

## **Prominence Dual (HMO D-SNP) ofrecido por Prominence Health Plan en el sur de Texas**

### **Aviso anual de cambios para 2025**

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 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, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo postal.

---

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** 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, incluyendo las restricciones de cobertura y los 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 estará sujeto a diferentes restricciones, como una autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para el 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. COMPARE: 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista que se encuentra al reverso de su manual *Medicare y Usted 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. ELIJA: decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, 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 2025**. Esto pondrá fin a su inscripción a Prominence Dual (HMO D-SNP).
- Consulte la página 11, de la sección 3, para obtener más información acerca de sus opciones.
- 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 cuando lo desee, ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare. 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 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. Esta llamada es gratuita.
- Si tiene preguntas sobre este documento, también puede visitar nuestro sitio web en <https://prominencemedicare.com/news-and-events/member-events/> y buscar un evento para miembros cerca de su ubicación.
- 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 con el requisito de responsabilidad compartida de la persona que la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) exige. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) .

### **Información acerca de Prominence 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 para conocer 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).
-

**Aviso anual de cambios para el 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 ..... 10

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 14**

    Sección 2.1: Si desea permanecer en *Prominence Dual* ..... 14

    Sección 2.2: Si desea cambiar de plan ..... 14

**SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan ..... 15**

**SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid..... 16**

**SECCIÓN 5 Programas que brindan asistencia con el pago  
de los medicamentos recetados ..... 16**

**SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? ..... 17**

    Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de *Prominence Health Plan* ..... 17

    Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 18

    Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid ..... 18

## Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla siguiente se comparan los costes de 2024 y 2025 para Prominence Dual (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si tiene derecho a la ayuda para sufragar los costos compartidos de Medicare con Medicaid, pagará \$0 por la franquicia, las visitas al consultorio del médico y las estancias hospitalarias.

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<p><b>* Prima mensual del plan</b>      \$0</p> <p>* Es posible que su prima sea mayor que este monto. Véase la sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<p>Consultas de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$0.</p>	<p>Consultas de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$0.</p>
<b>Hospitalizaciones</b>	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><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener información más detallada).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para todos los medicamentos cubiertos: usted paga \$0</p> <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta fase de pago, el plan abona el coste total de los medicamentos cubiertos por la Parte D y <b>de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestra prestación ampliada.</b> Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para todos los medicamentos cubiertos: usted paga \$0</p> <p>Cobertura en caso de catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y <b>de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></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>	<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>	<p>\$9,350</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 Cambios aplicables a los beneficios y costos para el próximo año**

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<b>Prima mensual</b> (También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0  No hay cambios para el próximo año de prestaciones.

**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 (año próximo)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> <b>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo.</b> 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.  Los costos por los servicios médicos que tengan cobertura, como los copagos, cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos por los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$8,850	\$9,350  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.

### Sección 1.3: 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 son cubiertos únicamente si se surte en una de nuestras farmacias de la red.

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

Se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) estén dentro 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

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	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<b>Servicios quiroprácticos - Atención de rutina</b>	Usted no debe pagar nada. Limitado a 12 consultas al año.	Usted paga un copago de \$20 por consulta para Servicios quiroprácticos: atención de rutina. Limitado a 12 consultas por año.

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<p><b>Servicios odontológicos</b></p>	<p>Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$4,000 por año natural.</p> <p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> <li>• Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0</li> <li>• Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> <li>• Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: copago de \$0</li> <li>• Endodoncia: copago de \$0</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia: copago de \$0</li> <li>• Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0</li> </ul> <p>Debe usar la red de proveedores de Delta Dental.</p>	<p>Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$4,000 por año natural.</p> <p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> <li>• Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0.</li> <li>• Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> <li>• Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: copago de \$0</li> <li>• Endodoncia: copago de \$0</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia: copago de \$0</li> <li>• Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0</li> </ul> <p>Debe utilizar la red de proveedores de FCL Dental. Visite <a href="http://ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a> o llame a Servicios para miembros para encontrar a un dentista.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<b>Tarjeta de beneficios adicionales (OTC)</b>	\$280 por trimestre para suministros y medicamentos de venta libre (OTC).	\$180 al mes para suministros y medicamentos de venta libre (OTC), comida sana y servicios públicos (electricidad y agua).
<b>Evaluación de la seguridad en el hogar</b>	Este servicio no está cubierto.	Usted no paga nada por este beneficio.
<b>Transporte</b>	Viajes ilimitados de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	48 viajes de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.
<b>Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (SSBCI): asignación para alimentos y frutas y vegetales.</b>	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.	Los alimentos saludables estarán incluidos en la tarjeta de beneficios adicionales (OTC).
<b>Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (SSBCI): asignación para comida saludable/servicios públicos</b>	Los miembros con bajos ingresos pueden reunir los requisitos para \$125 al mes.	La asignación para alimentos saludables ahora está cubierta mediante la tarjeta de beneficio adicional (OTC).

## Sección 1.5: 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 "Listado de medicamentos". Se brinda una copia de nuestra "Lista de medicamentos" en formato electrónico, que también se encuentra disponible en nuestro sitio web [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com).

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, 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. No obstante, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea con el fin de proporcionarle el listado de medicamentos más reciente. Si realizamos algún cambio que afecte a su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el 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 y/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 en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca al que reemplaza. 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 determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido 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 toma el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que hagamos 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 (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte 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 beneficios y los costos de los medicamentos recetados**

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 de 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 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 en virtud del Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Cambios en la Etapa de deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	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 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>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.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o en una farmacia de la red que ofrece</p>	<p>Para todos los medicamentos cubiertos: usted paga \$0</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$5,030, pasará a la próxima etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Para todos los medicamentos cubiertos: usted paga \$0</p> <hr/> <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 casos de catástrofes).</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<p>costos compartidos preferidos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>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, búselos en la "Lista 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>		

### **Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID**

Para 2025, este plan participa en el modelo de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID), que está diseñado para seguir reduciendo sus costos compartidos por los medicamentos de la Parte D. Si tiene alguna pregunta sobre cómo este cambio puede afectar el costo de sus medicamentos recetados, llame a Servicios para miembros al 855-969-5882.

### **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 en virtud del Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

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

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

## SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea permanecer en *Prominence Dual*

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 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerte como socio el año que viene, pero si quiere cambiar de planes para 2025 siga estos pasos:

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

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O, puede cambiarse a Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse 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](http://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 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. Se le dará de baja automáticamente de Prominence Dual (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de 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 3 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.

Como tiene cobertura del programa STAR+PLUS de Texas, puede cancelar su afiliación a nuestro plan cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluido:

- Original Medicare *con* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.
- O bien, si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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 se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada, un hospital de atención a largo plazo o un establecimiento similar) o vive actualmente en una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. 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 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

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 Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de la 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 Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Nevada 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 sobre sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, 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 Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, 1-877-787-8999 (TTY 711), disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo afecta el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original a su cobertura de Texas Medicaid.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

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 Asignación por Bajos Ingresos. El programa "Ayuda adicional" paga algunas de sus primas por medicamentos recetados, coseguros y deducibles anuales. Usted es elegible, por lo tanto, no se le aplica una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca de la "Ayuda Adicional", llame al:
  - 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY pueden 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 farmacéutica.** Texas cuenta con un programa denominado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas (SPAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, edad o estado de salud. Para obtener más información sobre el 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, incluyendo la prueba 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 de la Oficina de VIH/Sida de Nevada. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito en la actualidad, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-800-255-1090 o al 1-737-255-4300. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1: 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.**

En este *Aviso anual de cambios* se 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 de Prominence Dual (HMO D-SNP) para 2025*. 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 encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.prominencemedicare.com](http://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](http://www.ProminenceMedicare.com). Asimismo, le recordamos que en nuestro sitio web encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"Lista de medicamentos")*.

---

## Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Encontrará información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad mediante estrellas que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare y Usted 2025*

Leer 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.

---

## Sección 6.3: 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.