

## ***Prominence Plus (HMO-POS) ofrecido por Prominence Health Plan***

### **Aviso anual de cambios para el 2020**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Prominence Plus (HMO)*. El próximo año, se introducirán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto, se le brinda información sobre dichos cambios.*

- **Podrá hacer cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- 

#### **Próximos pasos**

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

- Compruebe qué cambios se introducirán en nuestros beneficios y costos y si se aplican a usted.
  - Es importante que revise su cobertura en este momento para asegurarse de que satisface sus necesidades para el año próximo.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
  - Consulte la Sección “Resumen de costos importantes para el 2020” y la Sección 2 para obtener más información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Compruebe los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que se detallan en el folleto y vea si se aplican a usted.
  - ¿Sus medicamentos están cubiertos?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, por ejemplo, requiere nuestra aprobación antes de surtir su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar dichas farmacias?
  - Consulte el Listado de medicamentos del 2020 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que el costo de sus medicamentos haya aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas más económicas disponibles para usted. De esta manera, podrá ahorrar en los costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos paneles se detallan los fabricantes que han aumentado los precios, y se muestra otra información sobre el precio de

los medicamentos año por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden modificarse los costos de sus medicamentos.

- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que ve habitualmente, están en nuestra red?
  - ¿Los hospitales que visita y otros proveedores que consulta también están en nuestra red?
  - Consulte la Sección 2.3 y 2.4 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
  - ¿Cuáles serán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles correspondientes?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense en si está conforme con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos).
  - Consulte el listado que se encuentra en la parte posterior del manual *Medicare & You (Medicare y usted)*.
  - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que seleccione entre las opciones su plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si desea **conservar** *Prominence Plus (HMO-POS)*, no tiene que hacer nada. Permanecerá inscrito en *Prominence Plus (HMO-POS)*.
- Si desea inscribirse en **otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá inscrito en *Prominence Plus (HMO-POS)*.

- Si cambia de plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en idioma español y vietnamita.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-855-969-5882. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Este documento está disponible en otros formatos, como en letra grande y braille.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de salud habilitante (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida estipulado en la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

### **Acerca de *Prominence Plus (HMO-POS)***

- Prominence Health Plan es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.
- El uso de “nosotros”, “nuestro” o “nos” en el presente folleto refiere a *Prominence Health Plan*. El uso de “plan” o “nuestro plan” refiere a *Prominence Plus (HMO-POS)*.

## Resumen de costos importantes para el 2020

En la siguiente tabla, se comparan los costos de *Prominence Plus (HMO-POS)* para el 2019 y el 2020 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser superior o inferior que este monto. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1.	\$0	\$0 (Igual que en el 2019)
<b>Deducible</b>	\$0	\$0 (Igual que en el 2019)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.2).	\$4,900	\$4,600
<b>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita  Visitas a un especialista: \$45 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita (Sin cambios)  Visitas a un especialista: <b>Visitas de atención</b> dentro de la red: \$30 por visita  <b>Fuera de la red:</b> 40% de coseguro por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Estadías en hospital</b> Incluye hospitales de agudos, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con una orden del médico. Su último día como paciente hospitalizado es el día anterior a recibir el alta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$370 por día los días 1 a 5.</p> <p>Un copago de \$0 por día los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 a partir del día 91.</p>	<p>Usted paga un copago de \$280 por día los días 1 a 5.</p> <p>Un copago de \$0 por día los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 a partir del día 91. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.6).</p>	<p>Deducible: \$255 (solo se aplica a los Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/coseguro (para suministro de un mes) durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1 Genérico preferencial: \$3</li> <li>• Medicamento de Nivel 2 Genérico: \$13</li> <li>• Medicamento de Nivel 3 Marca preferencial: \$47</li> <li>• Medicamento de Nivel 4 Medicamento no preferencial: \$100</li> <li>• Medicamento de Nivel 5 Especialidad: 28% del costo total</li> <li>• Medicamento de Nivel 6 Medicamentos de atención seleccionados: \$0</li> </ul>	<p>Deducible: Ninguno</p> <p>Copago/coseguro (para suministro de un mes) durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1 Genérico preferencial: \$0</li> <li>• Medicamento de Nivel 2 Genérico: \$13 (Sin cambios)</li> <li>• Medicamento de Nivel 3 Marca preferencial: \$35</li> <li>• Medicamento de Nivel 4 Medicamento no preferencial: \$100 (Sin cambios)</li> <li>• Medicamento de Nivel 5 Especialidad: 33% del costo total</li> <li>• Medicamento de Nivel 6 Medicamentos de atención seleccionados: \$0 (Sin cambios)</li> </ul>

## **Aviso anual de cambios para el 2020**

### **Índice**

<b>Aviso anual de cambios para el 2020</b> .....	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan</b> .....	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año</b> .....	<b>5</b>
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo .....	6
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores .....	6
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias .....	7
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos .....	7
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	22
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos</b> .....	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 4 Selección del plan</b> .....	<b>27</b>
Sección 4.1: Si desea permanecer en <i>Prominence Plus (HMO-POS)</i> .....	27
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan .....	27
<b>SECCIÓN 5 Fecha límite para el cambio de plan</b> .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b> .....	<b>29</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que brindan ayuda para el pago de medicamentos recetados</b> .....	<b>29</b>
<b>SECCIÓN 8 Preguntas</b> .....	<b>30</b>
Sección 8.1: Ayuda de <i>Prominence Plus (HMO-POS)</i> .....	30
Sección 8.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	31

## SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de *Prominence Plus (HMO)* a *Prominence Plus (HMO-POS)*.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación con el nuevo nombre, *Prominence Plus (HMO-POS)*.

**Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2019, lo inscribiremos automáticamente a *Prominence Plus (HMO-POS)*.** Esto significa que, desde el 1 de enero de 2020, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de *Prominence Plus (HMO-POS)*. Si lo desea, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare. También puede cambiarse a Medicare Original. Si desea cambiarse, puede hacerlo entre el 1 de enero y el 31 de marzo. También puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para obtener ayuda adicional, podría tener la posibilidad de cambiar de plan en otros momentos.

La información que se incluye en este documento le dice las diferencias entre sus beneficios actuales en *Prominence Plus (HMO)* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2020 como miembro de *Prominence Plus (HMO-POS)*.

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

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		(Igual que en el 2019)

- La prima mensual de su plan será *mayor* si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D si pasó al menos 63 días sin otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.



- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados.

## Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Con el objetivo de protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud restrinjan la cantidad de dinero que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “monto máximo de gastos de bolsillo”. En general, cuando alcanza este monto, no debe pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se contabilizan en el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos recetados no se contabilizan en el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$4,900	\$4,600  Una vez que haya pagado \$4,600 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

## Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

El año próximo, se introducirán cambios en nuestra red de proveedores. Puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos el Directorio de Proveedores y Farmacias por correo. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para el 2020 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que sus proveedores podrían abandonar el plan. Si su médico o especialista abandona su plan, se le garantizan algunos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos en la medida de lo razonable por notificarlo con un mínimo de 30 días de anticipación si su proveedor ha decidido abandonar nuestro plan, de modo que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que sus necesidades de atención médica estén siempre satisfechas.
- Si sigue un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si considera que no le hemos brindado acceso a un proveedor calificado en reemplazo de su antiguo proveedor o que el manejo de su atención no es adecuado, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y manejar su atención.

---

## Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia donde los obtiene. Los planes de cobertura de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El año próximo, se introducirán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos el Directorio de Proveedores y Farmacias por correo. **Le recomendamos enfáticamente que revise nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias actual para ver si su farmacia sigue estando en nuestra red.**

---

## Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

---

El año próximo, se introducirán cambios en nuestra cobertura de algunos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto debe pagar)* en su *Evidencia de cobertura para el 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Acupuntura</b>	La acupuntura <u>no</u> está cubierta.	La acupuntura <u>no</u> está cubierta. (Sin cambios)
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Usted paga un copago de \$310 por tramo de transporte.</p> <p>Se aplica un copago por tramo. Un tramo equivale al transporte en ambulancia a la instalación apropiada más cercana. Se incurre en otro tramo si luego se transporta al beneficiario en ambulancia a otra instalación. Se requiere autorización previa para transporte que no es de emergencia.</p> <p>El copago no se aplica si se lo admite en el hospital.</p>	<p>Usted paga un copago de \$310 por tramo de transporte. (Sin cambios)</p> <p>Se aplica un copago por tramo. Un tramo equivale al transporte en ambulancia a la instalación apropiada más cercana. Se incurre en otro tramo si luego se transporta al beneficiario en ambulancia a otra instalación. Se requiere autorización previa para transporte que no es de emergencia. (Sin cambios)</p> <p>El copago no se aplica si se lo admite en el hospital. (Sin cambios)</p>
<b>Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de \$250 por los servicios en centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$250 por los servicios en centros quirúrgicos ambulatorios. (Sin cambios)</p> <p>Se requiere autorización previa. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	<p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de rehabilitación cardíaca o los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por los servicios de rehabilitación cardíaca o los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p>Se requiere autorización previa (Sin cambios).</p>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las visitas a partir de las 10 visitas durante el año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. (Sin cambios)</p> <p>Límite de 12 visitas durante el año.</p>
<b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b>	<p>Usted paga un copago de \$45 por la atención dental que no sea de rutina con cobertura de Medicare requerida para tratar enfermedades o lesiones.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la atención dental que no sea de rutina con cobertura de Medicare requerida para tratar enfermedades o lesiones.</p> <p>No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.</p>
<b>Servicios dentales (preventivos e integrales)</b>	<p><u>Servicios dentales preventivos</u> Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p><b><u>Nuevo para el 2020</u></b></p> <p><u>Para los servicios dentales preventivos</u>, el plan permite \$500 que se contabilizan para los siguientes servicios cubiertos:</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• limpieza dental, una vez cada seis meses</li> <li>• examen bucal, una vez al año</li> <li>• radiografías dentales, una vez al año</li> </ul> <p>No hay deducible, copago o coseguro por servicios dentales preventivos.</p> <p>No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.</p> <p><u>En el caso de los servicios dentales integrales,</u> los miembros pueden optar por una cobertura dental complementaria opcional (se aplica una prima mensual de \$23).</p> <p>Los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de reparación</li> <li>• endodoncia</li> <li>• periodoncia</li> <li>• extracciones</li> <li>• prostodoncia</li> <li>• otras cirugías bucales/maxilofaciales</li> <li>• otros servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• limpieza dental, una vez cada seis meses</li> <li>• examen bucal, una vez al año</li> <li>• radiografías, una vez al año</li> <li>• tratamiento con flúor, dos veces al año</li> </ul> <p>No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.</p> <p><u>Para los servicios dentales integrales,</u> el plan permite \$1,000 que se contabilizan para los siguientes servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no sean de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de reparación</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Cirugía bucal/maxilofacial</li> </ul>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Usted paga un deducible de \$50.</p> <p>Usted paga entre el 30% y el 50% del costo total del servicio cubierto (de acuerdo con el servicio).</p> <p>\$1,000 de monto de cobertura máximo por año por servicios dentales que no están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.</p> <p>No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.</p>	<p>\$1,000 de monto de cobertura máximo por año por servicios dentales que no están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.</p> <p>No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.</p>
<b>Servicios e insumos para diabéticos</b>	<p>Usted paga el 20% del costo total por insumos para diabéticos cubiertos por Medicare (incluidos los medidores y las tiras reactivas).</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR<sup>®</sup> fabricados por Ascensia Diabetes Care. Los productos de marcas alternativas no están cubiertos, a menos que se apruebe una solicitud de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 0% del costo total por insumos para diabéticos cubiertos por Medicare (incluidos los medidores y las tiras reactivas).</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. (Sin cambios)</p> <p>Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR<sup>®</sup> fabricados por Ascensia Diabetes Care. Los productos de marcas alternativas no están cubiertos, a menos que se apruebe una solicitud de autorización previa. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero.</p> <p>Se necesita autorización previa para todos los artículos de DME con un precio de compra mayor a \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero. (Sin cambios)</p> <p>Se necesita autorización previa para todos los artículos de DME con un precio de compra mayor a \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado. (Sin cambios)</p>
<b>Atención de emergencia (Estados Unidos)</b>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>No se aplicará el copago si se lo admite en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días tras una visita a la sala de emergencias.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita. (Sin cambios)</p> <p>No se aplicará el copago si se lo admite en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días tras una visita a la sala de emergencias. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios de audición</b>	Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Se cubre un examen por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina. Se cubre un examen por año. (Sin cambios)
	Usted paga el 20% del costo total de los servicios de audición cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$30 por servicios de audición cubiertos por Medicare.
	Se incluye el beneficio de audífonos sin prima mensual adicional.	Se incluye el beneficio de audífonos sin prima mensual adicional. (Sin cambios)
	Usted paga entre el 44% y el 66% del costo total, según el nivel de tecnología del audífono seleccionado.	El gasto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado.
	Se aplica un monto de cobertura anual máximo de \$500 para audífonos (por oído).	Se aplica un monto de cobertura anual máximo de \$700 para audífonos (por oído).
	No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.	Los miembros recibirán un descuento negociado del plan para audífonos si los compran en nuestro proveedor preferencial, Hearing Care Solutions.
		No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones. (Sin cambios)



Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Estadías en hospital</b>	<p>Usted paga un copago de \$370 por día los días 1 a 5. Un copago de \$0 por día los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 a partir del día 91.</p> <p>Si desea utilizar los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se utilizan cuando un paciente está hospitalizado durante más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de \$0 por día los días 1 a 60.</p> <p>Para obtener cobertura por estadía en hospital, su médico debe notificar al plan cuando se lo admite.</p>	<p>Usted paga un copago de \$280 por día los días 1 a 5. Un copago de \$0 por día los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 a partir del día 91.</p> <p>Si desea utilizar los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se utilizan cuando un paciente está hospitalizado durante más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de \$0 por día los días 1 a 60. (Sin cambios)</p> <p>Para obtener cobertura por estadía en hospital, su médico debe notificar al plan cuando se lo admite. (Sin cambios)</p>
<b>Servicios de salud mental (pacientes ambulatorios)</b>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita a un especialista por sesiones individuales y grupales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita a un especialista por sesiones individuales y grupales.</p>
<b>Servicios psiquiátricos de salud mental</b>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita a un especialista por sesiones individuales y grupales.</p> <p>No se necesita una orden de derivación para una visita al especialista.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita a un especialista por sesiones individuales y grupales.</p> <p>No se necesita una orden de derivación para una visita al especialista. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados)</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$330 por día los días 1 a 5. Un copago de \$0 por día los días 6 a 90.</p> <p>Si desea utilizar los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se utilizan cuando un paciente está hospitalizado para servicios de salud mental durante más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de \$330 por día los días 1 a 5 y un copago de \$0 por día los días 6 a 60.</p> <p>Para estadías hospitalarias de atención de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando se lo admite.</p>	<p>Usted paga un copago de \$330 por día los días 1 a 5. Un copago de \$0 por día los días 6 a 90. (Sin cambios)</p> <p>Si desea utilizar los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se utilizan cuando un paciente está hospitalizado para servicios de salud mental durante más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de \$330 por día los días 1 a 5 y un copago de \$0 por día los días 6 a 60. (Sin cambios)</p> <p>Para estadías hospitalarias de atención de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando se lo admite. (Sin cambios)</p>
<p><b>Servicios de tratamiento con opioides</b></p>	<p>No aplica</p>	<p><b><u>Nuevo para el 2020</u></b> Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>No se necesita una orden de derivación para una visita al especialista.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Insumos y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$0 por procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio.	Usted paga \$0 por procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio. (Sin cambios)
	Usted paga un copago de \$200 por servicios de diagnóstico radiológico, como TC e IRM.	Usted paga un copago de \$200 por servicios de diagnóstico radiológico, como TC e IRM. (Sin cambios)
	Usted paga un copago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.	Usted paga un copago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos. (Sin cambios)
	Usted paga un copago de \$55 por servicios de radiografías.	Usted paga un copago de \$55 por servicios de radiografías. (Sin cambios)
	Si recibe muchos servicios en el mismo centro el mismo día, solo se aplica un copago.	Si recibe muchos servicios en el mismo centro el mismo día, solo se aplica un copago por tipo de prueba/servicio.
	Se necesita una autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y para servicios de laboratorio de pruebas genéticas.	Se necesita una autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y para servicios de laboratorio de pruebas genéticas. (Sin cambios)

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	<p>Usted paga un copago de \$325 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios de tratamiento de cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados.</p>	<p>Usted paga un copago de \$325 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios. (Sin cambios)</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios de tratamiento de cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados. (Sin cambios)</p>
<b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b>	<p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia ocupacional</li> <li>• fisioterapia</li> <li>• terapia del habla y el lenguaje</li> </ul> <p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los servicios.</p> <p>Se autoriza un máximo de 10 visitas de terapia ocupacional por año.</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia ocupacional</li> <li>• fisioterapia</li> <li>• terapia del habla y el lenguaje</li> </ul> <p>(Sin cambios)</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% de coseguro por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa para las visitas a partir de las 12 visitas durante el año para todos los servicios.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Servicios relacionados con el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Se requiere autorización previa. (Sin cambios)</p>
<p><b>Productos y medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Usted recibe una asignación de \$25 cada tres meses para obtener productos OTC aprobados (consulte la lista en nuestro folleto y en nuestro sitio web).</p> <p>Los saldos no se acumulan al siguiente período si no se utilizan.</p> <p>La terapia de sustitución de nicotina <u>no</u> es un producto cubierto por el beneficio de productos y medicamentos OTC.</p> <p>Para obtener más información acerca de productos OTC, comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web. Los números de teléfono de Servicios para Miembros y la dirección de nuestro sitio web se encuentran en la Sección 8 del presente folleto.</p>	<p>Usted recibe una asignación mensual de \$25 por productos OTC aprobados.</p> <p>Los saldos se acumulan al siguiente período si no se utilizan.</p> <p>La terapia de sustitución de nicotina <u>no</u> es un producto cubierto por el beneficio de productos y medicamentos OTC. (Sin cambios)</p> <p>Para obtener más información acerca de productos OTC, comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web. Los números de teléfono de Servicios para Miembros y la dirección de nuestro sitio web se encuentran en la Sección 8 del presente folleto.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios médicos/ profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b>	<p>Usted paga \$0 por visita de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por visita a un especialista.</p> <p>No se necesita una orden de derivación para visitas al especialista.</p>	<p>Usted paga \$0 por visita de atención primaria. (Sin cambios)</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30 por visita a un especialista.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% de coseguro por visita.</p> <p>No se necesita una orden de derivación para visitas al especialista. (Sin cambios)</p>
<b>Servicios de podología</b>	<p>Usted paga un copago de \$50 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>No está cubierto el cuidado de los pies de rutina.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% de coseguro por visita.</p> <p>No está cubierto el cuidado de los pies de rutina. (Sin cambios)</p>
<b>Atención en centro de enfermería especializada (SNE, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día los días 1 a 20,</p> <p>un copago de \$160 por día los días 21 a 45</p> <p>y un copago de \$0 por día los días 46 a 100.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día los días 1 a 20 (Sin cambios),</p> <p>un copago de \$160 por día los días 21 a 45</p> <p>y un copago de \$0 por día los días 46 a 100 (Sin cambios).</p> <p>Se requiere autorización previa (Sin cambios).</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios de asistencia médica a distancia</b>	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de un médico de atención primaria.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de un médico de atención primaria y sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.
<b>Servicios de transporte</b>	Sin cobertura	<p><b><u>Nuevo para el 2020</u></b> Usted paga un copago de \$0 por servicios de transporte por cuestiones de salud aprobados por el plan. Entre las opciones de servicio se incluyen taxi, viaje compartido en furgoneta y servicios de transporte médico.</p> <p>Comuníquese con el equipo de Servicios para Miembros del plan de salud para coordinar el transporte.</p> <p>El servicio se limita a 8 viajes de ida anuales.</p>
<b>Servicios necesarios con urgencia</b>	<p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de atención de urgencia.</p> <p>No se le cobrará el copago por atención de urgencia si es admitido al hospital como un paciente hospitalizado por la misma afección en el término de los 3 días posteriores a una visita de atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de atención de urgencia. (Sin cambios)</p> <p>No se le cobrará el copago por atención de urgencia si es admitido al hospital como un paciente hospitalizado por la misma afección en el término de los 3 días posteriores a una visita de atención de urgencia. (Sin cambios)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios para la visión</b>	<p>Usted paga un copago de \$45 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare, incluido un examen anual de detección de glaucoma.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Después de una cirugía de cataratas, usted paga el 20% del costo de un par de lentes/gafas correctivas o un par de lentes de contacto. Usted es responsable del 100% de los costos por mejoras o de cualquier servicio no cubierto.</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$125 por dispositivos de corrección de la vista (gafas [lentes y marcos] o lentes de contacto).</p> <p>Usted paga \$0 por fondos de ojo.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare, incluido un examen anual de detección de glaucoma.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Después de una cirugía de cataratas, usted paga el 20% del costo de un par de lentes/gafas correctivas o un par de lentes de contacto. Usted es responsable del 100% de los costos por mejoras o de cualquier servicio no cubierto. (Sin cambios)</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$150 por dispositivos de corrección de la vista (gafas [lentes y marcos] o lentes de contacto).</p> <p>Usted paga \$0 por fondos de ojo. (Sin cambios)</p>



Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo</b>	Usted paga un copago de \$90 por una visita de servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.	Usted paga un copago de \$90 por una visita de servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos. (Sin cambios)
	Usted paga un copago de \$35 por una visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.	Usted paga un copago de \$35 por una visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. (Sin cambios)
	No se aplicará un copago por los servicios de emergencia ni las visitas de atención de urgencia si se lo admite en el hospital.	Se aplica un monto de cobertura anual máximo de \$25,000.  No se aplicará un copago por los servicios de emergencia ni las visitas de atención de urgencia si se lo admite en el hospital. (Sin cambios)

## Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestro listado de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Listado de medicamentos”. Recibirá una copia electrónica de nuestro Listado de medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestro Listado de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que toma estén cubiertos el año próximo y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicitar al plan que apruebe una excepción** y cubra el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del año próximo.

- Si desea obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9: *¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?* de la *Evidencia de cobertura* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otro profesional que emita la receta) para encontrar un medicamento diferente** que sí esté cubierto. Comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el Listado de medicamentos cubiertos para la misma afección médica.

En algunas circunstancias, se nos solicita que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no figura en nuestro formulario durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Si desea obtener más información acerca de cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo puede solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando agote el suministro temporal. Puede optar por un medicamento diferente cubierto por el plan o bien solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento actual.

Si usted ya es miembro y Prominence Health Plan le ha aprobado una excepción al Formulario en los años anteriores, igualmente tendrá disponible la aprobación sobre la base de la carta de aprobación que recibió. Si la excepción al formulario que usted tiene se ha vencido o se vencerá, debe volver a presentar la excepción al formulario para su revisión.

La mayoría de los cambios en el Listado de medicamentos se implementarán a principios de cada año. No obstante, durante el año en curso, podemos hacer otras modificaciones permitidas en virtud de las normas de Medicare.

A partir del año 2020, podemos retirar un medicamento de marca de inmediato de nuestro Listado de medicamentos si, a su vez, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo con el mismo o menor nivel de costo compartido y con las mismas o menos restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca que se reemplazará o se moverá a un nivel de costo compartido más alto, usted ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro por un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero podría recibirla una vez efectivizado dicho cambio.

Antes de introducir otros cambios en nuestro Listado de medicamentos que debamos notificarle con anticipación durante el año, si usted está tomando dicho medicamento, le enviaremos un aviso con 30 días de anticipación en lugar de 60. De lo contrario, le garantizaremos un suministro del medicamento de marca de 30 días en lugar de 60 en una farmacia de la red.

En caso de que realicemos estos cambios en el Listado de medicamentos durante el año, usted podrá trabajar con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicitar al plan que apruebe una excepción y cubra el medicamento. También actualizaremos nuestro Listado

de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos la información necesaria de modo que se reflejen los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en el Listado de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

*Nota:* Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) donde se le informan los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este anexo antes del *1 de octubre de 2019*, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se detallan en la Sección 8.1 del presente folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Para obtener más información sobre las etapas, consulte el Capítulo 6, Sección 2 de la *Evidencia de cobertura*).

A continuación, se detallan los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas, la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Deducible: \$255 (solo se aplica a los Niveles 3, 4 y 5)	Dado que el plan no incluye deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted

## Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener más información sobre el funcionamiento de los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2: *Tipos de costos que puede pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Evidencia de cobertura.*

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos que usted toma, y <b>usted paga la otra parte del costo correspondiente.</b></p> <p>Los costos en esta fila corresponden a suministros de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red que garantiza el costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos de recetas con envío por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>A continuación, se indica qué costo deberá cubrir por suministros de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1 Genérico preferencial: \$3 por receta</li> <li>• Medicamento de Nivel 2 Genérico: \$13 por receta</li> <li>• Medicamento de Nivel 3 Marca preferencial: \$47 por receta</li> <li>• Medicamento de Nivel 4 Medicamento no preferencial: \$100 por receta</li> </ul>	<p>A continuación, se indica qué costo deberá cubrir por suministros de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1 Genérico preferencial: \$0 por receta</li> <li>• Medicamento de Nivel 2 Genérico: \$13 por receta (Sin cambios)</li> <li>• Medicamento de Nivel 3 Marca preferencial: \$35 por receta</li> <li>• Medicamento de Nivel 4 Medicamento no preferencial: \$100 por receta (Sin cambios)</li> </ul>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos que aparecen en nuestro Listado de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en el Listado de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5 Especialidad: 28% del costo total</li> <li>• Medicamento de Nivel 6 Medicamentos de atención seleccionados: \$0 por receta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5 Especialidad: 33% del costo total</li> <li>• Medicamento de Nivel 6 Medicamentos de atención seleccionados: \$0 por receta (Sin cambios)</li> </ul>
	<p>—————</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan llegado a \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>—————</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan llegado a \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>

### Cambios en la Etapa de brecha de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, se aplican a las personas con costos elevados de medicamentos.

**La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de brecha de cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener más información acerca de qué costos deberá cubrir en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Para el año 2020, se han integrado beneficios complementarios en el plan básico de beneficios. No se debe pagar una prima por servicios dentales para el año de beneficios 2020.

Se ha implementado una actualización en la dirección para reclamos para el año 2020. La dirección es Prominence Health Plan Claims Department, P.O. Box 93480, Lubbock, TX 79493.

Se ha mejorado el proceso de reembolsos al miembro. Se proporcionará una tarjeta que se debe usar en un punto de servicio para los medicamentos y productos OTC, y asignaciones de gastos para beneficios dentales, de dispositivos de corrección de la vista y de audición.

Descripción del proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Beneficio opcional de cobertura dental integral complementaria	\$23	\$0
Proceso de reembolso al miembro	No aplica	Proceso con tarjeta para el punto de servicio, para pagar gastos de beneficios permitidos.

## SECCIÓN 4 Selección del plan

### Sección 4.1: Si desea permanecer en *Prominence Plus (HMO-POS)*

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el 2020.

### Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como miembro el próximo año. Sin embargo, si desea cambiar de plan en el 2020, debe seguir los siguientes pasos:

#### Paso 1: Conocer y comparar sus opciones

- Puede unirse de forma oportuna a otro plan de salud de Medicare,
- O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 para obtener información sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para conocer más sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2020 (Medicare y usted para el 2020)*, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área con el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos). **Aquí**

podrá encontrar información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.

## Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Quedará automáticamente desafiado de *Prominence Plus (HMO-POS)*.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Quedará automáticamente desafiado de *Prominence Plus (HMO-POS)*.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguna de las instrucciones que se detallan a continuación:
  - Envíenos una solicitud de desafiación por escrito. Si desea obtener más información para hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono correspondientes se detallan en la Sección 8.1 del presente folleto).
  - – *o bien* – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para solicitar su desafiación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Fecha límite 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 2020.

### ¿Se puede cambiar de plan en otras épocas del año?

En determinadas situaciones, se autorizan cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las personas que reciben “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos, las personas que tienen o dejan la cobertura del empleador y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden recibir autorización para hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2020 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) de Texas.

El HICAP es un programa independiente y no está vinculado con ninguna empresa de seguros o planes de salud. Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros locales de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas o ayudarlo a resolver sus problemas con Medicare. También lo ayudarán a entender sus opciones de planes de Medicare y responderán sus preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-252-9240. También puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

## SECCIÓN 7 Programas que brindan ayuda para el pago de medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos recetados. A continuación, se enumeran los distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare:** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare puede pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a la brecha de cobertura ni deberán pagar la multa correspondiente por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles pero no lo saben. Para saber si usted califica, llame a alguno de los siguientes números:
  - 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.
  - Oficina de Seguro Social, 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado:** Texas cuenta con un programa denominado “Texas HIV SPAP”, que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 del presente folleto).



- **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA:**  
El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) tiene por objetivo garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen VIH/SIDA accedan a los medicamentos fundamentales contra el VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios, entre los que se incluyen presentar una prueba de residencia en el estado y certificado de VIH, tener bajos ingresos según lo determina el estado y no tener seguro, o que su seguro sea deficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de recetas a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas. Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el modo de inscripción en el programa, comuníquese al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1: Ayuda de *Prominence Plus (HMO-POS)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención telefónica es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura* para el 2020, en la que encontrará el detalle de los beneficios y los costos para el año próximo.**

El presente *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para el año 2020 de *Prominence Plus (HMO-POS)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). Tenga en cuenta que nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y nuestro listado de medicamentos recetados (Formulario/Listado de medicamentos).

---

## Sección 8.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para recibir información directamente de Medicare:

### 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, diríjase a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y medicamentos]).

### Lea *Medicare & You 2020 (Medicare y usted para el 2020)*

Puede leer el Manual *Medicare & You 2020 (Medicare y usted para el 2020)*. Todos los otoños, enviamos este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. En él encontrará un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones que ofrece Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si aún no tiene una copia de dicho folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>), o bien puede solicitar una por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### La discriminación está prohibida por la Ley

Prominence Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Prominence Health Plan no excluye a las personas ni las trata distinto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Prominence Health Plan:

- Brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas que no pueden comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros. Si considera que Prominence Health Plan no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Member Services, 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502, 855-969-5882, TTY/TDD: 711 o por fax al 775-770-9360. Puede presentar una queja en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

**አማርኛ (Amharic):**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-969-5882 (TTY: 711) (መስማት ለተሳናቸው: 1-855-969-5882 (TTY: 711)).

**:العربية (Arabic)**

1-855-969-5882 ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-969-5882 (TTY: 711) (رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 711)).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-969-5882 (TTY: 711)。

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**سراف (Farsi)**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می‌نید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-855-969-5882 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**(Hindi):** ध्यान दें: यदि आप बोलत हैं तो आपका लिए मुफ्त में भाषा सहायता सवाप उपलब्ध हैं। 1-855-969-5882 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Ilokano (Ilocano):** PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Awagan ti 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-969-5882 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-969-5882 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ພາສາລາວ (Lao):** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ (1-855-969-5882 (TTY: 711)).

**Polski (Polish): UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Português (Portuguese): ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Gagana fa'a Sāmoa (Samoan): MO LOU SILAFIA:** Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Español (Spanish): ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Русский (Russian): ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai): เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-969-5882 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-969-5882 (TTY: 711).

وَدْرَا (Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔  
رہیں 1-855-969-5882 (TTY: 711)