

Prominence Extra Help (HMO) ofrecido por *Prominence Health Plan en el sur de Texas*

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Prominence Extra Help. 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. 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, 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 cuenten 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 restricciones diferentes, como una autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Revise si los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, entre otros proveedores, incluidas las farmacias, continuarán formando parte de nuestra red el próximo año.

- Revise 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

- Revise la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área. Use el buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el [sitio web www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise 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 Extra Help*.
- 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 finalizará su inscripción en *Prominence Extra Help*.
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente 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 en <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 Atención Médica Asequible (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) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Acerca de *Prominence Extra Help*

- 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. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prominence Heart. Extra Help HMO).

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	8
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	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir cuál plan elegir	16
Sección 2.1: Si desea permanecer en <i>Prominence Extra Help</i>	16
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	18
SECCIÓN 5 Programas que proporcionan asistencia con el pago de los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?	20
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de <i>Prominence Extra Help</i>	20
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	21

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos de *Prominence Extra Help* 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 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>	\$3400	\$3400
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: \$0 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: copago de \$0 a \$5 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Hospitales de nivel 1: usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 90.</p> <p>Hospitales de nivel 2: usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 al 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 al 90.</p>	<p>Hospitales de nivel 1: usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 90.</p> <p>Hospitales de nivel 2: usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 al 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 al 90.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 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: 15% • Medicamento de nivel 2: 17% • Medicamento de nivel 3: 25% • Nivel de medicamento 4: 50% • Medicamento de nivel 5: 25% • Medicamento de nivel 6: 15% 	<p>Deducible: \$590</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: 15% • Medicamento de nivel 2: 24% • Medicamento de nivel 3: 25% • Nivel de medicamento 4: 50% • Medicamento de nivel 5: 25% • Medicamento de nivel 6: 15%
	<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>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)
<p>Prima mensual (Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare)</p>	\$0	\$0 No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año.No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año.
<p>Prima mensual para los servicios dentales complementarios opcionales (Incluye una asignación anual de \$7500): llame a Servicios para miembros al 855-969-5882 para agregar o eliminar para 2025.</p>	No aplica	\$44

- 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.	\$3400	\$3400 No se aplicarán cambios para los beneficios del próximo año. Una vez que haya pagado \$3400 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 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 surten en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios con información actualizada están disponibles en nuestro sitio web en [web www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com). También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o 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 en 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)
Servicios de ambulancia: ambulancia aérea cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$300 por traslado para servicios de ambulancia: ambulancia aérea cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$275 por traslado para servicios de ambulancia: ambulancia aérea cubierta por Medicare.
Servicios de ambulancia: ambulancia terrestre cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$300 por traslado para servicios de ambulancia: ambulancia terrestre cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$275 por traslado para servicios de ambulancia: ambulancia terrestre cubierta por Medicare.
Servicios quiroprácticos: atención de rutina	Usted no paga nada por este beneficio. Limitado a 12 consultas al año.	Usted paga un copago de \$20 por consulta. Limitado a 12 consultas al año.
Servicios dentales	Este plan dental pagará hasta \$3000 de límite máximo de cobertura del plan por año calendario.	Este plan dental pagará hasta \$3000 de límite máximo de cobertura del plan por año calendario.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes bucales (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 dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: copago de \$0. • Servicios de endodoncia: copago de \$0. • Periodoncia: copago de \$0. • Prostodoncia: copago de \$0. • Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0. <p>Debe usar la red de proveedores de Delta Dental.</p>	<p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes bucales (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 dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: copago de \$0. • Servicios de endodoncia: copago de \$0. • Periodoncia: copago de \$0. • Prostodoncia: copago de \$0. • Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0. <p>Debe usar la red de proveedores 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)
<p>Tarjeta de beneficios adicionales (de venta libre [over the counter], OTC)</p>	<p>\$120 por trimestre para suministros y medicamentos de venta libre (OTC).</p>	<p>\$120 por mes para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua).</p>
<p>Atención de emergencia cubierta por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago mínimo de \$60 por consulta para atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago máximo \$125 por consulta para atención de emergencia cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$140 por consulta para atención de emergencia cubierta por Medicare.</p>
<p>Otros servicios profesionales de atención médica cubiertos por Medicare (asistente médico/enfermero(a) practicante)</p>	<p>Usted no debe pagar nada por este beneficio.</p>	<p>Usted paga un copago mínimo de \$0 por consulta para otros servicios de profesionales de atención médica cubiertos por Medicare con un proveedor de atención primaria o un proveedor especialista preferido. Usted paga un copago máximo de \$5 por consulta para otros servicios profesionales de atención médica cubiertos por Medicare con un proveedor especialista no preferido.</p>
<p>Servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted no debe pagar nada por este beneficio.</p>	<p>Usted paga un copago mínimo de \$0 por consulta para servicios de médicos especialistas</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		cubiertos por Medicare con un proveedor preferido. Usted paga un copago máximo de \$5 por consulta para servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare con un proveedor no preferido.
Cuidado de rutina de los pies	Usted no debe pagar nada por este beneficio.	Usted paga un copago de \$5 por consulta para el cuidado de rutina de los pies.
Transporte	Viajes de ida ilimitados a una ubicación que esté relacionada con la salud aprobada por el plan.	48 viajes de ida a una ubicación que esté relacionada con la salud aprobada por el plan.
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.	Alimentos saludables estarán incluidos en la tarjeta de beneficios adicionales (OTC).
Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas (SSBCI): asignación para alimentos saludables/servicios públicos.	Los miembros con ingresos bajos pueden calificar para recibir \$100 por mes.	Los alimentos saludables y los servicios públicos estarán incluidos en 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 Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestro Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hemos efectuado cambios en nuestro "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 que se incluyen en la Lista de medicamentos para aplicarse al inicio de cada año son nuevos. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios que son permitidos por el reglamento de Medicare y que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente con el fin de proporcionarle la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso 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 y/o intentar conseguir un medicamento nuevo. 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 o menos restricciones 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 le trasladará de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos o se agregarán nuevas restricciones o ambas cosas.

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 está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos u obtenga 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 que hicimos, pero puede llegar después de que realicemos 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 la *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 le prescribe las recetas o a su farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

A partir de 2025, se aplicarán 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 del período sin cobertura y el Programa de descuento por el 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 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 del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual. El deducible no aplica para productos de insulina cubiertos ni la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y vacunas para viajar.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p>	<p>El deducible es de \$590.</p>

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>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la 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.</p> <p>Los costos indicados en este cuadro 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 de medicamentos a largo plazo o en una farmacia de la red que ofrezca una distribución de costos compartidos preferida, consulte el capítulo 6, sección 5 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 sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos 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</p> <p>Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Nivel 2: genérico</p> <p>Usted paga el 17% del costo total.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidad</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos Select Care</p> <p>Usted paga el 15% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan llegado a los \$5030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 1: genérico preferido</p> <p>Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Nivel 2: genérico</p> <p>Usted paga el 24% del costo total.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidad</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos Select Care</p> <p>Usted paga el 15% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofes).</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Para 2025, este plan participa en el modelo de Diseño de Seguros Basados en el Valor (Value Based Insurance Design, VBID). Es posible que vea una reducción en la distribución de costos compartidos de la Parte D en comparación con lo que se muestra en la sección Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados, dependiendo de su nivel de Ayuda adicional. 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 bajo el Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si usted llega a 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 de la sección 6 en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 2.1: si desea permanecer en *Prominence Extra Help*

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, quedará inscrito automáticamente en nuestro *Prominence Extra Help*.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Si bien esperamos mantenerlo como 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.

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), 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 Extra Help *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 Extra Help *se cancelará automáticamente*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, ebe 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 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.

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 o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 se mudó recientemente 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

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 Programa SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP).

Se trata de un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría **gratuita** sobre seguros de salud locales a personas que cuentan con Medicare. Los asesores del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la 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 Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) visitando su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 5 Programas que proporcionan 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, disponible 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 estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa denominado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (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 (SPAP) del estado de Texas. 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 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.
 - **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos personales de medicamentos a partir de 2025. 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 su 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, independientemente de su 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 1-855-969-5882 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

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 (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 Extra Help*. 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 en 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 en 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). 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.