

Prominence Dual (HMO D-SNP) es proporcionado por Prominence Health Plan

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de Prominence Dual (HMO D-SNP). 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, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.ProminenceMedicare.com. También puede comunicarse con Servicios para miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo postal.

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 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 Dual (HMO D-SNP).
- Si **desea cambiarse a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto significa que su inscripción en Prominence Dual (HMO D-SNP) llegará a su fin.
- Consulte la página 11, de la sección 4, para obtener más información acerca de sus opciones.
- 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 si desea 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.

Información acerca de Prominence Dual (HMO D-SNP)

- 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. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa de Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para informarse acerca de todos 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 Dual (HMO D-SNP).

Y0109_STXDSNPANOC24_SP_C

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en Prominence Dual (HMO D-SNP) en 2024	5
SECCIÓN 2 Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	6
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	9
SECCIÓN 4 Cómo decidir cuál plan elegir	12
Sección 4.1: Si desea permanecer en Prominence Dual (HMO D-SNP).....	12
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan	13
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid.....	14
SECCIÓN 7 Programas que brindan asistencia con el pago de los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?	15
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de Prominence Health Plan.....	15
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	15
Sección 8.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	16

Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos de Prominence Dual (HMO D-SNP) correspondientes al 2023 y 2024 en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que a continuación se muestra solo un resumen de los costos.** Si cumple con los requisitos para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por el deducible, las visitas al consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>* Prima mensual del plan</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
Visitas al consultorio del médico	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta.</p>
Hospitalizaciones	Usted debe pagar \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.	Usted debe pagar \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección <i>[edit section number as needed]</i> 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para todos los medicamentos cubiertos: Usted debe pagar \$0. <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. 	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para todos los medicamentos cubiertos: Usted debe pagar \$0. <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> En esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</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>	<p>\$3,650</p> <p>Usted no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se destine al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se destine al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en Prominence Dual (HMO D-SNP) en 2024

Si no toma ninguna acción durante el 2023, le inscribiremos automáticamente en Prominence Dual (HMO D-SNP). En otras palabras, a partir del 1 de enero de 2024, Prominence Dual (HMO D-SNP), le ofrecerá la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener la cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de medicamentos recetados, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Este cambio entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

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)
<p>Prima mensual</p> <p>(También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año.</p>

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)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se destine al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos, como los copagos, se cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo, mientras que los costos de los medicamentos recetados no se cuentan para dicho monto máximo.</p>	<p>\$3,650</p> <p>Usted no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se destine al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se destine al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

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. 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.

Se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024 con el fin de saber si los proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, entre otros) forman parte de nuestra red.***

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

Tenga en cuenta que a través del *Aviso anual de cambios* se le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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)
Productos de venta libre (OTC)	Beneficio máximo de \$50 cada mes.	Beneficio máximo de \$280 cada trimestre.
Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (SSBCI): alimentos y productos agrícolas/apoyos generales para la asignación de costos de vida	<p>Esta asignación mensual se proporciona a través de nuestro proveedor de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y se puede utilizar para comprar productos agrícolas y alimentos saludables.</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>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado otras afecciones crónicas, como hipertensión, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, entre otras, y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$100 por mes. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de las afecciones crónicas consideradas elegibles.</p>	<p>Esta asignación combinada mensual se proporciona a través del programa de proveedores de OTC y se puede utilizar para comprar productos agrícolas y alimentos saludables, así como para subsidiar facturas de servicios públicos, como el agua y la energía eléctrica.</p> <p>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$275 por mes; el monto máximo.</p> <p>Los miembros a quienes se les ha diagnosticado otras afecciones crónicas, como hipertensión, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, entre otras, y que participan en un programa de administración de la atención reciben \$125 por mes. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de las afecciones crónicas consideradas elegibles.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
VBID: asignación para alimentos y productos agrícolas	Beneficio máximo de \$25 cada mes.	Sin cobertura.
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	Sin cobertura.	<p>Usted debe pagar el 0 % del costo total.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para informarse acerca de los detalles del programa.</p>
Servicios dentales complementarios: atención preventiva	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Limpieza dental, una vez cada seis meses.</p> <p>Exámenes bucales, una vez cada seis meses</p> <p>Tratamiento con flúor, una vez al 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>Tratamiento con flúor, dos veces al año</p>
Servicios de atención médica en el hogar	Es posible que se requieran derivaciones y autorizaciones previas.	<p>No se requieren derivaciones.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Servicios de médicos especialistas	No se requieren derivaciones ni autorizaciones previas.	Es posible que se requieran derivaciones y autorizaciones previas.
Beneficios adicionales de telesalud	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios educativos sobre enfermedad renal	No se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Es posible que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Enemas opacos cubiertos por Medicare	Es posible que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Exámenes rectales digitales	Es posible que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Electrocardiograma después de la consulta de bienvenida	Es posible que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Beneficio de acondicionamiento físico	Es posible que se requiera autorización previa.	No se requiere autorización previa.

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, que también se encuentra disponible en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com.

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

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)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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>Para todos los medicamentos cubiertos: 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>Para todos los medicamentos cubiertos: Usted debe pagar \$0 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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 alcanza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 Dual (HMO D-SNP)

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 Dual (HMO D-SNP).

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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, le ofrecemos las siguientes opciones: use el buscador de planes de Medicare 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 5); o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Aprovechamos la oportunidad para recordarle que Prominence Health Plan ofrece otros planes de salud 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 Dual (HMO D-SNP).
- 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 Dual (HMO D-SNP).
- 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo 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 con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Como tiene la cobertura del programa STAR+PLUS de Texas, puede cancelar su afiliación a nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo.
- Abril a junio.
- Julio a septiembre.

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 y Medicaid

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 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>.

Si tiene preguntas acerca de los beneficios de Medicaid de Texas, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263 (TTY 711), disponible de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede comunicarse con la oficina del ómbudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-877-787-8999 (TTY 711), disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Si desea saber de qué manera inscribirse a otro plan o reincorporarse a Original Medicare afecta la cobertura de Medicaid de Texas.

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.** Debido a que usted cuenta con Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", también denominada Subsidio por Bajos Ingresos. El programa "Ayuda adicional" paga algunas de sus primas por medicamentos recetados, coseguros y deducibles anuales. Como usted cumple con los requisitos, no se le aplicará una multa por periodos sin cobertura ni por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional” llame a 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 Texas Kidney Health Center 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.

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del 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 el 2024. Si desea obtener información más detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* de Prominence Dual (HMO D-SNP) para 2024. 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. 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. 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). 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.

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); le atenderán las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

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