

Prominence Plus (HMO) es proporcionado por Prominence Health Plan en el norte de Nevada.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Prominence Beyond. Le informamos que, el próximo año, se implementarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 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 llamar a 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 nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de la cobertura y la distribución de costos compartidos.
 - Piense en cuánto dinero tendrá que gastar en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios realizados en la “Lista de medicamentos” correspondiente al 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún cuentan con cobertura.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o tendrá restricciones diferentes, como una autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, entre otros proveedores, incluidas las farmacias, continuarán formando parte de nuestra red el próximo año.

- Verifique si califica para recibir ayuda para el pago de medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- 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 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, será inscrito automáticamente en *Prominence Plus*.
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto significa que su inscripción en *Prominence Beyond* llegará a su fin.
- Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive actualmente en una, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee. Si, recientemente, se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mude.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español 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. Esta llamada es gratuita.
- 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.

Acerca de *Prominence Plus*

- 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. Para conocer los requisitos de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.
 - Cuando en este documento se mencione “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Prominence Health Plan. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prominence Plus.
-

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Prominence Plus en 2025	7
SECCIÓN 2 Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	8
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios de atención médica	9
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	15
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	19
SECCIÓN 4 Cómo decidir cuál plan elegir	19
Sección 4.1: Si desea permanecer en <i>Prominence Plus</i>	19
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 5: Plazo para cambiar de plan.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	21
SECCIÓN 7 Programas que brindan asistencia con el pago de los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?	23
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de <i>Prominence Health Plan</i>	23
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de *Prominence Plus* correspondientes al 2024 y 2025 en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que, a continuación, se muestra solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener información más detallada).</p>	\$6,200	\$3,400
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consulta con un especialista: Copago de \$45 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta.</p> <p>Consulta con un especialista: Copago de \$25 a \$35 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Hospitales de nivel 1:</p> <p>Usted debe pagar copago de \$145 diarios por 1 a 6 días.</p> <p>Usted debe pagar copago de \$0 diarios por 7 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2:</p> <p>Usted debe pagar copago de \$335 diarios por 1 a 6 días.</p> <p>Usted debe pagar copago de \$0 diarios por 7 a 90 días.</p>	<p>Hospitales de nivel 1:</p> <p>Usted debe pagar copago de \$50 diarios por 1 a 6 días.</p> <p>Usted debe pagar copago de \$0 diarios por 7 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2:</p> <p>Usted debe pagar copago de \$250 diarios por 1 a 6 días.</p> <p>Usted debe pagar copago de \$0 diarios por 7 a 90 días.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener información más detallada).</p>	<p>Deducible: \$545</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 • Medicamento de nivel 2: \$12 • Medicamento de nivel 3: \$35 • Medicamento de nivel 4: \$100 • Medicamento de nivel 5: 25 % • Medicamento de nivel 6: \$0 <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no debe pagar nada. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 • Medicamento de nivel 2: \$12 • Medicamento de nivel 3: \$45 • Medicamento de nivel 4: \$100 • Medicamento de nivel 5: 33 % • Medicamento de nivel 6: \$0 <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Prominence Plus en 2025

El 1 de enero de 2025, *Prominence Health Plan* combinará *Prominence Beyond* con uno de nuestros planes: *Prominence Plus*. Este documento le explica las diferencias entre los beneficios actuales de *Prominence Beyond* y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2025 como miembro de *Prominence Plus*.

Si no toma ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en *Prominence Plus*. En otras palabras, a partir del 1 de enero de 2025, *Prominence Plus* 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. Si es elegible para la “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare)	\$0	\$0 No hay cambios para los beneficios del próximo año.
Prima mensual para los servicios dentales complementarios opcionales (Incluye una asignación anual de \$7,500): llame a Servicios para miembros al 855-969-5882 para agregar o eliminar para 2025.	\$32	\$60

- 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$6,200	\$3,400
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.		Una vez que haya pagado \$3,400 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 montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados se cubren *únicamente* si se surte en una de nuestras farmacias de la red.

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 2025* www.prominencemedicare.com 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

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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Dispositivos de seguridad en el baño	Usted no debe pagar nada.	Este servicio no está cubierto.
Servicios odontológicos	<p>Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$4,000 por año calendario.</p> <p>Servicios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. • Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0. • Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. • Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. <p>Servicios odontológicos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: copago de \$0. • Servicios de endodoncia: copago de \$0. • Prostodoncia: copago de \$0. • Prostodoncia: copago de \$0. 	<p>Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$2,000 por año calendario.</p> <p>Servicios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. • Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0. • Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. • Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0. <p>Servicios odontológicos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: copago de \$50 a \$100. • Servicios de endodoncia: copago de \$100. • Prostodoncia: copago de \$50 a \$100.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0. <p>Deberá usar la red de proveedores de Delta Dental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prostodoncia: copago de \$50 a \$100. Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$50 a \$100. <p>Deberá usar la red de proveedores dentales de FCL Dental. Visite ProminenceMedicare.com/dental o llame a Servicios para miembros para encontrar un dentista.</p>
Tarjeta de beneficios adicionales (OTC)	\$110 por trimestre para suministros y medicamentos de venta libre (OTC).	\$75 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).
Anteojos	Monto de asignación de beneficios combinados de \$500 para todos los anteojos.	Monto de asignación de beneficios combinados de \$200 para todos los anteojos.
Audífonos (todos los tipos)	Recibe una asignación de \$800 por oído, cada año.	Recibe una asignación de \$600 por oído, cada año.
Estadía para pacientes hospitalizados con afecciones agudas cubierta por Medicare	<p>Nivel 1: Copago de \$145 por día, desde el día 1 hasta el día 6. Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90.</p> <p>Nivel 2: Copago de \$335 por día, desde el día 1 hasta el día 6. Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90.</p>	<p>Nivel 1: Copago de \$50 por día, desde el día 1 hasta el día 6. Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90.</p> <p>Nivel 2: Copago de \$250 por día, desde el día 1 hasta el día 6. Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC) cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$100 por consulta para los servicios de ASC cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por consulta para los servicios de ASC cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$15 por estos servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$5 por estos servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$20 por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare	Usted paga un mínimo de copago de \$60 por consulta de servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga un máximo de copago de \$100 por consulta para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga un mínimo de copago de \$20 por consulta de servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga un máximo de copago de \$60 por consulta de servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
Atención en casos de emergencia cubierta por Medicare	Usted paga un mínimo de copago de \$80 por consulta en la atención en casos de emergencia cubierta por Medicare. Paga un máximo de copago de \$120 por consulta para atención en casos de emergencia de emergencia cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$140 por visita para la atención en casos de emergencia cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga un copago de \$15 por consulta para los servicios de	Usted paga un copago de \$5 por consulta para los servicios de

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
intensiva cubiertos por Medicare	rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
Servicios de observación cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$250 por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$100 por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare.
Servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$15 por consulta para servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$5 por consulta para servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.
Otros servicios para profesionales de atención médica cubiertos por Medicare (asistente médico/personal de enfermería especializado)	<p>Usted paga un mínimo de copago de \$0 por consulta para otros servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un máximo de copago de \$45 por consulta para otros servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un mínimo de \$0 de copago por consulta para otros servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare con un proveedor de atención primaria.</p> <p>Usted paga un máximo de \$35 de copago por consulta para otros servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare con un proveedor especialista.</p>
Servicios de fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$50 por consulta para los servicios de fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para los servicios de fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$45 por consulta con médicos especialistas cubiertos por Medicare.	<p>Usted paga un mínimo de copago de \$25 por consulta por servicios con un médico especialista cubiertos por Medicare con un proveedor preferido.</p> <p>Usted paga un máximo de copago</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		de \$35 por consulta por servicios con un médico especialista cubiertos por Medicare en un proveedor no preferido.
Servicios de podología cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$15 por consulta para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$5 por consulta para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios bajo supervisión (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierta por Medicare para servicios de arteriopatía periférica sintomática (Symptomatic Peripheral Artery Disease, PAD)	Usted paga un copago de \$15 por consulta para la Terapia de ejercicios bajo supervisión (SET) cubierta por Medicare para servicios de Enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).	Usted paga un copago de \$5 por consulta para la Terapia de ejercicios bajo supervisión (SET) cubierta por Medicare para servicios de Enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).
Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por consulta para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.	Usted paga un 20 % de coseguro por consulta para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.
Servicios de urgencia cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$50 por consulta para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$30 por consulta para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.
Sesiones grupales de servicios de especialidad en salud mental cubiertas por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por consulta para sesiones grupales cubiertas por Medicare en servicios de especialidad en salud mental.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para sesiones grupales cubiertas por Medicare en servicios de especialidad en salud mental.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Sesiones individuales de servicios de especialidad en salud mental cubiertas por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por consulta para sesiones individuales de servicios de especialidad en salud mental cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para sesiones individuales de servicios de especialidad en salud mental cubiertas por Medicare.
Sesiones grupales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por consulta para sesiones grupales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para sesiones grupales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare.
Sesiones individuales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare	Usted paga un copago de \$35 por consulta para sesiones individuales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por consulta para sesiones individuales de servicios psiquiátricos cubiertas por Medicare.
Supervisión remota del paciente	Este servicio no está cubierto.	Programa de seguimiento a distancia iniciado por el coordinador de atención del plan de salud donde los afiliados calificarían para el monitoreo remoto del paciente (Remote Patient Monitoring, RPM). Se monitorean signos vitales tales como los niveles de oxígeno, el peso y la presión arterial mediante la recopilación continua de datos con una frecuencia que depende de la necesidad clínica y la afección.
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) Estadía cubierta por Medicare	Usted paga copago de \$0 por día para los días 1 a 20. Usted paga copago de \$203 por día para los días 21 a 100.	Usted paga copago de \$20 por día para los días 1 a 20. Usted paga copago de \$214 por día para los días 21 a 100.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI): asignación para alimentos y productos agrícolas.	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.	Sin cobertura.
Transporte en caso de necesidades relacionadas con la salud	Viajes ilimitados.	24 viajes de ida al año.
Transporte (no médico)	20 viajes de ida al año.	Este servicio no está cubierto.
Cobertura mundial de emergencia y urgencia	Recibe una asignación combinada de \$50,000 para servicios de urgencia y de emergencia en todo el mundo.	Recibe una asignación combinada de \$25,000 para servicios de urgencia y de emergencia en todo el mundo.

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. Se brinda una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hemos efectuado cambios en nuestra “Lista 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 la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y, además, para saber si se aplicarán restricciones o si el medicamento se trasladó a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios facultados por el reglamento de Medicare y que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con el fin de proporcionarle la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afecte el acceso a un medicamento que toma, le enviaremos un aviso sobre tal modificación.

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 o intentar conseguir un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros con el fin de obtener más información.

Actualmente, podemos retirar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico del mismo nivel o menor de costos compartidos y con las mismas restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero se lo trasladará de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos o se agregarán nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por productos de características biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que será reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no consiga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, no recibirá aún información sobre el cambio específico efectuado, pero podrá recibirla después de que efectuemos tal modificación.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, a quien prescribe recetas o a su farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios 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 *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda*

Adicional” para pagar medicamentos recetados, (que también se conoce como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingreso o Anexo de LIS), que le explica sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional”, pero no recibe este encarte antes del 1 de octubre de 2024, llame a Servicios para miembros y pregunte por el Anexo de LIS.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago por medicamentos:** La Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. El Período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en los beneficios de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos para fabricantes. Conforme al Programa de descuentos para fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Deducible de \$545 para los niveles 3, 4 y 5.	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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial		
En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Nivel 1: Genérico preferido Usted debe pagar \$0 por receta.	Nivel 1: Genérico preferido Usted debe pagar \$0 por receta.
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si desea saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.	Nivel 2: Genérico Usted debe pagar \$12 por receta.	Nivel 2: Genérico Usted debe pagar \$12 por receta.
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted debe pagar \$35 por receta.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted debe pagar \$45 por receta.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se cubren sin que signifique costo alguno para usted.</p>	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos Usted debe pagar \$100 por receta.</p>	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos Usted debe pagar \$100 por receta.</p>
	<p>Nivel 5: Medicamento de especialidad Usted paga el 25 % del costo total.</p>	<p>Nivel 5: Medicamento de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p>
	<p>Nivel 6: Medicamentos Select Care Usted debe pagar \$0 por receta.</p>	<p>Nivel 6: Medicamentos Select Care Usted debe pagar \$0 por receta.</p>
	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$5,030, pasará a la siguiente etapa (el Período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofes).</p>

Cambios en la etapa de cobertura en caso de catástrofes

La Etapa de cobertura en caso de catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga que pagar costos compartidos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Si desea obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No aplica.	<p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con la cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían durante el año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-855-969-5882 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4: Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en *Prominence Plus*

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 nuestro *Prominence Plus*.

Sección 4.2: 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 2025, 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, le ofrecemos las siguientes opciones: use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare); lea el manual *Medicare y Usted 2025*; llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 6); o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

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**, inscribáse al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en *Prominence Beyond*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en *Prominence Beyond*.
- 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 5: 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 2025.

¿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.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2025 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 para medicamentos con receta 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 2025.

Si vive actualmente en una institución o acaba de mudarse a esta (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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. Si, recientemente, se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mude.

SECCIÓN 6: Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que dispone de asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el programa SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Medicare (SHIP) de Nevada.

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 Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Nevada (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. De igual manera, pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes que le ofrece Medicare y responderán sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada al 1-800-307-4444. Asimismo, puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) de Medicare de Nevada a través del sitio web (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog).

SECCIÓN 7: 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” para 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 o 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
 - Su oficina de Medicaid del estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia para fármacos.** Nevada cuenta con un programa llamado Senior Rx 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. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen pruebas de residencia en el estado y estado de VIH, ingresos bajos según la definición del estado y estado de sin seguro/subseguro. 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 a través de la Oficina de VIH/sida de Nevada. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 702-274-2453. Al llamar, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
 - **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **cuotas mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos".**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son mejores que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de

medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 855-969-5882 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 8.1: 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 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 2025 (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 2025. Si desea obtener información más detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2025 para Prominence Plus*. 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 y el 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 llamar a 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 nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 8.2: 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 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. 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); lo atenderán las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.