

## ***Prominence Plus (HMO) es proporcionado por Prominence Health Plan***

# **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente, está inscrito como miembro de Prominence Plus (HMO). Le informamos que el próximo año se implementarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 si desea acceder a un Resumen de costos importantes, incluidas las primas.***

Este documento le proporciona información relacionada con los cambios efectuados a su plan. Si desea obtener más información sobre los costos, beneficios o reglamentos, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede comunicarse con Servicios para miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo postal.

- **Si desea realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlo a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

---

### **Qué debe hacer ahora**

#### **1. PREGUNTAR:** Qué cambios aplican en su caso

- Revise los cambios implementados a nuestros beneficios y costos para saber si le afectan de algún modo.
  - Revise los cambios implementados en los costos de atención médica (médicos, hospitales).
  - Revise los cambios en la cobertura de medicamentos, incluidos los costos y requisitos de autorización previa.
  - Piense en cuánto dinero tendrá que gastar en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios realizados en el "Listado de medicamentos" correspondiente al 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún cuentan con cobertura.
- Verifique si los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, entre otros proveedores, incluidas las farmacias, continuarán formando parte de nuestra red el próximo año.
- Evalúe si está conforme con nuestro plan.

#### **2. COMPARAR:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área. Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista que se encuentra al reverso de su manual *Medicare Y Usted 2024*.
- Una vez que elija el plan que más le guste, verifique los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

### 3. ELEGIR: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Prominence Plus (HMO).
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto significa que su inscripción en Prominence Plus (HMO) llegará a su fin.
- Si se mudó recientemente a un centro de enfermería especializada, un hospital de atención a largo plazo o un establecimiento similar, vive actualmente en uno o acaba de mudarse de este, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare cuando lo desee, ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español o vietnamita sin costo alguno.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-855-969-5882 para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. *El horario de atención es de 8 a. m. a 8 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 este número son gratuitas.
- Si tiene preguntas sobre este documento, también puede visitar nuestro sitio web <https://prominencemedicare.com/news-and-events/member-events/> y buscar un evento para miembros cerca de usted.
- Este documento está disponible en otros formatos como tamaño de letra grande, sistema braille o de audio.
- **La cobertura conforme a este plan se considera Cobertura médica calificada (qualifying health coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la persona que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) exige. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Información acerca de Prominence Plus (HMO)

- Prominence Health Plan es un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y un plan para necesidades especiales (special needs plan, SNP) de la HMO que tiene un contrato con Medicare y otro con el programa de Medicaid. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para informarse acerca de los requisitos de elegibilidad.
- Cuando en este documento se mencione “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Prominence Health Plan. Del mismo modo, cuando especifique “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prominence Plus (HMO).

Y0109\_NTXPLANOC24\_SP\_C

Aprobado por la OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero de 2024)

## **Aviso anual de cambios para 2024** **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1      A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en Prominence Plus (HMO) en 2024 .....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 2      Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	7
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios de atención médica .....	7
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	11
<b>SECCIÓN 3      Cómo decidir cuál plan elegir .....</b>	<b>14</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer en Prominence Plus (HMO) .....	14
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 4      Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5      Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6      Programas que brindan asistencia con el pago de los medicamentos recetados .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7      ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>17</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Prominence Health Plan.....	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

## Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos de Prominence Plus (HMO) correspondientes al 2023 y 2024 en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que a continuación se muestra solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>* Prima mensual del plan</b></p> <p>* Es posible que su prima sea mayor que este monto. Consulte la sección 2.1 para obtener información más detallada.</p>	\$0	\$0
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por la cobertura de los servicios de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Consulte la sección 2.2 para obtener información más detallada.</p>	\$3,700	\$3,700
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$20 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$20 por consulta.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Hospitales de nivel 1: Usted debe pagar \$50 diarios por 1 a 5 días.</p> <p>Usted debe pagar \$0 diarios por 6 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2: Usted debe pagar \$250 diarios por 1 a 5 días.</p> <p>Usted debe pagar \$0 diarios por 6 a 90 días.</p>	<p>Hospitales de nivel 1: Usted debe pagar \$50 diarios por 1 a 5 días.</p> <p>Usted debe pagar \$0 diarios por 6 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2: Usted debe pagar \$250 diarios por 1 a 5 días.</p> <p>Usted debe pagar \$0 diarios por 6 a 90 días.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>                      Consulte la sección 2.5 para obtener información más detallada.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de nivel 1: usted debe pagar \$0.</li> <li>• Medicamentos de nivel 2: usted debe pagar \$12.</li> <li>• Medicamentos de nivel 3: usted debe pagar \$35.</li> <li>• Medicamentos de nivel 4: usted debe pagar \$100.</li> <li>• Medicamentos de nivel 5: usted debe pagar el 33 % del costo total.</li> <li>• Medicamentos de nivel 6: usted debe pagar \$0.</li> </ul> <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada receta, usted debe pagar el monto que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (de \$4.15 por un medicamento genérico o uno que se considere como tal y de \$10.35 para el resto de los medicamentos).</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de nivel 1: usted debe pagar \$0.</li> <li>• Medicamentos de nivel 2: usted debe pagar \$12.</li> <li>• Medicamentos de nivel 3: usted debe pagar \$35.</li> <li>• Medicamentos de nivel 4: usted debe pagar \$100.</li> <li>• Medicamentos de nivel 5: usted debe pagar el 33 % del costo total.</li> <li>• Medicamentos de nivel 6: usted debe pagar \$0.</li> </ul> <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en Prominence Plus (HMO) en 2024

En este documento se le explican las diferencias entre los beneficios actuales que Prominence Plus (HMO) ofrece y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2024 como miembro de Prominence Plus (HMO).

**Si no toma ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2023, le inscribiremos automáticamente en Prominence Plus (HMO).** En otras palabras, a partir del 1 de enero de 2024, Prominence Plus (HMO) le proporcionará la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si usted es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros períodos del año.

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

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare)	\$0	\$0  No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año.
<b>Prima mensual para los servicios dentales complementarios opcionales</b> (Esto incluye una asignación anual de \$7,500 y una red de proveedores más extensa)	No disponible.	\$30

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar de forma permanente una multa por inscripción tardía de la Parte D, por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare, también denominada cobertura acreditable, durante un período de 63 días o más.
- Si tiene mayores ingresos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

Medicare estipula que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Los costos por los servicios médicos que tengan cobertura, como los copagos, cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Sin embargo, la prima del plan y los costos por los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,700	\$3,700  No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año.  Una vez que haya pagado \$3,700 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por dichos servicios durante el resto del año calendario.

## Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios con información actualizada están disponibles en nuestro sitio web [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y farmacias, o para solicitar el envío por correo postal de un directorio que le haremos llegar en un plazo de tres días hábiles.

No se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

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

Es importante que esté enterado de que posiblemente realicemos cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que formen parte de su plan durante el año. Si a mitad de año se produce un cambio en nuestros proveedores y usted se ve perjudicado por esa situación, comuníquese con Servicios para miembros a fin de que podamos ayudarle.

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

El próximo año implementaremos cambios en los costos y beneficios de determinados servicios médicos. La información que se brinda a continuación describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Beneficio máximo de \$10 cada mes.	Beneficio máximo de \$85 cada 3 meses.
<b>Atención en casos de emergencia</b>	Usted debe pagar \$110 de copago por consulta.	Centros de emergencia independientes: usted debe pagar \$110 por consulta.  Otros centros de emergencia: usted debe pagar \$135 por consulta.
<b>Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI): asignación para alimentos y productos agrícolas.</b>	<p>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$250 por mes.</p> <p>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado otras enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, entre otras, y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$50 por mes. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de las afecciones crónicas consideradas elegibles.</p> <p>Este servicio de alimentos y productos agrícolas se proporciona a través del proveedor de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p>	<p>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$250 por mes.</p> <p>Este servicio de alimentos y productos agrícolas se proporciona a través del proveedor de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales complementarios (incluidos)</b></p>	<p>Asignación anual combinada de \$2,000 por servicios de atención preventiva e integral.</p> <p>Usted debe pagar el 0 % de coseguro por servicio de atención preventiva.</p> <p>Usted paga de entre 0 % y 50 % de coseguro por los servicios de atención integral.</p>	<p>Asignación anual combinada de \$2,000 por servicios de atención preventiva e integral.</p> <p>Usted debe pagar el 0 % de coseguro por servicio de atención preventiva.</p> <p>Usted debe pagar el 0 % de coseguro por servicio de atención integral.</p>
<p><b>Servicios dentales complementarios: atención preventiva</b></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Limpieza dental, una vez cada seis meses.</p> <p>Exámenes bucales, una vez por año.</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Limpieza dental, dos veces al año.</p> <p>Exámenes bucales, dos veces al año.</p>
<p><b>Beneficios complementarios opcionales: servicios dentales (prima)</b></p>	<p>No disponible.</p>	<p>Asignación anual combinada de \$7,500 para servicios dentales preventivos e integrales. Incluye una red de dentistas más extensa.</p> <p>Usted debe pagar el 0 % de coseguro por servicio.</p> <p>Este plan dental complementario opcional está disponible por una prima mensual adicional de \$30.</p>
<p><b>Servicios de médicos especialistas</b></p>	<p>No se requieren derivaciones ni autorizaciones previas.</p>	<p>Es posible que se requieran derivaciones y autorizaciones previas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios quiroprácticos: con cobertura de Medicare</b>	Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios quiroprácticos: servicios de rutina/sin cobertura de Medicare</b>	Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.	Se requiere autorización previa. Se aplica un límite de 12 consultas por año.
<b>Servicios de podiatría</b>	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de podiatría: servicios de rutina/sin cobertura de Medicare</b>	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa. Se aplica un límite de 12 consultas por año.
<b>Servicios de especialidad en salud mental</b>	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Otros servicios proporcionados por profesionales de atención médica</b>	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Beneficios adicionales de telesalud</b>	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</b>	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b>	Usted debe pagar el 20 % de coseguro por un suministro de medicamento para un mes.	Usted debe pagar \$35 de copago por un suministro de medicamento para un mes.
<b>Medicamentos recetados e infusión en el hogar de la Parte B de Medicare</b>	El tratamiento escalonado se aplica desde la Parte B hasta la Parte B y de la Parte D a la Parte B.	El tratamiento escalonado se aplica desde la Parte B hasta la Parte B, de la Parte D a la Parte B y de la Parte B a la Parte D.

---

## Sección 2.5: 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". Se brinda una copia de nuestro "Listado de medicamentos" en formato electrónico.

Hemos efectuado cambios en nuestro "Listado de medicamentos", que podrían significar el retiro o la incorporación de medicamentos, la modificación de las restricciones aplicables a la cobertura de determinados medicamentos o el traslado de estos a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise el "Listado de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y, además, saber si se aplicarán restricciones o si el medicamento se trasladó a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios que se incluyen en el "Listado de medicamentos" para aplicarse al inicio de cada año son nuevos. Sin embargo, en el transcurso del año, es posible que realicemos otros cambios que permite el reglamento de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera peligrosos o quizás el fabricante del producto retiró del mercado. Actualizamos nuestro "Listado de medicamentos" en línea con el fin de proporcionarle el listado de medicamentos más reciente.

Si a principios o durante el transcurso del año usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, revise el capítulo 9 de la Evidencia de cobertura y converse con su médico para conocer qué opciones tiene; por ejemplo, solicitar un suministro temporal del medicamento, una excepción y/o intentar conseguir un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros con el fin de obtener más información.

### Cambios en los costos de medicamentos recetados

**Nota:** Si usted pertenece a un programa que le ayuda a pagar los medicamentos, es decir cuenta con "Ayuda adicional", **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un encarte por separado, llamado "Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados", también llamado Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo de LIS, que le brinda información referente a los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional", pero no recibe este encarte antes del 1 de octubre de 2022, llame a Servicios para miembros y pregunte por el Anexo de LIS.

Existen cuatro **etapas para el pago de medicamentos**. La información que figura a continuación muestra los cambios aplicados en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y Etapa de cobertura inicial. La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de brecha en la cobertura o Etapa de cobertura en caso de catástrofes.

**Cambios en la Etapa de deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.</p>

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

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se cubren sin que signifique costo alguno para usted.</p>	<p>El costo por el suministro de medicamento para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - medicamento genérico preferido:</b> Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 - medicamento genérico:</b> Usted debe pagar \$12 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 - medicamento de marca preferido:</b> Usted debe pagar \$35 por receta.</p> <p><b>Nivel 4 - medicamento no preferido:</b> Usted debe pagar \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5 - medicamento de especialidad:</b> Usted debe pagar el 33 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 – medicamentos Select Care:</b> Usted debe pagar \$0 por receta.</p>	<p>El costo por el suministro de medicamento para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - medicamento genérico preferido:</b> Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 - medicamento genérico:</b> Usted debe pagar \$12 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 - medicamento de marca preferido:</b> Usted debe pagar \$35 por receta.</p> <p><b>Nivel 4 - medicamento no preferido:</b> Usted debe pagar \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5 - medicamento de especialidad:</b> Usted debe pagar el 33 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 – medicamentos Select Care:</b> Usted debe pagar \$0 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>		
<p>Los costos que figuran en esta fila corresponden a un suministro de medicamento para un mes (30 días) cuando surte la receta en una farmacia que pertenece a la red y que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro de medicamento a largo plazo o del servicio de pedidos por correo, consulte en la sección 5, del capítulo 6, de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestro "Listado de medicamentos". Si desea saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en el "Listado de medicamentos".</p>	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,660, pasará a la Etapa de brecha en la cobertura.</p>	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$5,030, pasará a la Etapa de brecha en la cobertura.</p>

**Cambios en las etapas de brecha en la cobertura y cobertura en caso de catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos; es decir, la Etapa de brecha en la cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, están dirigidas a personas que toman medicamentos de costos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha en la cobertura ni la Etapa de cobertura en caso de catástrofes.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, no deberá hacer ningún pago por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Si desea obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7, del capítulo 6, en la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en Prominence Plus (HMO)

Si desea continuar en nuestro plan, no necesita hacer nada más. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se inscribirá automáticamente en Prominence Plus (HMO).

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Si bien esperamos que continúe siendo nuestro miembro el próximo año, le informamos que, si desea cambiar de plan para el 2024, debe seguir los siguientes pasos:

#### Paso 1: Infórmese acerca de sus opciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- *O bien*, puede cambiarse a Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 que trata sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes 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 2024*, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). Aprovechamos la oportunidad para recordarle que Prominence Health Plan ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Dichos planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie la cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese al nuevo plan. En este caso, se cancelará su inscripción automáticamente en Prominence Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. En este caso, se cancelará su inscripción automáticamente en Prominence Plus (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe optar por una de las siguientes opciones:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O bien*, comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo a partir del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

### ¿Se puede realizar un cambio en otros períodos del año?

En algunos casos, se permite hacer cambios en otros períodos del año. Estos períodos incluyen personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2024 y no está conforme con el plan que eligió, tiene estas opciones: puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare, ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare; o puede cambiarse a Original Medicare, ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare, entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a un centro de enfermería especializada, un hospital de atención a largo plazo o un establecimiento similar, vive actualmente en uno o acaba de mudarse de este, puede cambiar su cobertura de Medicare **cuando usted lo desee**. Del mismo modo, puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare, ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o cambiarse a Original Medicare, ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare, cuando usted lo estime conveniente.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que dispone de asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP).

Se trata de un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría **gratuita** sobre seguros de salud locales a personas que cuentan con Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. De igual manera, pueden ayudarle a comprender las opciones de planes que le ofrece Medicare y responderán sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) en su sitio web <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

## SECCIÓN 6 Programas que brindan asistencia con el pago de los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir asistencia con el pago de los medicamentos recetados. A continuación, incluimos los diferentes tipos de asistencia que puede recibir:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional”, a fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, a quienes cumplan con los requisitos no se les aplicará una multa por un período sin cobertura ni por inscripción tardía. Si desea saber si reúne los requisitos, 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.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 desde las 8 a. m. hasta las 7 p. m., de lunes a viernes, y solicite hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - O bien, a la oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia para fármacos.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica contra el VIH (Texas HIV State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad o afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/Sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para este programa que tienen un diagnóstico de VIH/Sida tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Estas personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen pruebas de residencia en el estado, un diagnóstico de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado de residencia y una situación de no contar con seguro o contar con un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el programa ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica contra el VIH de Texas (SPAP). Si desea obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090 o 1-737-255-4300.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Prominence Health Plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos a su servicio. Llame a Servicios para miembros al 1-855-969-5882. Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos las llamadas telefónicas desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Le invitamos a leer la *Evidencia de cobertura 2024* que contiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año.**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios que se aplicarán a sus beneficios y costos para 2024. Si desea obtener información más detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Prominence Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios que le ofrece su plan. En este documento se explican sus derechos, además, del reglamento que debe seguir para que sus servicios y medicamentos recetados tengan cobertura. Puede acceder a una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). También puede comunicarse con Servicios para miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo postal.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web [www.ProminenceMedicare.com](http://www.ProminenceMedicare.com). Asimismo, le recordamos que en nuestro sitio web encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestro *Listado de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Listado de medicamentos*).

### Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible 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)). Encontrará información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad mediante estrellas que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Si desea acceder a la información acerca de los planes, consulte [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare Y Usted 2024***

Lea el manual *Medicare Y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, además de las respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.