

## Prominence Dual (HMO D-SNP) ofrecido por Prominence Health Plan

### Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Prominence Dual. El próximo año se introducirán cambios en los costos y beneficios del plan. **En la página 4 encontrará un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise 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*.

---

#### Próximos pasos

##### 1. PREGUNTE: qué cambios lo afectan

- Compruebe qué cambios se introducirán en nuestros beneficios y costos y si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en lo que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Compruebe los cambios en la Lista de Medicamentos 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Compruebe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere 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. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que seleccione entre las opciones su plan preferencial, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en Prominence Dual.
- Para **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. De este modo, finalizará su inscripción en Prominence Dual.
- Consulte la Sección 4, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español o 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, tales como en letra de imprenta grande, braille y audio.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Habilitante (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con los requisitos de responsabilidad individual compartida estipulados en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud 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 Dual

- Prominence Health Plan es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y HMO Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) con contratos con Medicare y el programa de Medicaid. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Consulte los requisitos de elegibilidad en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).
- En el presente documento, “nosotros”, “nuestro” o “nos” se refiere a Prominence Health Plan. Cuando se dice “el plan” o “nuestro plan” se refiere a Prominence Dual.

**Aviso anual de cambios para 2023**  
**Índice**

**Resumen de costos importantes para 2023 ..... 4**

**SECCIÓN 1      A menos que elija otro plan, lo inscribirán automáticamente en *Prominence Dual* en 2023 ..... 6**

**SECCIÓN 2      Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año ..... 6**

    Sección 2.1: Cambios en la prima mensual ..... 6

    Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo ..... 6

    Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y de farmacias ..... 7

    Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos ..... 8

    Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D ..... 10

**SECCIÓN 3      Cambios administrativos ..... 14**

**SECCIÓN 4      Selección del plan ..... 14**

    Sección 4.1: Si desea permanecer en Prominence Dual ..... 14

    Sección 4.2: Si desea cambiar de plan ..... 14

**SECCIÓN 5      Cambio de plan ..... 15**

**SECCIÓN 6      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid ..... 16**

**SECCIÓN 7      Programas que brindan ayuda para el pago de medicamentos recetados ..... 16**

**SECCIÓN 8      Preguntas ..... 17**

    Sección 8.1: Ayuda de Prominence Health Plan ..... 17

    Sección 8.2: Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 17

    Sección 8.3: Obtener ayuda de Medicaid ..... 18

## Resumen de costos importantes para 2023

En el siguiente cuadro se comparan los costos de Prominence Dual para 2022 y 2023 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima puede ser superior que este monto. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1.		
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: \$0 por visita
<b>Hospitalizaciones</b>	Usted paga un copago de \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.5).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de nivel 1: usted paga \$0</li> <li>• Medicamento de nivel 2: usted paga \$0</li> <li>• Medicamento de nivel 3: usted paga el 25 % del costo total</li> <li>• Medicamento de nivel 4: usted paga \$99</li> <li>• Medicamento de nivel 5: usted paga el 25 % del costo total</li> <li>• Medicamento de nivel 6: usted paga \$0</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todos los medicamentos cubiertos: usted paga \$0</li> </ul>
<p><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).</p>	<p>\$3,450</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p>	<p>\$3,650</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p>

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribirán automáticamente en *Prominence Dual* en 2023

La información que se incluye en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Prominence Dual y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2023 como miembro a Prominence Dual.

**Si no hace nada en 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Prominence Dual.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2023, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Prominence Dual. Si quiere cambiar de plan o pasarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

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

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0 No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.

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

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos llegan alguna vez a alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de las Partes A y B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se contabilizan en el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no se contabilizan en el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$3,450</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p>	<p>\$3,650</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se contabiliza en el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p>

### Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y de farmacias

También puede consultar los directorios actualizados en nuestro sitio web, [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, póngase en contacto con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

## Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

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

El año que viene vamos a modificar los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Revise su *Evidencia de Cobertura (EOC)* para obtener más información sobre los beneficios complementarios disponibles.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Servicios de podología de rutina</b>	Los servicios de podología de rutina <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por consulta hasta 12 consultas al año. Se requiere autorización previa.
<b>Servicios quiroprácticos de rutina.</b>	Los servicios quiroprácticos de rutina <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por consulta hasta 12 consultas al año. Se requiere autorización previa.
<b>Artículos de venta libre</b>	\$330 de beneficio máximo cada 3 meses.	\$50 de beneficio máximo cada mes.
<b>Aparatos auditivos</b>	\$600 de beneficio máximo cada año por oído.	\$3,000 de beneficio máximo cada año por ambos oídos combinados.
<b>Estadía en el hospital por servicios agudos: días adicionales</b>	Usted paga un copago de \$0 por día para una cantidad ilimitada de días al año.	Luego de 90 días, <u>no</u> se cubren los días adicionales.
<b>Estadía en el hospital por servicios psiquiátricos: días adicionales</b>	Usted paga un copago de \$0 por día para una cantidad ilimitada de días al año.	Luego de 90 días, <u>no</u> se cubren los días adicionales.
<b>Servicios dentales complementarios</b>	Usted paga un coseguro del 0 % por servicios preventivos e integrales.  Liberty Dental provee los servicios dentales.	Usted paga un coseguro del 0 % por servicios preventivos e integrales.  Delta Dental provee los servicios dentales.



Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) - Asignación para alimentos y productos agrícolas</b></p>	<p>A los miembros a los que se les haya diagnosticado una enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y que participen en un programa de gestión de cuidados reciben \$250 al mes.</p> <p>A los miembros a los que se les haya diagnosticado una insuficiencia cardíaca crónica o diabetes y que participen en un programa de gestión de cuidados reciben \$100 al mes.</p> <p>Este servicio de alimentos y productos agrícolas se proporciona a través de InComm Healthcare.</p>	<p>A los miembros a los que se les haya diagnosticado una enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y que participen en un programa de gestión de cuidados reciben \$250 al mes.</p> <p>A los miembros a los que se les han diagnosticado otras enfermedades crónicas (por ejemplo, hipertensión, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, etc.) y que participan en un programa de gestión de cuidados reciben \$100 al mes. Consulte la lista completa de enfermedades crónicas que califican en la EOC.</p> <p>Este servicio de alimentos y productos agrícolas se proporciona a través de InComm Healthcare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>VBID – Asignación de alimentos y productos agrícolas</b>	La Asignación de alimentos y productos agrícolas de VBID <u>no</u> está disponible.	\$25 de beneficio máximo cada mes.  Este servicio de alimentos y productos agrícolas se proporciona a través de InComm Healthcare.  Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame 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.

## Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Recibirá una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista 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 próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se implementarán a principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera inseguros o que el

fabricante de un producto ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada.

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 pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

A partir del año 2023, podemos retirar un medicamento de marca de inmediato de nuestra Lista de medicamentos si, a su vez, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo con el mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que 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 realizado dicho cambio.

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

A continuación, se detallan los cambios a 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).

## Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que alcanza el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6. En función de su nivel de “Ayuda adicional”, solo tendrá que pagar los siguientes montos de copago por los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.35 de copago o</li> <li>• \$3.95 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$4.00 de copago o</li> <li>• \$9.85 de copago</li> </ul>	<p>Dado que el plan no incluye deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

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

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. 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 información sobre los costos de suministros a largo plazo o medicamentos recetados de envío por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos que aparecen en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</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> <p><b>Nivel 1: genérico preferencial:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Nivel 2: medicamento genérico:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Nivel 3: marca preferencial:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferenciales:</b> Usted paga \$99 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: nivel de especialidad:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: medicamentos de tratamiento seleccionados:</b> Usted paga \$0 por receta</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> <p><b>Para todos los medicamentos cubiertos:</b> Usted paga \$0 por receta</p>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan llegado a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan llegado a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>

## Cambios a su beneficio de la Parte D de VBID

A partir de 2023, Prominence Health Plan participará en el modelo de diseño de seguros con base en el valor (VBID, por sus siglas en inglés), creado para reducir los gastos del programa de Medicare, mejorar la calidad de la atención de los miembros a Medicare (incluidos los que tienen la condición de subsidio por bajos ingresos [LIS]) y mejorar la coordinación y la eficiencia de la prestación de servicios de atención médica. Por lo tanto, usted paga un costo compartido de \$0 por todos los medicamentos de la Parte D, independientemente de la condición de LIS.

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Expansión del área de servicios	El área de servicio de este plan incluye los condados de Hidalgo, Starr, Brooks y Webb.	El área de servicio de este plan tiene cuatro condados adicionales y ahora incluye los condados de Hidalgo, Starr, Brooks, Webb, Cameron, Jim Hogg, Willacy y Zapata.

### SECCIÓN 4 Selección del plan

#### Sección 4.1: Si desea permanecer en Prominence Dual

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Prominence Dual.

#### Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como miembro el próximo año. Sin embargo, si desea cambiar de plan en 2023, debe seguir los siguientes pasos:

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

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- --O-- puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2023*, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

## Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Quedará automáticamente desafiado de Prominence Dual.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Quedará automáticamente desafiado de Prominence Dual.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguna de las instrucciones que se detallan a continuación:
  - Envíenos una solicitud de cancelación por escrito. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - – *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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de no inscribirse de forma automática.

## SECCIÓN 5 Cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

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

En determinadas situaciones se autorizan cambios en otras épocas del año. Algunos ejemplos son 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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2023 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 Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare

(con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente 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).

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 consejeros del HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. También lo ayudarán a entender sus opciones de planes de Medicare y responderán sus preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre el HICAP visitando el siguiente sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, 1-800-252-8263 (TTY 711), disponible de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede ponerse en contacto con la Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas, 1-877-787-8999 (TTY 711), disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de Texas Medicaid.

## 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:** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional” paga parte de las primas de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una brecha de cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame al siguiente número:
  - 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 del Seguro Social, 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).



- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Texas Kidney Health Center, 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 sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia al Seguro de Salud.

## SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1: Ayuda de Prominence Health Plan

¿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 2023*, en la que encontrará el detalle de los beneficios y los costos para el próximo año.**

El presente *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2023* de Prominence Dual. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal donde se detallan 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 nuestra lista de medicamentos recetados (*Formulario/Lista 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**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones estrella de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y usted 2023***

Lea el Manual *Medicare y usted 2023*. 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 este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/medicare-and-you>), 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.

---

## **Sección 8.3: Obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid puede llamar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.