros exámenes de diagnóstico (es decir, tomografías computarizadas de haz cónico) 25 % del costo total de empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama), una vez por diente cada 24 meses, y reparaciones de coronas, una vez por diente cada 12 meses. 25 % del costo total de los procedimientos periodontales quirúrgicos (es decir, cirugía ósea o injertos de encías), una vez por cuadrante cada 36 meses.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		25 % del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años. 25 % del costo total de la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), una vez por diente, durante la vida del afiliado. 25 % del costo total de las extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente, durante la vida del afiliado. 25 % del costo total de los implantes, una vez por diente cada 5 años. 25 % del costo total de las prótesis dentales y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones de prótesis dentales y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses. Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos por el plan odontológico complementario opcional.
Programa para el manejo mejorado de enfermedades	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios para el manejo mejorado de enfermedades.	Los servicios para el manejo mejorado de enfermedades <u>no</u> están cubiertos.
Servicios audiológicos Servicios preventivos audiológicos sin cobertura de Medicare	<u>Dentro de la red</u> \$295 de copago por audífono de asistencia básica. \$695 de copago por audífono de asistencia estándar.	<u>Dentro de la red</u> Los audífonos de asistencia básica <u>no</u> están cubiertos. \$399 de copago por audífono de asistencia estándar.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	\$1,095 de copago por audífono de asistencia avanzada. \$1,495 de copago por audífono de asistencia prémium.	\$599 de copago por audífono de asistencia avanzada. \$899 de copago por audífono de asistencia prémium.
Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> \$10 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare. \$225 de copago diario, por proveedor, para servicios de medicina nuclear de diagnóstico cubiertos por Medicare. Si el médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante una colonoscopia o una sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección pasa a ser un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de \$325 si se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios, o a un copago de \$325 si se realiza en un centro independiente.	<u>Dentro de la red</u> \$50 de copago diario, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare. \$640 de copago diario, por proveedor, para servicios de medicina nuclear de diagnóstico cubiertos por Medicare. Si el médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante una colonoscopia o una sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección pasa a ser un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de \$0 si se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios, o a un copago de \$0 si se realiza en un centro independiente.
Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio de un proveedor.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por procedimientos quirúrgicos simples realizados en el consultorio de un proveedor (es decir, extirpación de lunares o suturas)

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		\$325 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)
Atención virtual Servicios de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Las consultas virtuales de necesidad urgente <u>no</u> están cubiertas.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago para consultas virtuales de necesidad urgente. <u>Fuera de la red</u> Las consultas virtuales de necesidad urgente <u>no</u> están cubiertas.

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/value27.

Puede obtener la **Lista de medicamentos completa** llamando a servicio de Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en priorityhealth.com/value27.

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. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y saber 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 las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la información 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, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que emite recetas para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o

buscar un nuevo medicamento. Llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional.

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), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un documento por separado, llamado “*Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta*”, que le brinda información referente a los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este documento antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)*.

Etapas para el pago de medicamentos

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

- ***Etapa 1: Deducible anual***

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

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año a la fecha alcancen \$2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$100	\$225

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Durante esta etapa, usted paga entre \$2 y \$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.	Durante esta etapa, usted paga entre \$2 y \$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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

En la tabla se muestra el costo que le corresponde a usted 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 información adicional sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$7 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$7. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga \$2 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$2.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$7 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$7. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga \$2 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$2.
Nivel 2: Genéricos	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$15 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$15.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$15 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$15.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga \$10 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$10.	<i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga \$10 El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es de \$10.
Nivel 3: De marca preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 25 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 22 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 22 %.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 25 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 22 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 22 %.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 40 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 40 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 35 % del costo total	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 34 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 34 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 29 % del costo total

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 35 %.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 29 %.
Nivel 5: De especialidad Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 31 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 31 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 31 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 31 %.	<i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga el 30 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 30 %. <i>Distribución de costos preferida:</i> Usted paga el 30 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta para un mes a través del servicio de pedidos por correo es del 30 %.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en **PriorityMedicare Value (HMO-POS)**, **no necesita hacer nada**. A menos que se afilie a un plan de salud de Medicare diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en **PriorityMedicare Value (HMO-POS)**.

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

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente** inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción al plan **PriorityMedicare Value (HMO-POS)** será cancelada automáticamente.

Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede 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 para medicamentos de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción a **PriorityMedicare Value (HMO-POS)**.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la sección 3).
- **Para obtener información adicional sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare y Usted 2027*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 2.1: Plazos para cambiar de plan

Las personas con 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 independiente de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2: ¿Hay otros momentos en el año en los que se pueda hacer un cambio?

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

- Tienen Medicaid.
- Obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen cobertura de un empleador o están en proceso de abandonarla.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si recientemente se mudó a, o actualmente vive en, una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin una cobertura independiente para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente

se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 3 **Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta**

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

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda Adicional con el pago de los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos. Además, las personas que 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).** Michigan tiene un programa llamado Programa de Asistencia de Medicamentos de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener información adicional sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para la distribución de costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen comprobantes de residencia del estado en que reside y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, así como 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 ayuda de distribución de costos de los medicamentos con receta por medio del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP). Si desea obtener 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 funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Toda 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 necesita presentar una solicitud de inscripción nueva para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de los medicamentos.**

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

SECCIÓN 4 ¿Tiene alguna pregunta?

Obtenga ayuda de PriorityMedicare Value (HMO-POS)

- **Llame a Atención al cliente al 888-389-6648. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, 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 conocer los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2027* de PriorityMedicare Value (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en priorityhealth.com/value27 o llame a Atención al cliente al 888-389-6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo postal.

- Visite priorityhealth.com/value27

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Obtenga 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. Pueden ayudarlo a entender las opciones que le ofrece el plan de Medicare, además de responder preguntas referentes al cambio de planes. Llame a MI Options al 800-803-7174. Para obtener más información sobre MI Options, visite michigan.gov/MDHHSMIOptions.

Obtenga ayuda de Medicare

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

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 ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- Lea ***Medicare y Usted 2027***

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

La red de farmacias de PriorityMedicare Value incluye un número limitado de farmacias preferidas de menor costo en Michigan. Es posible que dichos costos anunciados en los documentos del plan, para estas farmacias, no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluyendo si su área cuenta o no con farmacias preferidas de menor costo, llame al 888-389-6648. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en línea, disponible en priorityhealth.com/value27.

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 ayudarle 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 serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800.942.0954 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyang provider.

Urdu (اردو) - توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800.942.0954 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Source: lep.gov and cms.gov Last updated: May 2025

10003-304 H8379_NCMS400040102558BC_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BC_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25



priorityhealth.com/value27