

Prominence Plus (HMO) es proporcionado por *Prominence Health Plan en el norte de Texas*

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro en Prominence Plus. 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 y la distribución de los costos compartidos.
 - Piense en cuánto dinero tendrá que gastar en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios realizados en el "Listado 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 verificar si alguno de estos medicamentos cambiará a un nivel diferente de costos compartidos o estará sujeto a nuevas restricciones, como 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 (SHIP) para consultar 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, permanecerá 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 de enero de 2025**. Esto significa que su inscripción en Prominence Plus llegará a su fin.
- 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 de plan o cambiarse a Original Medicare cuando lo desee, ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare. Si se mudó recientemente de una institución, tendrá la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante los dos meses completos posteriores al mes en que se haya mudado.

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 \(Internal Revenue Service, IRS\)](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 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. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad.
- Cuando en este documento se mencione “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Prominence Health Plan. Del mismo modo, 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: Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año ...	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios de atención médica	8
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2: Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3: Cómo decidir cuál plan elegir	16
Sección 3.1: Si desea permanecer en <i>Prominence Plus</i>	16
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4: Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 5: Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	17
SECCIÓN 6: Programas que brindan asistencia con el pago de los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7: ¿Tiene alguna pregunta?	19
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de <i>Prominence Plus</i>	19
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	20

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 es 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 1.1 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 1.2 para obtener información más detallada.</p>	\$3,700	\$3,250
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con especialistas: Copago de \$20 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con especialistas: Copago de \$20 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Hospitales de nivel 1: Usted paga un copago de \$50 diarios por 1 a 5 días. Usted paga un copago de \$0 diarios por 6 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2: Usted paga un copago de \$250 diarios por 1 a 5 días. Usted paga un copago de \$0 diarios por 6 a 90 días.</p>	<p>Hospitales de nivel 1: Usted paga un copago de \$50 diarios por 1 a 5 días. Usted paga un copago de \$0 diarios por 6 a 90 días.</p> <p>Hospitales de nivel 2: Usted paga un copago de \$250 diarios por 1 a 5 días. Usted paga un copago de \$0 diarios por 6 a 90 días.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Consulte la sección 1.5 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"> • Medicamento de nivel 1: \$0 • Medicamento de nivel 2: \$12 • Medicamento de nivel 3: \$35 • 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, 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: Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: 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 se aplicarán 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 cobertura para 2025.	\$30	\$46

- 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 1.2: 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 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	\$3,250 Una vez que haya pagado \$3,250 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades 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 son cubiertos *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 de 2025 www.prominencemedicare.com con el fin de saber si los proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) 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 1.4: 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 quiroprácticos: atención de rutina	Usted paga un copago de \$10 por visita para Servicios quiroprácticos: atención de rutina. Limitado a 12 visitas por año.	Este servicio no está cubierto.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios odontológicos	<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 \$0. • Endodoncia: copago de \$0. • Periodoncia: copago de \$0. • Prostodoncia: copago de \$0. • Cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0. <p>Debe usar la red de proveedores de Delta Dental.</p>	<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-\$100. • Endodoncia: copago de \$100. • Periodoncia: copago de \$50-\$100. • Prostodoncia: copago de \$50-\$100. • Cirugía oral y maxilofacial: copago de \$50-\$100. <p>Debe usar la red de proveedores dentales de FCL Dental. Visite ProminenceMedicare.com/dental o llame a Servicios para miembros para encontrar un dentista.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Tarjeta de beneficios adicionales (OTC)	\$85 por trimestre para suministros y medicamentos de venta libre (OTC). Los saldos no utilizados no se transferirán al siguiente período.	\$85 por trimestre para suministros y medicamentos de venta libre (OTC). Los saldos no utilizados no se transferirán al siguiente período.
Atención de emergencia cubierta por Medicare	Usted paga un copago mínimo de \$110 por visita para la atención de emergencia cubierta por Medicare. Usted paga un copago máximo de \$135 por visita para atención de emergencia cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$140 por visita para la atención de emergencia cubierta por Medicare.
Servicios de observación cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$100 por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$125 por consulta para los servicios de observación cubiertos por Medicare.
Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$20 por consulta para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.	Usted paga un coseguro del 20 % por consulta para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.
Línea de atención directa de enfermería	Este servicio no está cubierto.	Cubierto: no paga nada por este beneficio.
Supervisión remota del paciente	Este servicio no está cubierto.	El programa de seguimiento a distancia es una iniciativa del coordinador de atención del plan de salud, en el que los miembros que califican pueden beneficiarse de la supervisión remota del paciente (RPM). Este sistema permite supervisar de

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		manera continua signos vitales como los niveles de oxígeno, el peso y la presión arterial. La frecuencia con la que se recopilan estos datos varía según la necesidad clínica y la afección del paciente.
Cuidado de rutina de los pies	Usted paga un copago de \$10 por visita para el cuidado de rutina de los pies.	Este servicio no está cubierto.
Centro de enfermería especializada (SNF) Estadía cubierta por Medicare	Copago de \$0 por día, para los días 1 a 20. Copago de \$160 por día, para los días 21 a 45. Copago de \$0 por día, para los días 46 a 100.	Copago de \$20 por día, para los días 1 a 20. Copago de \$214 por día, para los días 21 a 100.
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	Viajes de ida ilimitados a una ubicación aprobada por el plan, que esté relacionada con la salud.	24 viajes de ida al año a una ubicación aprobada por el plan, que esté relacionada con la salud.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$110 por visita para la cobertura de emergencia mundial.	Usted paga un copago de \$125 por visita para la cobertura de emergencia mundial.

Sección 1.5: 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, es posible que realicemos otros cambios permitidos por el reglamento de Medicare, los cuales podrían afectarle durante el año del plan. Actualizamos nuestro Listado de medicamentos en línea al menos una vez al mes con el fin de proporcionarle el listado de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre dicho cambio.

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 de nuestro Listado de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica que esté en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo, y que tenga las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que también decidamos mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero se lo trasladará de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos, se agregarán nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que es reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba una notificación del cambio con 30 días de antelación. Además, podría no obtener un 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, aún recibirá información sobre el cambio específico realizado, aunque puede llegar después de que se haya efectuado el cambio.

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 (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 solicitar más información a su proveedor de atención médica, al que 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 *"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 2024, llame a Servicios para miembros y pregunte por el *Anexo de LIS*.

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

El Programa de descuentos por período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. Conforme al Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos contribuyen con una parte del costo total del plan para 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 proporcionados por los fabricantes según el Programa de descuentos del fabricante no se 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	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	2024 (este año)	2025 (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>Los costos que figuran en esta tabla 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.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o en una farmacia de la red que ofrezca una distribución de costos compartidos preferida, consulte 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, búsquelos en el "Listado de medicamentos".</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se cubren sin que signifique costo alguno para usted.</p>	<p>Nivel 1: genérico preferido Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: genérico Usted debe pagar \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted debe pagar \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted debe pagar \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: NA Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$5,030, pasará a la siguiente etapa, la Etapa de período sin cobertura.</p>	<p>Nivel 1: genérico preferido Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: genérico Usted debe pagar \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted debe pagar \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted debe pagar \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: medicamentos de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: NA Usted debe pagar \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, avanzará 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 contribuirán con una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofes. Los descuentos proporcionados por los fabricantes según el Programa de descuentos del fabricante no se 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 deba 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 la sección 6 del capítulo 6, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2: 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 recetados de Medicare es una nueva opción que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (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 3: Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en *Prominence Plus*

Si desea continuar en nuestro plan, no necesita hacer nada. 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*.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Si bien esperamos que continúe su membresía 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 5); 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. Su inscripción en *Prominence Plus* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en *Prominence Plus* se cancelará automáticamente.
- 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 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 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 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 se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante los dos meses completos siguientes al mes en que se haya mudado.

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 sobre Información de la Salud (Health Information Counseling & 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 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
 - a la oficina de Medicaid del estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia para fármacos.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas (Texas State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 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. Si desea ser elegible para el programa ADAP disponible en su estado, debe cumplir con determinados criterios, incluido el comprobante de residencia en el estado y un diagnóstico de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado, 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 a través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas (SPAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-800-255-1090 o 1-737-255-4300. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción que estará disponible a partir de 2025 para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle 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 SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos. Además, 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 1-855-969-5882 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7: ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de *Prominence Plus*

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