

## **Prominence Plus HMO** ofrecido por *Prominence Health Plan en South Texas*

# **Aviso Anual de Cambios para 2027**

Estás inscrito como miembro de Prominence Plus.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de tu plan para el próximo año.

- **Tienes del 15 de Octubre al 7 de Diciembre para hacer cambios en tu cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no te inscribes en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2026, permanecerás en Prominence Plus.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visita [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revisa la lista al final de tu manual *Medicare & You 2027*.
- Ten en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrarás más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtén una copia en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

### **Más recursos**

- Este material está disponible en inglés sin costo.
- Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de Lunes a Viernes, del 1 de Abril al 30 de Septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como letra grande, braille y audio.

### **Acerca de *Prominence Health***

- Prominence Health Plan es un HMO y un Plan de Necesidades Especiales (SNP) HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato. Consulta la Evidencia de Cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a *Prominence Health Plan*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prominence Plus.

- **Si no haces nada antes del 7 de Diciembre de 2026, quedarás inscrito automáticamente en *Prominence Plus*.** A partir del 1 de Enero de 2027, recibirás tu cobertura médica y de medicamentos a través de *Prominence Plus*. Consulta la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacer un cambio.

Y0109\_STXPLUSANOC27\_M

## Índice

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2027.....</b>                                  | <b>3</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año....</b>          | <b>6</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....                                | 6         |
| Sección 1.2 Cambios en tu cantidad máxima de gastos de tu bolsillo.....              | 6         |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....                                    | 7         |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....                                      | 8         |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....         | 9         |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....               | 12        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos<br>recetados..... | 13        |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan.....</b>                                           | <b>16</b> |
| Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan.....                                  | 17        |
| Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?.....                   | 17        |
| <b>SECCIÓN 3 Obtén ayuda para pagar tus medicamentos recetados.....</b>              | <b>18</b> |
| <b>SECCIÓN 4 ¿Preguntas?.....</b>                                                    | <b>19</b> |
| Obtén ayuda de <i>Prominence Health</i> .....                                        | 19        |
| Obtén asesoría gratuita sobre Medicare.....                                          | 19        |
| Obtén ayuda de Medicare.....                                                         | 20        |

## Resumen de costos importantes para 2027

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026<br>(este año)                                                                                                | 2027<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Tu prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulta la Sección 1.1 para más detalles.                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                                                                               | \$0                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Cantidad máxima de gastos de tu bolsillo</b><br>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagarás de tu bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulta la Sección 1.2 para más detalles.)                                                                                                                           | \$3,000                                                                                                           | \$3,000                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 por visita                                                                                                    | \$0 por visita                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Visitas al consultorio del especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$20 por visita                                                                                                   | \$20 por visita                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Estadías hospitalarias como paciente internado</b><br>Incluye diversas estadías hospitalarias como paciente internado, tales como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estadía hospitalaria como paciente internado comienza el día en que te admiten formalmente con la orden de un médico y termina el día antes de | Pagas un copago de \$50 por día durante los días 1-5<br><br>Pagas un copago de \$0 por día durante los días 6-90. | <b>Hospitales de Nivel 1:</b><br><b>Pagas un copago de \$50 por día durante los días 1-5</b><br><br><b>Pagas un copago de \$0 por día durante los días 6-90.</b><br><br><b>Hospitales de Nivel 2:</b><br><b>Pagas un copago</b> |

|                                                                                                                                                                                             | <b>2026<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| que te den de alta.                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>de \$100 por día durante los días 1-5</b></p> <p><b>Pagas un copago de \$0 por día durante los días 6-90.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br/>(Consulta la Sección 1.6 para más detalles, incluidas las Etapas de Deducible Anual, Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica.)</p> | <p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D<br/>\$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel de medicamentos 1:<br/>copago de \$0</p> <p>Nivel de medicamentos 2:<br/>copago de \$12</p> <p>Nivel de medicamentos 3:<br/>copago de \$45. Pagas \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 4:<br/>coseguro del 50%</p> <p>Nivel de medicamentos 5:</p> | <p><b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D<br/>\$0</b></p> <p><b>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 1:<br/>copago de \$0</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 2:<br/>copago de \$12</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 3:<br/>copago de \$45.<br/>Pagas \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 4:<br/>coseguro del 50%</b></p> |

|  | <b>2026<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>coseguro del 33%.<br/>Pagas \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 6:<br/>copago de \$0</p> <p>Etapas de Cobertura Catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p> | <p><b>Nivel de medicamentos 5:<br/>coseguro del 33%.<br/>Pagas \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 6:<br/>copago de \$0</b></p> <p><b>Etapas de Cobertura Catastrófica:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</b></p> |

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

|                                                                                                                                                       | 2026<br>(este año) | 2027<br>(el próximo año)                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debes seguir pagando tu prima de la Parte B de Medicare.)                                                   | \$0                | <b>\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios</b> |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b><br>Esta cantidad se descontará de tu prima de la Parte B. Esto significa que pagarás menos por la Parte B. | \$5                | <b>\$0</b>                                                  |

### Factores que podrían cambiar la cantidad de tu prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía** - La prima mensual de tu plan será *mayor* si tienes que pagar una multa vitalicia por inscripción tardía en la Parte D por haber estado 63 días o más sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable).
- **Recargo por ingresos más altos** - Si tienes ingresos más altos, es posible que tengas que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en tu cantidad máxima de gastos de tu bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto pagas de tu bolsillo durante el año. Este límite se llama cantidad máxima de gastos de tu bolsillo. Una vez que hayas pagado esta cantidad, por lo general no pagarás nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(este año) | 2027<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cantidad máxima de gastos de tu bolsillo</b><br>Tus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>cuentan</b> para tu cantidad máxima de gastos de tu bolsillo.<br>Tus costos por medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para tu cantidad máxima de gastos de tu bolsillo. | \$3,000            | <b>\$3,000</b><br><br><b>Una vez que hayas pagado \$3,000 de tu bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagarás nada por tus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b> |

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revisa el *Directorio de Proveedores* [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) de 2027 para ver si tus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Así puedes obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visita nuestro sitio web en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com).
- Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Nota: Nuestro Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias pueden combinarse en un solo documento. Si corresponde, recibirás un directorio combinado.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de tu plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores te afecta, llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para más información sobre tus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulta el Capítulo 3, Sección 2.3 de tu *Evidencia de Cobertura*.

## Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que pagas por tus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que uses. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, tus recetas están cubiertas *solo* si las surtes en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revisa el *Directorio de Farmacias* [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) de 2027 para ver qué farmacias están en nuestra red. Así puedes obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visita nuestro sitio web en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com).
- Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Nota: Nuestro Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias pueden combinarse en un solo documento. Si corresponde, recibirás un directorio combinado.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de tu plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias te afecta, llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

## Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

|                           | <b>2026<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios dentales</b> | <p>Este plan dental pagará hasta \$3,500 como límite combinado máximo de cobertura del plan por año calendario.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</li> <li>• Radiografías dentales (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</li> <li>• Limpieza (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</li> <li>• Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: copago de \$0</li> <li>• Coronas e implantes: No cubierto</li> <li>• Endodoncia: copago de \$0</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia: copago de \$0</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial:</li> </ul> | <p><b>Este plan dental pagará hasta \$2,600 como límite combinado máximo de cobertura del plan por año calendario.</b></p> <p><b>Servicios dentales preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exámenes bucales (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</b></li> <li>• <b>Radiografías dentales (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</b></li> <li>• <b>Limpieza (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</b></li> <li>• <b>Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</b></li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de restauración: coseguro mín. 0% / máx. 50%</b></li> <li>• <b>Coronas e implantes: No cubierto</b></li> <li>• <b>Endodoncia: coseguro mín. 0% / máx. 50%</b></li> <li>• <b>Periodoncia: coseguro mín. 0% / máx. 50%</b></li> <li>• <b>Prostodoncia:</b></li> </ul> |

|                                             | <b>2026<br/>(este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | <p>copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios generales complementarios : copago de \$0</li> </ul> <p>Debes usar la red de proveedores de Liberty Dental.<br/>Visita <a href="https://www.ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a> o llama a nuestro equipo de Servicios para Miembros para encontrar un dentista.</p> | <p><b>coseguro mín. 10% / máx. 50%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirugía oral y maxilofacial: coseguro mín. 0% / máx. 50%</b></li> <li>• <b>Servicios generales complementarios: coseguro mín. 0% / máx. 50%</b></li> </ul> <p><b>Debes usar la red de proveedores de Liberty Dental.<br/>Visita <a href="https://www.ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a> o llama a nuestro equipo de Servicios para Miembros para encontrar un dentista.</b></p> |
| <b>Tarjeta de Beneficio Adicional (OTC)</b> | <p>\$175 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>\$150 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables.</b></p> <p><b>Puedes usar la misma tarjeta OTC el próximo año. Para ver una lista de catálogos en línea y tiendas participantes, visita <a href="https://www.andmorehealth.com">andmorehealth.com</a></b></p>                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                 | <b>2026<br/>(este año)</b>                                                                                    | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estadía de cuidados agudos como paciente internado cubierta por Medicare</b> | Pagas un copago de \$50 por día durante los días 1-5                                                          | <p><b>Pagas un copago de \$50 por día para el Nivel 1 durante los días 1-5</b></p> <p><b>Pagas un copago de \$100 por día para el Nivel 2 durante los días 1-5</b></p>                                                      |
| <b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>                                     | Pagas un copago de \$115 por visita por todos los Servicios Hospitalarios Ambulatorios cubiertos por Medicare | <p><b>Pagas un copago de \$25 por visita por los Servicios de cuidado de heridas.</b></p> <p><b>Pagas un copago de \$200 por visita por todos los demás Servicios Hospitalarios Ambulatorios cubiertos por Medicare</b></p> |
| <b>Tecnología de acceso remoto</b>                                              | Pagas un copago de \$0 por visita                                                                             | <b>No cubierto</b>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare</b>                   | Pagas un copago de \$0 por visita                                                                             | <b>No cubierto</b>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de telemonitoreo</b>                                               | Pagas un copago de \$0 por visita                                                                             | <b>No cubierto</b>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Transporte - Viajes relacionados con la salud aprobados por el plan</b>      | 96 viajes de ida por año                                                                                      | <b>24 viajes por año</b>                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                | <b>2026<br/>(este año)</b>  | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Asignación para la vista (anteojos, armazones o lentes, o un par de lentes de contacto)</b> | Asignación de \$500 por año | <b>Asignación de \$200 por año</b> |

## Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revisa la Lista de Medicamentos para asegurarte de que tus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si tu medicamento pasó a un nivel diferente de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que te afecten durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte tu acceso a un medicamento que estás tomando, te enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si te afecta un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revisa el Capítulo 9 de tu *Evidencia de Cobertura* y habla con quien te receta para conocer tus opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o buscar un medicamento nuevo. Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2027, podemos eliminar de inmediato de nuestra Lista de Medicamentos los medicamentos de marca o los productos biológicos

originales si los reemplazamos con nuevos genéricos o con ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o con menos. Además, al agregar una versión nueva, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de Medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos, agregar restricciones nuevas o ambas cosas.

Por ejemplo: Si tomas un medicamento de marca o un producto biológico que se está reemplazando por una versión genérica o biosimilar, es posible que no recibas un aviso del cambio con 30 días de anticipación ni antes de recibir un suministro de un mes del medicamento de marca o del producto biológico. Podrías recibir información sobre el cambio específico después de que ya se haya hecho.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para ti. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulta el Capítulo 12 de tu *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también ofrece información para el consumidor sobre los medicamentos. Visita el sitio web de la FDA: [www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o preguntarle a tu proveedor de atención médica, a quien te receta o a tu farmacéutico para obtener más información.

## **Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados**

### **¿Recibes Ayuda Adicional para pagar los costos de tu cobertura de medicamentos?**

Si estás en un programa que ayuda a pagar tus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no aplique en tu caso**. Te enviamos un material aparte, llamado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados*, que te informa sobre los costos de tus medicamentos. Si recibes Ayuda Adicional y no recibes este material antes del 1 de Octubre de 2026, llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pide la *Cláusula Adicional de LIS*.

### **Etapas de pago de medicamentos**

Hay 3 etapas de pago de medicamentos: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- ***Etapas 1: Deducible Anual***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no aplica en tu caso.

- ***Etapas 2: Cobertura Inicial***

En esta etapa, tu plan paga su parte del costo de tus medicamentos y tú pagas tu parte del costo. Por lo general, permaneces en esta etapa hasta que tus costos totales de medicamentos en lo que va del año alcancen \$2,400.

- ***Etapas 3: Cobertura Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permaneces en esta etapa durante el resto del año calendario.

### **Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual**

La tabla muestra tu costo por receta durante esta etapa.

|                        | <b>2026<br/>(este año)</b>                                          | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>                                          |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica en tu caso. | <b>Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica en tu caso</b> |

### **Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial**

Para los medicamentos del Nivel 4, tus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial cambian de un copago a un coseguro. La tabla muestra tu costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en un nivel diferente, búscalos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para

adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para ti. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas por pedido por correo, consulta el Capítulo 6 de tu *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que hayas pagado \$2,400 de tu bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

|                                           | <b>2026<br/>(este año)</b>   | <b>2027<br/>(el próximo año)</b>    |
|-------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Nivel 1 - Genérico preferido</b>       | Pagas \$0 por receta         | <b>Pagas \$0 por receta</b>         |
| <b>Nivel 2 - Genérico</b>                 | Pagas \$12 por receta        | <b>Pagas \$12 por receta</b>        |
| <b>Nivel 3 - Marca preferida</b>          | Pagas \$45 por receta        | <b>Pagas \$45 por receta</b>        |
| <b>Nivel 4 - Medicamento no preferido</b> | Pagas el 50% del costo total | <b>Pagas el 50% del costo total</b> |

|                                           | 2026<br>(este año)           | 2027<br>(el próximo año)            |
|-------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Nivel 5 - Especialidad</b>             | Pagas el 33% del costo total | <b>Pagas el 33% del costo total</b> |
| <b>Nivel 6 - Medicamentos Select Care</b> | Pagas \$0 por receta         | <b>Pagas \$0 por receta</b>         |

## SECCIÓN 2    Cómo cambiar de plan

**Para quedarte en *Prominence Plus* no necesitas hacer nada.** A menos que te inscribas en un plan diferente o cambies a Medicare Original antes del 7 de Diciembre, quedarás inscrito automáticamente en nuestro Prominence Plus.

Si quieres cambiar de plan para 2027, sigue estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbete en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente tu inscripción en *Prominence Plus*. Recuerda que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, ten en cuenta que, en muchos planes, no puedes inscribirte en un plan de salud de Medicare y comprar al mismo tiempo un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbete en un nuevo plan independiente de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente tu inscripción en *Prominence Plus*.
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puedes enviarnos una solicitud por escrito para

cancelar tu inscripción. Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llama a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pide que cancelen tu inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pagues una multa por inscripción tardía en la Parte D.

- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visita [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulta el manual *Medicare & You 2027*, llama a tu Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud o llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de Octubre al 7 de Diciembre** de cada año.

Si te inscribiste en un plan Medicare Advantage para el 1 de Enero de 2027 y no te gusta la opción de plan que elegiste, puedes cambiarte a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarte a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2027.

## Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura del empleador o la están dejando
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si te mudaste recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vives actualmente en una, puedes cambiar tu cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puedes cambiarte a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarte a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si saliste recientemente de una institución, tienes la

oportunidad de cambiar de plan o cambiarte a Medicare Original durante los 2 meses completos después del mes en que te mudaste.

## **SECCIÓN 3      Obtén ayuda para pagar tus medicamentos recetados**

---

Es posible que califiques para recibir ayuda para pagar tus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si calificas, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de tus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si calificas, llama a:
  - o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - o El Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de Lunes a Viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - o La Oficina de Medicaid de tu estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) de tu estado.** Texas tiene un programa llamado Texas State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, comunícate con tu Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. Para obtener el número de teléfono de tu estado, visita [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llama al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con los costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en tu estado, debes cumplir ciertos criterios, incluidos comprobante de residencia en el estado y de tu estado de VIH, bajos ingresos según la definición del estado y no tener seguro o tenerlo de forma insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos de recetas a través del Texas State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). Para obtener

información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirte en el programa o, si ya estás inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llama al 1-800-255-1090 o al 1-737-255-4300. Cuando llames, asegúrate de informarles el nombre o el número de póliza de tu plan de la Parte D de Medicare.

## SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

---

### Obtén ayuda de *Prominence Health*

- **Llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de Lunes a Viernes, del 1 de Abril al 30 de Septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.]

- **Lee tu *Evidencia de Cobertura de 2027***

Este *Aviso Anual de Cambios* te ofrece un resumen de los cambios en tus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulta la *Evidencia de Cobertura de 2027 para Prominence Plus*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de tu plan. Explica tus derechos y las reglas que debes seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtén la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llama a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que te enviemos una copia por correo.

- **Visita [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com)**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario/Lista de Medicamentos).

### Obtén asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

Llama al Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) para recibir asesoría personalizada y gratuita sobre seguros de salud. Pueden ayudarte a entender tus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llama al Health

Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) al 1-800-252-9240.

## Obtén ayuda de Medicare

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

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

- **Chatea en vivo con [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Puedes chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escribe a Medicare**

Puedes escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visita [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones por Estrellas de calidad para ayudarte a comparar los planes de salud de Medicare en tu área.

- **Lee *Medicare & You 2027***

El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtén una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.