

Prominence Plus (HMO) ofrecido por Prominence Health Plan

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Prominence Plus. 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. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

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 o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que seleccione entre las opciones su plan de preferencia, 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 Plus.
- 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 Plus.
- 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 tagalo.
- Para obtener más información, comuníquese con 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 Plus

- 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. La afiliación en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato. 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 Plus.

Y0109_NNVPLANOC23_M

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 <i>Prominence Plus</i> en 2023.....	6
SECCIÓN 2	Cambios en el beneficio y el costo 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 farmacias	7
	Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	7
	Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 3	Selección del plan	13
	Sección 3.1: Si desea permanecer en Prominence Plus	13
	Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 4	Fecha límite para el cambio de plan	14
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 15	
SECCIÓN 6	Programas que brindan ayuda para el pago de medicamentos recetados	15
SECCIÓN 7	Preguntas	16
	Sección 7.1: Ayuda de Prominence Health Plan	16
	Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importantes para 2023

En el siguiente cuadro se comparan los costos de Prominence Plus para 2022 y 2023 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior que este monto. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1.	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo 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).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: \$20 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a un especialista: \$20 por visita, es posible que se requiera una remisión.
Hospitalizaciones	Hospitales de nivel 1: usted paga \$0 por día para los días 1 a 90. Hospitales de nivel 2: usted paga \$100 por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día para los días 6 a 90.	Hospitales de nivel 1: usted paga \$0 por día para los días 1 a 90. Hospitales de nivel 2: usted paga \$250 por día para los días 1 a 6. Usted paga \$0 por día para los días 7 a 90.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.5).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: usted paga \$0 • Medicamento de nivel 2: usted paga \$12 • Medicamento de nivel 3: usted paga \$35 • Medicamento de nivel 4: usted paga \$100 • Medicamento de nivel 5: usted paga el 33 % del costo total • Medicamento de nivel 6: usted paga \$0 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: usted paga \$0 • Medicamento de nivel 2: usted paga \$12 • Medicamento de nivel 3: usted paga \$35 • Medicamento de nivel 4: usted paga \$100 • Medicamento de nivel 5: usted paga el 33 % del costo total • Medicamento de nivel 6: usted paga \$0

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

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

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en Prominence Plus. Esto significa que, desde el 1 de enero de 2023, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Prominence Plus. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo 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.

SECCIÓN 2 Cambios en el beneficio y el costo para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.

- La prima mensual de su plan será *mayor* si usted debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida si pasó 63 días o más 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.

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>Monto máximo de gastos de bolsillo 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>\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 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.</p>	<p>No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Puede consultar los directorios actualizados en nuestro sitio web, 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 de 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

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)
Atención médica de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por consulta.	Usted paga un copago de \$125 por consulta.
Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo	<p>Usted paga un copago de \$90 por cada consulta de emergencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de atención urgente.</p> <p>Sin límite anual.</p>	<p>Usted paga un copago de \$125 por cada consulta de emergencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de atención urgente.</p> <p>Límite anual de \$25,000.</p>
Servicios de especialistas médicos	<p>Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p>No se requiere una remisión.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p>Es posible que se requiera una remisión para las visitas al especialista. Algunos especialistas pueden requerir una recomendación o un plan de tratamiento de su médico de cabecera para poder atenderlo.</p>
Servicios de podología de rutina	Usted paga un copago de \$5 por consulta para una cantidad ilimitada de consultas al año.	Usted paga un copago de \$10 por consulta hasta 12 consultas al año.
Servicios quiroprácticos de rutina	Usted paga un copago de \$10 por consulta para una cantidad ilimitada de consultas al año.	Usted paga un copago de \$10 por consulta. Se necesita autorización previa después de 12 consultas.
Artículos de venta libre	Asignación de \$50 por mes.	Asignación de \$50 por trimestre. Es posible que tenga derecho a beneficios adicionales de artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales complementarios	Usted paga un coseguro del 0 % por servicio preventivo. Usted paga un coseguro del 0 % por servicio integral. Liberty Dental provee los servicios dentales.	Usted paga un coseguro del 0 % por servicio preventivo. Usted paga un coseguro del 0 % al 50 % por servicio integral. Delta Dental provee los servicios dentales.
Hospitalizaciones	Hospitales de nivel 1: usted paga \$0 por día para los días 1 a 90. Hospitales de nivel 2: usted paga \$100 por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 por día para los días 6 a 90.	Hospitales de nivel 1: usted paga \$0 por día para los días 1 a 90. Hospitales de nivel 2: usted paga \$250 por día para los días 1 a 6. Usted paga \$0 por día para los días 7 a 90.
Estadía en el hospital: días adicionales	Usted paga un copago de \$0 por día para una cantidad ilimitada de días al año.	Después de 90 días, usted paga un copago de \$0 por día por hasta 5 días adicionales por estadía.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

Obtención de ayuda de Medicare: si eligió este plan porque buscaba una cobertura de insulina a \$35 al mes o menos, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Póngase en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que lo ayuden a comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales de ayuda: para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros llamando 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 7 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.

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique 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*”, por sus siglas en inglés) 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 2022, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”.

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)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Dado que el plan no incluye deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.	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

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos que usted toma y usted paga la otra parte del costo correspondiente.</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>Nivel 1: genérico preferencial: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamento genérico: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: marca preferencial Usted paga \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferenciales: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidad: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos de tratamiento seleccionados: 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>Nivel 1: genérico preferencial: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamento genérico: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: marca preferencial Usted paga \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferenciales: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidad: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos de tratamiento seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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>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>

SECCIÓN 3 Selección del plan

Sección 3.1: Si desea permanecer en Prominence Plus

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 Plus.

Sección 3.2: 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 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 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), lea el manual *Medicare y usted 2023*, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Quedará automáticamente desafiado de Prominence Plus.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Quedará automáticamente desafiado de Prominence Plus.
- 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.

SECCIÓN 4 Fecha límite para el 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 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 Nevada, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada.

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 del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. También lo ayudarán a entender sus opciones de planes de Medicare y responderán sus preguntas sobre el cambio de plan. Puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada llamando al 1-800-307-4444. Para obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada, visite el siguiente sitio web (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog).

SECCIÓN 6 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 podría 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. 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 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.** Nevada cuenta con un programa denominado Senior Rx que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados, en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia al Seguro de Salud.

- **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 viven con 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 el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el sida califican para la asistencia de costos compartidos de recetas a través de la Oficina de VIH/sida de Nevada. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese al 702-274-2453.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1: 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 Plus. 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. 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. 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 7.2: 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). 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).

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.