



# Aviso anual de cambios para 2024

---

**Priority** Medicare Value<sup>SM</sup> (HMO-POS)  
ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de **Priority** Medicare Value. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios de su plan. **Este folleto detalla esos cambios.**

### **Recursos adicionales**

Esta información está disponible en distintos formatos, incluso en braille y en tamaño de letra grande.

Comuníquese con Servicio de atención al cliente al 888.389.6648 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en ***irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families***.

### **Sobre Priority Medicare Value**

Priority Health tiene planes HMO-POS y PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **Priority** Medicare Value.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-389-6648. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-389-6648. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-389-6648。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-389-6648。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-389-6648. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-389-6648. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-389-6648 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-389-6648. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-389-6648 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-389-6648. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-389-6648. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-389-6648 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-389-6648. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-389-6648. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-389-6648. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-389-6648. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-389-6648 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Consulte la página 3 para acceder a un Resumen de Costos Importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise su *Evidencia de Cobertura*, que estará disponible a partir del 10/1/23 en nuestro sitio web, en [priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24). (También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*).

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

## Qué hacer ahora

### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (doctor, hospital).
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

### 2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en **Priority**Medicare Value.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción en **Priority**Medicare Value.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

## **Aviso Anual de Cambios para 2024**

### **Tabla de Contenido**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen de Costos Importantes para 2024</b> .....                                 | <b>3</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b> .....        | <b>7</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....                                      | 7         |
| Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo .....            | 8         |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....                  | 9         |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.....          | 9         |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D..... | 13        |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....                                  | <b>21</b> |
| Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare Value .....               | 21        |
| Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....   | 21        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan</b> .....                                  | <b>22</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b> .....      | <b>23</b> |
| <b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?</b> .....   | <b>24</b> |
| Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare Value .....                     | 24        |
| Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....                                   | 25        |

## Resumen de Costos Importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para **Priority**Medicare Value en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor o menor que estas cantidades. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.   | \$15-\$71   | \$12-\$68   |
| <b>Deducible</b>  | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>\$0<br><br><u>POS (fuera de la red)</u><br>\$1,000   | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>\$0<br><br><u>POS (fuera de la red)</u><br>\$1,000 excepto para la insulina suministrada mediante un equipo médico duradero.   |
| <b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b><br>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>\$4,900  | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>\$4,900  |
| <b>Consultas al consultorio del doctor</b>  | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>Consultas de atención primaria:<br>\$0-\$5 por consulta.<br><br>Consultas a especialistas:<br>\$0-\$45 por consulta.<br><br><u>POS (fuera de la red)</u><br>40% por consulta con un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o especialista, después del deducible. | <u>HMO (dentro de la red)</u><br>Consultas de atención primaria:<br>\$0-\$5 por consulta.<br><br>Consultas a especialistas:<br>\$0-\$45 por consulta.<br><br><u>POS (fuera de la red)</u><br>40% por consulta con un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o especialista, después del deducible. |

| Costo  | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Hospitalizaciones</b></p>  | <p><u>HMO (dentro de la red)</u><br/>\$325 por día, días 1-5.</p> <p><u>POS (fuera de la red)</u><br/>40% por hospitalización, después del deducible.</p>  | <p><u>HMO (dentro de la red)</u><br/>\$325 por día, días 1-5.</p> <p><u>POS (fuera de la red)</u><br/>40% por hospitalización, después del deducible.</p>  |
| <p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p> | <p>Deducible: \$75 en los niveles 3-5 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><u>Farmacia minorista preferida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$2</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$10</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$42<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: 50%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> | <p>Deducible: \$75 en los niveles 3-5 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><u>Farmacia minorista preferida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$2</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$10</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$42<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: 50%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> |



| Costo   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b><br/><i>(continuación)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 31%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><u>Farmacia minorista estándar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$7</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$15</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$47<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: 50%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 31%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 31%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p><u>Farmacia minorista estándar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$7</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$15</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$47<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: 50%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 31%<br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> |

| Costo   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b><br/><i>(continuación)</i></p> | <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada medicamento con receta, paga la cantidad que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul> | <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul> |

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

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

| Costo   | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b>  |                 |                    |
| (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).   |                 |                    |
| <u>Condados de la región 1:</u><br>Allegan, Barry, Kent, Lenawee, Ottawa  | \$15            | \$12               |
| <u>Condados de la región 2:</u><br>Berrien, Calhoun, Cass, Ionia, Isabella, Kalamazoo, Mason, Midland, Missaukee, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oceana, Osceola, Otsego, St. Clair, Van Buren, Wexford | \$34            | \$31               |
| <u>Condados de la región 3:</u><br>Alcona, Antrim, Benzie, Charlevoix, Clare, Crawford, Grand Traverse, Hillsdale, Lake, Lapeer, Leelanau, Manistee, Mecosta, Monroe                                  | \$71            | \$68               |
| <u>Condados de la región 4:</u><br>Alpena, Cheboygan, Eaton, Emmet, Gladwin, Gratiot, Iosco, Jackson, Kalkaska, Montmorency, Oscoda, Presque Isle, Roscommon, Sanilac, Shiawassee, St. Joseph         | \$46            | \$43               |
| <u>Condados de la región 5:</u><br>Arenac, Bay, Branch, Clinton, Genesee, Huron, Ingham, Livingston, Macomb, Oakland, Ogemaw, Saginaw, Tuscola, Washtenaw, Wayne                                      | \$34            | \$31               |

| Costo   | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <p><b>Paquete de servicios dentales y de la vista mejorados</b></p> <p><i>(beneficio complementario opcional disponible por una prima extra)</i></p> <p>Para obtener detalles, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 (<i>Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir</i>) de la Evidencia de Cobertura.</p> | \$38.00         | \$42.00            |

- Su prima del plan mensual será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditada) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 acerca de la “Ayuda Adicional” de Medicare.

## **Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo**

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

| Costo  | 2023 (este año) | 2024 (próximo año)  |
|--|-----------------|---|
| <p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red</b></p> <p>Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red.</p> | <p>\$4,900</p>  | <p>\$4,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos para el resto del año calendario.</p> <p>No hay cambio para el año de beneficios próximo.</p> |

---

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

---

Los directorios actualizados se encuentran disponibles en nuestro sitio web: [priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24). También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores/Farmacias de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores/Farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente para que podamos asistirlo.

---

### Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

---

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Paquete de servicios dentales y de la vista mejorados</b></p> | <p><u>Dental:</u><br/>Cobertura del 50% para endodoncia (tratamiento de conductos), una vez por diente cada 24 meses</p> <p>Cobertura del 50% para servicios de restauraciones importantes (coronas, restauraciones y subestructuras importantes), una vez por diente cada 84 meses</p> | <p><u>Dental:</u><br/>No ha habido cambios en los beneficios incluidos en el Paquete dental y de la vista mejorado, solo un cambio en algunas frecuencias de los beneficios. Estas se mencionan a continuación:</p> <p>Cobertura del 50% para endodoncia (tratamiento de conductos), una vez por diente, de por vida</p> <p>Cobertura del 50% para servicios de restauraciones importantes (coronas, restauraciones y subestructuras importantes), una vez por diente cada 60 meses</p> |
| <p><b>Vacunas y sueros antialérgicos</b></p>                        | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/>20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtiene en el consultorio de un proveedor.</p>  | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/>Hasta el 20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtiene en un consultorio de un proveedor.</p>   |
| <p><b>Servicios de ambulancia</b></p>                               | <p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea, cubiertos por Medicare, que no son de emergencia.</p>  | <p>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea, cubiertos por Medicare, que no son de emergencia.</p>  |

| Costo   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Consulta anual de bienestar</b></p>                       | <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Además, tiene la opción de analizar la planificación anticipada para los cuidados de salud.</p> <p>Se cubre una vez cada 12 meses.</p>   | <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Además, tiene la opción de analizar la planificación anticipada para los cuidados de salud.</p> <p>Esto se cubre <b><u>una vez por año calendario.</u></b></p>  |
| <p><b>Atención de emergencia</b></p>                            | <p><u>Dentro y fuera del área de servicio</u><br/>\$110 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>  | <p><u>Dentro y fuera del área de servicio</u><br/>\$120 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>   |
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/><b>Quimioterapia/radiación de la Parte B</b><br/>20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.<br/>20% por la administración de medicamentos de quimioterapia.</p> <p><b>Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos</b><br/>20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/><b>Quimioterapia/radiación de la Parte B</b><br/>Hasta el 20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Hasta el 20% por la administración de medicamentos de quimioterapia.</p> <p><b>Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos</b><br/>Hasta el 20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> |

| Costo  | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)   |
|--|---|--|
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> | <p><b>Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/por pedido por correo</b><br/>20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p><b>Insulina de la Parte B</b><br/>20% por la insulina de la Parte B cubierta por Medicare.</p> | <p><b>Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/por pedido por correo</b><br/>Hasta el 20% para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p><b>Insulina de la Parte B</b><br/>20% hasta un copago de \$35 por la insulina de la Parte B cubierta por Medicare.</p> |
| <p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></p>                 | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/>\$110 por cada consulta de observación cubierta por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.</p>   | <p><u>Dentro y fuera de la red</u><br/>\$120 por cada consulta de observación cubierta por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.</p>  |
| <p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p>                                   | <p>Tiene \$25 de bonificación por trimestre para usar en artículos de venta libre (OTC).</p>  | <p>Tiene \$40 de bonificación por trimestre para usar en artículos de venta libre (OTC).</p>   |
| <p><b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>         | <p><u>HMO (dentro de la red)</u><br/>Para los servicios cubiertos por Medicare por cada período de beneficio, usted paga:</p> <p>\$0 por día para los días 1-20.</p> <p>\$188 por día para los días 21-100.</p>   | <p><u>HMO (dentro de la red)</u><br/>Para los servicios cubiertos por Medicare por cada período de beneficio, usted paga:</p> <p>\$0 por día para los días 1-20.</p> <p>\$203 por día para los días 21-100.</p>  |
| <p><b>Atención de emergencia en todo el mundo</b></p>                          | <p>\$110 por cada consulta a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.</p>   | <p>\$120 por cada consulta a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.</p>  |



---

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Le enviamos una copia electrónica de nuestra “Lista de Medicamentos”. Puede obtener la “Lista de Medicamentos” completa al llamar a Servicio de Atención al Cliente o visitar nuestro sitio web ([priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24)).

Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si se ha movido su medicamento a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de Medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviaremos un folleto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también denominada “Low-Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto, llame a Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS (LIS Rider).

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del Período sin Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

**Cambios en la Etapa del deducible**

| Etapa   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de los niveles 3-5 hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétano y para viajar.</p> | <p>El deducible es de \$75 en los niveles 3-5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el mismo costo compartido que en la cobertura inicial de medicamentos en los niveles 1-2 y el costo total de medicamentos en los niveles 3-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$75 en los niveles 3-5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el mismo costo compartido que en la cobertura inicial de medicamentos en los niveles 1-2 y el costo total de medicamentos en los niveles 3-5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial**

| Etapa  | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/><i>(Minorista, suministro para 30 días)</i></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando le surten su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”. Para saber si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo para usted.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$2</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$7</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$10</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$15</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$42</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$47</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$2</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$7</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$10</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$15</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/><i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>\$42</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$47</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/> <i>(Minorista, suministro para 30 días) (continuación)</i></p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     31%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     31%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     31%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     31%<br/>                     Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/> <i>(Minorista, suministro para 90 días)</i></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para tres meses (90 días) cuando le surten su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> | <p>Su costo por un suministro de tres meses en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$21</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$30</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$45</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$126</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$141</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p>Su costo por un suministro de tres meses en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$21</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$30</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$45</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$126</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$141</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/> <i>(Minorista, suministro para 90 días) (continuación)</i></p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/>                     No disponible</p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/>                     No disponible</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/> <i>(Pedido por correo, suministro para 90 días)</i></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para tres meses (90 días) cuando le surten su receta mediante pedido por correo.</p> <p>Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedido por correo que ofrecen un costo compartido estándar y un costo compartido preferido. El costo compartido preferido para el pedido por correo se limita a nuestra farmacia de pedido por correo preferida, Express Scripts, pero puede elegir cualquier farmacia de pedido por correo de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Su costo compartido puede ser menos en Express Scripts.</p> | <p>Su costo por un suministro de tres meses en una farmacia de pedido por correo:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$21</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$45</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$105<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$141</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p>Su costo por un suministro de tres meses en una farmacia de pedido por correo:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$21</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$0<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$45</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     \$105<br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     \$141</p> <p>Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)   | 2024 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/> <i>(Pedido por correo, suministro para 90 días) (continuación)</i></p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/>                     No disponible</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del Período sin Cobertura).</p> | <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido de medicamentos preferidos:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     50%<br/>                     Usted paga \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad:</b><br/>                     No disponible</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del Período sin Cobertura).</p> |

**Cambios en las Etapas de período sin cobertura y Cobertura para Catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, Etapa del Período sin Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes, son para las personas que tienen costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa del Período sin Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes.**



**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare Value**

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente, ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan **Priority**Medicare Value.

### **Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Priority Health Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

#### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en **Priority**Medicare Value se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en **Priority**Medicare Value se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

#### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP se llama Programa de asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del MMAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al MMAP al 800.803.7174 o marque 211. [Los planes pueden introducir lo siguiente: Para obtener más información sobre el MMAP, visite su sitio web ([mmapinc.org](http://mmapinc.org)).]

## **SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, mencionamos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar 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, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien a
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
  - Change Healthcare al 1.877.817.0857, entre las 9:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-644-3244. Priority Health trabaja con MyAdvocate Change Healthcare para ayudar a los miembros a identificar y solicitar programas para los que pueden calificar. Para obtener más información, visite *MyAdvocateHelps.com*.
  - Un recurso adicional para que los miembros sepan si califican para la Ayuda Adicional de Medicare es llamar a Priority Health al 1.888.389.6648.
- **Ayuda de su programa de asistencia de medicamentos estatales.** Michigan tiene un programa llamado Programa de asistencia de medicamentos de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP) que ayuda a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP

que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 888.826.6565.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare Value

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 888.389.6648. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2024* para **Priority**Medicare Value. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web: [priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24). También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24). Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de Medicamentos*").

---

## Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)**

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La red de farmacias de **Priority**Medicare Value incluye farmacias preferidas de bajo costo limitadas en Michigan. Es posible que los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluso si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al 888.389.6648, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o consulte el directorio de farmacias en línea en [priorityhealth.com/value24](http://priorityhealth.com/value24).



---

*prioritymedicare.com*