

Aviso anual de cambios para 2025

PriorityMedicareSM D-SNP (HMO)
ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

*Para los antiguos miembros de **Priority**MedicareSM D-SNP Advantage*

Actualmente, está inscrito como miembro de **Priority**Medicare D-SNP. 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 833.939.0983 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 PriorityMedicare D-SNP

Priority Health tiene un plan D-SNP (HMO) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en PriorityMedicare D-SNP (HMO) 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 D-SNP.

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

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de **PriorityMedicare D-SNP Advantage (HMO)**. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 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 la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en priorityhealth.com/dsnp25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de la cobertura. Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan estando cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o quedará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, en 2025.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.

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 o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para recibir apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- 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 afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- 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 2025**. Esto cancelará su inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.
- Busque en la Sección 3, página 18 para conocer qué opciones tiene.
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en ella (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. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

Este documento está disponible en español de forma gratuita.

- Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al número 833.939.0983 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille y letra grande.
- **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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sobre PriorityMedicare D-SNP (HMO)

- Priority Health tiene un plan D-SNP (HMO) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)** depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Aviso Anual de Cambios para 2025

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, estará automáticamente inscrito en PriorityMedicare D-SNP (HMO) en 2025	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	7
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	9
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	17
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare D-SNP (HMO)	18
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	20
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	22
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare D-SNP (HMO)	22
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22
Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	23

Resumen de Costos Importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 para **PriorityMedicare D-SNP Advantage (HMO)** y los costos de 2025 para **PriorityMedicare D-SNP (HMO)** en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$420, excepto la insulina suministrada mediante un equipo médico duradero. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	\$420, excepto la insulina suministrada mediante un equipo médico duradero. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.
Consultas al consultorio del doctor	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$0 por consulta Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$0 por consulta Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Hospitalizaciones	Copago de \$1,800 por hospitalización durante los días 1-90 Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	Copago de \$1,800 por hospitalización durante los días 1-90 Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, paga las siguientes cantidades: Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 <p>Si no califica para la Ayuda Adicional de Medicare, pagará las siguientes cantidades: Deducible: \$545, excepto 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> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 25% del costo total del medicamento <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, paga las siguientes cantidades: Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 <p>Si no califica para la Ayuda Adicional de Medicare, pagará las siguientes cantidades: Deducible: \$590, excepto 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> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 25% del costo total del medicamento <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,500</p>	<p>\$9,350</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, estará automáticamente inscrito en PriorityMedicare D-SNP (HMO) en 2025

El 1 de enero de 2025, Priority Health Medicare cerrará el plan en el que se encuentra y lo pasará a **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**. No es necesario que haga nada. La información de este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en **PriorityMedicare D-SNP Advantage (HMO)** y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2025 como miembro de **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Si no hace nada en 2024, lo inscribiremos automáticamente en PriorityMedicare D-SNP (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, recibirá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original y recibir su cobertura de medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0	\$0

Sección 2.2 – 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 durante el año. Este límite se denomina cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B de Medicaid, no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,500</p>	<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, en priorityhealth.com/dsnp25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o solicitarnos que le enviemos un directorio, que enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2025*, priorityhealth.com/dsnp25, para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores y 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 Servicios para los Miembros para que podamos asistirlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los servicios de restauración, 4 consultas de periodoncia, extracciones simples y quirúrgicas, puentes, dentaduras postizas, anestesia, cirugía oral y maxilofacial, y una biopsia por cepillado están cubiertos.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$4,000 al año para servicios dentales preventivos y de diagnóstico. Esta cantidad se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los servicios de restauración, extracciones simples y quirúrgicas, puentes, dentaduras postizas y anestesia no están cubiertos.</p> <p>2 servicios de periodoncia, una biopsia por cepillado y la cirugía oral y maxilofacial están cubiertos.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$1,500 al año para servicios dentales preventivos y de diagnóstico. Esta cantidad se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Atención de emergencia</p>	<p><u>Dentro o fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$100 por cada consulta de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro o fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$110 por cada consulta de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio incluye acondicionamiento físico y de la memoria.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para la red de acondicionamiento físico One Pass®, que incluye acceso a más de 20,000 clases de acondicionamiento físico digitales y entrenamientos a pedido, y kits de acondicionamiento físico en el hogar (1 kit por año del plan).</p>
<p>Servicios auditivos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para audífonos “Advanced” de TruHearing (2 audífonos al año).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para audífonos “Advanced” de TruHearing (2 audífonos cada <u>2 años</u>).</p>
<p>Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño</p>	<p><u>Dentro de la red</u> El beneficio de dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño no está cubierto.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Los dispositivos de seguridad para el hogar y el baño pueden comprarse usando la bonificación mensual de PriorityFlex.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de apoyo en el hogar (PriorityCare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de apoyo en el hogar.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>El beneficio de servicios de apoyo en el hogar no está cubierto.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por comida. El beneficio puede usarse inmediatamente después de una cirugía u hospitalización.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>El beneficio de comidas no está cubierto.</p>
<p>PriorityFlex</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$106 por mes (no se transfieren) para usar en servicios públicos seleccionados (agua, alcantarillado, recolección de residuos, servicio séptico, gas, electricidad, teléfono e Internet), servicios de control de plagas, alimentos y productos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p> <p>* El miembro debe ser elegible para la Ayuda Adicional/subsidio por bajos ingresos (LIS).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$70 por mes (no se transfieren) para usar en servicios públicos seleccionados (agua, alcantarillado, recolección de residuos, servicio séptico, gas, electricidad, teléfono e Internet), servicios de control de plagas, alimentos y productos saludables, comidas y artículos de venta libre (OTC).</p> <p>Los artículos OTC y los alimentos saludables pueden comprarse en tiendas minoristas como Walgreens, Walmart, etc.</p> <p>Los artículos OTC, la entrega de comidas y los servicios de control de plagas pueden encontrarse en priorityhealth.com/OTC, llamando al 833.415.4380 o descargando la aplicación Priority Health OTC.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).</p> <p>* El miembro debe ser elegible para la Ayuda Adicional/subsidio por bajos ingresos (LIS).</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para Abridge.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Abridge no está cubierta.</p>
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para hospitalizaciones en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$203 por día para los días 21-100.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$214 por día para los días 21-100.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de transporte (de rutina)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de transporte de rutina (30 viajes sencillos al año a ubicaciones relacionadas con la salud, hasta 40 millas por viaje) en que se utilicen servicios de uso compartido de vehículo, furgonetas y transporte médico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de transporte de rutina (30 viajes sencillos al año a ubicaciones relacionadas con la salud, hasta 100 millas por viaje) en que se utilicen servicios de uso compartido de vehículo, furgonetas, transporte médico y reembolso por millajes para viajes relacionados con la salud y aprobados por el plan.</p>
<p>Servicios de atención de urgencia</p>	<p><u>Dentro o fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un 35% del costo total por cada consulta de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p><u>Dentro o fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un 35% del costo total (hasta un máximo de \$45) por cada consulta de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. En este sobre se encuentra una copia de nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que siga estando cubierto. Puede obtener la Lista de

Medicamentos completa al llamar a Servicios para los Miembros (consulte la contraportada) o visitar nuestro sitio web (priorityhealth.com/dsnp25).

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 del plan podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecer la lista de medicamentos más vigente. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, 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 o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca comercial de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión nueva del medicamento genérico del mismo nivel de costos compartidos o uno inferior y con las mismas restricciones o menos que las del medicamento de marca comercial que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinadas versiones biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que se reemplazará por una versión biosimilar, es posible que no reciba ningún aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que reciba un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original mientras hacemos el cambio, aun así recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegarle después de realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también ofrece información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros o consultarle a su proveedor de atención médica, a una persona autorizada a dar recetas o su farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa del Período sin Cobertura y el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

Además, el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura será reemplazado por el programa de descuentos para el fabricante. Bajo el programa de descuentos para el fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes bajo el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D 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>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad de su deducible es \$0 y esta etapa de pago no se aplica para usted.</p> <p>Si no recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la cantidad de su deducible es \$545.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Si recibe Ayuda Adicional, la cantidad de su deducible es \$0 y esta etapa de pago no se aplica para usted.</p> <p>Si no recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la cantidad de su deducible es \$590.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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 es:</p> <p>Nivel 1 – Todos los medicamentos cubiertos:</p> <p>Si recibe Ayuda Adicional, usted paga \$0 por receta.</p> <p>Si no califica para la Ayuda Adicional de Medicare, usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <hr/> <p>Si recibe Ayuda Adicional, una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p> <p>Si no recibe la Ayuda Adicional de Medicare, 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>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red es:</p> <p>Nivel 1 – Todos los medicamentos cubiertos:</p> <p>Si recibe Ayuda Adicional, usted paga \$0 por receta.</p> <p>Si no califica para la Ayuda Adicional de Medicare, usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

La Etapa de Cobertura para Catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes bajo el programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

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 la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	No corresponde.	<p>El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago nueva que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y que puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en PriorityMedicare D-SNP (HMO)

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 **PriorityMedicare D-SNP (HMO)**.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, 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.

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), consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)** se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en **PriorityMedicare D-SNP (HMO)** 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 o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comunicarse con Servicios para los Miembros 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.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no permitir la inscripción automática.

SECCIÓN 5 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 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otros momentos 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.

Como tiene beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, que incluyen:

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, también 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 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en ella (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. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 de 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 Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) pueden ayudarlo 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 Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al 800.803.7174 o marque 211. Para obtener más información sobre el Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP), visite su sitio web (mmapinc.org).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, comuníquese con el Departamento llamando al 517.241.3740 (TTY: 844.578.6563).

Las personas que llamen y tengan discapacidad auditiva pueden comunicarse con Michigan Relay Center llamando al 711 y preguntar por el número anterior, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte de qué forma la inscripción en otro plan o la reintegración a Medicare Original afecta la forma en que recibe la cobertura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

SECCIÓN 7 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.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, que también se denomina “Subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda Adicional” paga parte de las primas para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, 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.

- **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. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, 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 Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP) al 888.826.6565. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago nueva que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo (disponible a partir de 2025). Esta opción de pago nueva funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no a ahorrar dinero o disminuir los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa de asistencia de medicamentos estatal (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, tiene más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-845-1803 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de PriorityMedicare D-SNP (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los Miembros al 833.939.0983. (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 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para PriorityMedicare D-SNP (HMO). 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/dsnp25. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnp25. Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 8.2 – 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). 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.

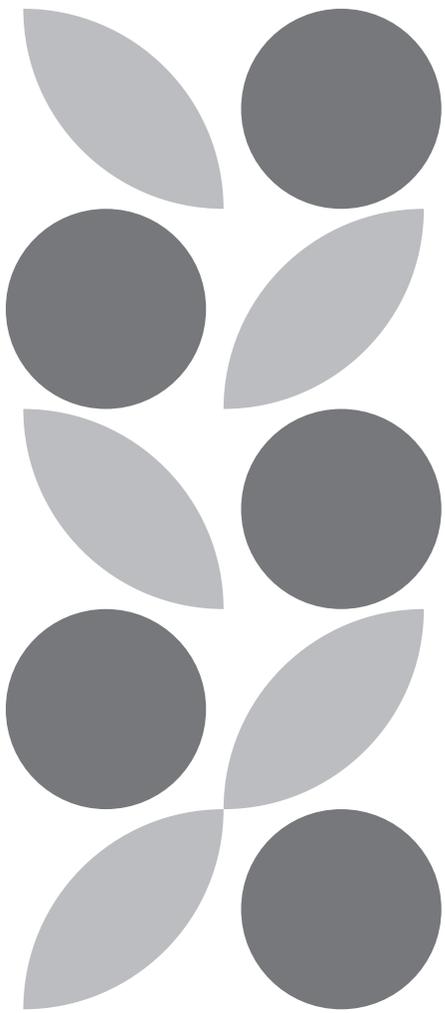
Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025)

Consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). 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 (<https://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.

Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan al 517.241.3740. Los usuarios de TTY deben llamar al 844.578.6563.

Las personas que llamen y tengan discapacidad auditiva pueden comunicarse con Michigan Relay Center al 711 y preguntar por el número anterior.



prioritymedicare.com