

## ***Prominence Diabetes and Heart Giveback HMO C-SNP*** ofrecido por *Prominence Health Plan* en el condado de Washoe, Nevada

### **Aviso anual de cambios para 2026**

Estás inscrito como miembro de Prominence Diabetes y Heart Giveback.

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

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Prominence Diabetes and Heart Giveback.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista al final de su manual *Medicare & You 2026*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llame 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 de forma gratuita en español.
- Para más información, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 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 una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de HMO con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad.
- Cuando este material menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a *Prominence Health Plan*. Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a Prominence Diabetes and Heart Giveback.
- El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de *Prominence Heart HMO C-SNP* a *Prominence Diabetes and Heart Giveback HMO C-SNP*. Le enviaremos una

nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nuevo nombre. A partir de ahora, nuestro nuevo nombre, *Prominence Diabetes and Heart Giveback HMO C-SNP*, aparecerá en todos los materiales.

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en *Prominence Diabetes and Heart Giveback*.** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de *Prominence Diabetes and Heart Giveback*. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacerlo.

Y0109\_WSHCSNPANOC26\_M

## Tabla de contenido

<b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</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 del plan mensual .....	6
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso personal .....	6
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores .....	7
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias .....	7
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 recetados .....	13
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes .....</b>	<b>18</b>
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes .....	19
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? .....	19
<b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 ¿Preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Obtenga ayuda de <i>Prominence Health</i> .....	21
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....	21
Obtenga ayuda de Medicare .....	22

## Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<p><b>Prima del plan mensual*</b></p> <p>* Su prima puede ser superior a este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p><b>Monto máximo de desembolso personal</b></p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	\$2,400	\$2,400
<p><b>Visitas al consultorio de atención primaria</b></p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p><b>Visitas al consultorio de especialistas</b></p>	Copago de \$0 a \$35 por visita	<b>Copago de \$0 a \$35 por visita</b>
<p><b>Estancias hospitalarias para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Incluye servicios de hospitalización aguda, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden</p>	<p>Hospitales de nivel 1: paga \$50 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90.</p>	<p><b>Hospitales de nivel 1: paga \$50 de copago por día para los días 1 a 5</b></p> <p><b>Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (al año que viene)</b>
médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.	<p>Hospitales de nivel 2: usted paga un copago de \$150 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90.</p>	<p><b>Hospitales de nivel 2: usted paga un copago de \$150 por día para los días 1 a 5.</b></p> <p><b>Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90.</b></p>
<p><b>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</b></p> <p>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	\$0	<p><b>\$150, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</b></p>
<p><b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b></p> <p>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).</p>	<p>Copago/ coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: copago de \$0</p> <p>Medicamentos de nivel 2: copago de \$12</p> <p>Nivel 3 de medicamento: copago de \$45 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de nivel 4: copago de \$100</p> <p>Medicamentos de nivel 5: 33% de coaseguro. Usted paga \$35 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.</p>	<p><b>Copago/ coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 1: copago de \$0</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 2: copago de \$12</b></p> <p><b>Nivel 3 de medicamento: copago de \$45 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 4: copago de \$100</b></p> <p><b>Medicamentos de nivel 5: 31% de coaseguro. Usted paga \$35 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (al año que viene)</b>
	<p>Nivel 6: Copago de \$0</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p>	<p><b>Nivel 6: Copago de \$0</b></p> <p><b>Etapa de cobertura catastrófica:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></p>

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

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

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Prima del plan mensual</b> (También debe continuar pagando su 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> Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$0	<b>\$25</b>
<b>Prima adicional por beneficios suplementarios opcionales – Dental \$7,500 Asignación anual</b>	\$59	<b>No cubierto</b>

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

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos: si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para la cobertura de medicamentos de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso personal

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo anualmente. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal. Una vez pagado este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<p><b>Monto máximo de desembolso personal</b></p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>se cuentan</b> para su monto máximo de desembolso personal.</p> <p>Los costos de sus medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para su monto máximo de desembolso personal.</p>	\$2,400	<p><b>\$2,400 No hay cambios para el próximo año de beneficios</b></p> <p><b>Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b></p>

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores de 2026*. [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) Para ver si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado, siga estos pasos:

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

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

### Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

El monto que paga por sus medicamentos recetados puede depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la

mayoría de los casos, sus recetas *solo están cubiertas* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias 2026* en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Para obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado, siga estos pasos:

- Visite nuestro sitio web en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com).
- Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame 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

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Servicios dentales</b>	<p>Este plan dental pagará hasta \$2,000 de límite combinado de cobertura máxima del plan por año calendario.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</li> <li>• Radiografías dentales (hasta 2 visitas al año): Copago de \$0</li> <li>• Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</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 \$50 a \$100</li> <li>• Coronas: copago de \$50 a \$100</li> <li>• Endodoncia: copago de \$100</li> <li>• Periodoncia: copago de \$50 a \$100</li> <li>• Prótesis: copago de \$50 a \$100</li> </ul>	<p><b>Este plan dental pagará hasta \$2,000 de límite combinado de cobertura máxima del plan por año calendario.</b></p> <p><b>Servicios dentales preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</b></li> <li>• <b>Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): Copago de \$0</b></li> <li>• <b>Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</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 del 10% al 50%</b></li> <li>• <b>Coronas: No cubiertas</b></li> <li>• <b>Endodoncia: 50% de coseguro</b></li> <li>• <b>Periodoncia: coseguro del 10% al 50%</b></li> <li>• <b>Prótesis: coseguro del 10% al 50%</b></li> </ul>

	<p><b>2025 (este año)</b></p>	<p><b>2026 (al año que viene)</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía oral y maxilofacial: copago de \$50 a \$100</li> <li>• Servicios generales complementarios: copago de \$0 a \$50</li> </ul> <p>Debe utilizar la red de proveedores de FCL Dental.</p> <p>Visite <a href="http://ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a> al o llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para encontrar un dentista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirugía Oral y Maxilofacial: Coaseguro del 10% al 50%</b></li> <li>• <b>Servicios generales complementarios: coseguro del 10% al 50%</b></li> </ul> <p><b>Debe utilizar la red de proveedores de FCL Dental.</b></p> <p><b>Visite <a href="http://ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a> al o llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para encontrar un dentista.</b></p>
<p><b>Servicios dentales: beneficios complementarios opcionales</b></p>	<p>Subsidio anual de \$7,500</p> <p>Servicios de implantes: Cubiertos</p>	<p><b>No cubierto</b></p> <p><b>Servicios de implantes: No cubiertos</b></p> <p><b>Si el plan de atención está en curso, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para obtener ayuda.</b></p>

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (al año que viene)</b>
<b>Tarjeta de beneficios adicionales (OTC)</b>	\$110 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos.	<p><b>\$45 por trimestre para alimentos. \$45 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).</b></p> <p><b>Recibirá una nueva tarjeta OTC por correo.</b></p> <p><b>Los productos de venta libre están disponibles a través de un catálogo en línea en <a href="http://andmorehealth.com">andmorehealth.com</a> o llamando al 855-AND-MORE. También puede visitar el sitio web <a href="http://ProminenceMedicare.com">ProminenceMedicare.com</a> para obtener un catálogo de productos de venta libre actualizado de 2026. Hay alimentos disponibles en la tienda.</b></p>
<b>Comidas a domicilio – Post hospitalización</b>	42 comidas durante un período de 14 días	<b>63 comidas durante un período de 21 días</b>
<b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b>	Usted paga un copago de \$140 por visita por atención de emergencia cubierta por Medicare.	<b>Usted paga un copago de \$150 por visita por atención de emergencia cubierta por Medicare.</b>

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Estadía cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Copago de \$20 por día para los días 1 a 20 Copago de \$214 por día para los días 21 a 100	<b>Copago de \$20 por día para los días 1 a 20</b> <b>Copago de \$218 por día para los días 21 a 100</b>
<b>Servicios de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga un copago de \$125 por visita.	<b>Usted paga un copago de \$150 por visita.</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 denomina formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia electrónica de nuestra Lista de Medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos o su traslado a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afecten durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecerle la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, nosotros Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de Medicamentos si los reemplazamos con nuevos medicamentos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original se encuentran en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al añadir una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de Medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas.

Por ejemplo: si toma un medicamento de marca o un producto biológico que está siendo reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba la notificación del cambio con 30 días de anticipación o antes de recibir el suministro para un mes del medicamento de marca o producto biológico. Podría recibir información sobre el cambio específico después de que este ya se haya implementado.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían 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 (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Visite 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 puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consultar con su proveedor de atención médica, médico que receta medicamentos o farmacéutico para obtener más información.

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

### **¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?**

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un material aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 1 de octubre de 2025, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo de LIS*.

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

Hay **3 Etapas de pago de medicamentos**: Etapa de Deducible Anual, Etapa de Cobertura Inicial y Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

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

Comienzas en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, pagas el costo total de tus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

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

Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan cubre la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año hasta la fecha alcancen los \$2100.

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

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento por Brecha de Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. Con este programa, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento de Fabricantes no se consideran para los gastos de bolsillo.

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

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Deducible anual</b>	\$0	<b>\$150</b>  <b>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 por los medicamentos del Nivel 1, un copago de \$12 por los medicamentos del Nivel 2, un copago de \$45 por los medicamentos del Nivel 3 y un copago de \$0 por los medicamentos del Nivel 6. Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</b>

### Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes (30 días) abastecido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno. Para obtener más información sobre el costo de las vacunas, un suministro a largo plazo o recetas médicas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 Si paga de su bolsillo los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (al año que viene)</b>
<b>Nivel 1 – Genérico preferido</b>	Usted paga \$0 por receta	<b>Usted paga \$0 por receta</b>
<b>Nivel 2 – Genérico</b>	Usted paga \$12 por receta	<b>Usted paga \$12 por receta</b>
<b>Nivel 3 – Marca preferida</b>	Usted paga \$45 por receta	<b>Usted paga \$45 por receta</b>
<b>Nivel 4 – Medicamento no preferido</b>	Usted paga \$100 por receta	<b>Usted paga \$100 por receta</b>
<b>Nivel 5 – Especialidad</b>	Pagas el 33% del coste total	<b>Usted paga el 31% del costo total</b>

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta</b>	Usted paga \$0 por receta	<b>Usted paga \$0 por receta</b>

### Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

**Si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
<b>Requisitos de elegibilidad para <i>Prominence Diabetes and Heart Giveback</i> HMO C-SNP: Condiciones que debe cumplir para unirse al plan</b>	Trastornos cardiovasculares y/o insuficiencia cardíaca crónica	<b>Diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares</b>
<b>Plan de pago de recetas de Medicare</b>	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año	<b>Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y</b>

	2025 (este año)	2026 (al año que viene)
	y le ayuda a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	<p><b>permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</b></p> <p><b>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b></p>

### SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

**Para permanecer en el programa *Prominence Diabetes and Heart Giveback*, no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro programa Prominence Diabetes and Heart Giveback.

Si desea cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en *Prominence Diabetes and Heart Giveback* se cancelará automáticamente.**
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en *Prominence Diabetes and Heart Giveback* se cancelará automáticamente.**
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame 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 bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite su cancelación. Los usuarios de TTY pueden

llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.

- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2026*, llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico de su estado o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

### Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, las personas que:

- Tiene Medicaid
- Obtenga ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tiene o está dejando la cobertura del empleador
- Mudarse fuera del área de servicio de nuestro plan

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o reside actualmente en ella, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare independiente) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

## SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

---

Podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional para cubrir sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría cubrir hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
  - 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.
  - Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda de la farmacéutica de su estado Programa de Asistencia para el Seguro Médico (SPAP).** Nevada cuenta con un programa llamado SeniorRx que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) Ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos para el ADAP tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través de la Oficina de VIH/SIDA de Nevada. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 702-274-2453. Al llamar, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** Este plan es una opción de pago que se integra con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede**

**ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en la opción de pago del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## **SECCIÓN 5 ¿Preguntas?**

---

### **Obtenga ayuda de *Prominence Health***

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

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a 20:00 horas, 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.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026 para Prominence Diabetes and Heart Giveback*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le 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).

### **Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En *Nevada*, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Medicare de Nevada.

Llame al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos Medicare de Nevada para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos Medicare de Nevada al 1-800-307-4444.

## Obtenga ayuda de Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, 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)**

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

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare al apartado postal 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 de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a los beneficiarios de Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga 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.