

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Beyond (HMO) –

Región del Norte de Nevada

Condados de Carson City, Churchill, Douglas,  
Lyon y Storey

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Prominence Beyond (HMO)

H5945, 020 (Región norte de Nevada)

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

La información sobre los beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se mencionan todos los servicios que cubrimos ni se incluyen todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite el folleto de la *Evidencia de cobertura 2024* llamando al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver y descargar el folleto de *Evidencia de cobertura 2024* en

[ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Prominence Beyond (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Prominence Health Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Para unirse a Prominence Beyond (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada:

Nevada

H5945-020: Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon y Storey.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, lea el folleto *Medicare y Usted*.

Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios TTY deben llamar al -1877-486-2048).

Este documento está disponible en otros formatos como en braille o letras más grandes.

Para obtener más información, llámenos al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas. También puede visitar nuestro sitio web:

[ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

**Prominence**<sup>®</sup>  
Health Plan

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Prominence Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0	Este plan no tiene deducible.
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b> (No incluye costos de medicamentos recetados).	\$6200 por año.	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por su plan.
<b>Cobertura hospitalaria pacientes ambulatorios</b>	\$145-\$335 por día para los días 1 a 6. \$0 por día del día 7 al 90.	Su médico está obligado a notificar al plan cuando es admitido.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  Cirugía ambulatoria u otros otros servicios recibidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.  Atención de observación  Servicios del centro de cirugía ambulatoria	\$350 para pacientes ambulatorios.  \$250 para atención de observación.  \$100 por cirugía ambulatoria.	Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y del centro quirúrgico ambulatorio el plan.  Un copago mínimo de \$25 para tratamiento de heridas en el consultorio de un proveedor, centro quirúrgico ambulatorio y centro de atención de heridas contratado independiente.
<b>Consultas al médico</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	\$0 por consulta de atención primaria.  \$45 por consulta con un especialista.	Es posible que se requiera autorización previa para realizar una consulta con un especialista.
<b>Atención preventiva</b>	\$0 para servicios preventivos de Medicare original.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.  Para obtener más información, Consulte el capítulo 4: "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)" en la <i>Evidencia de cobertura 2024</i> .
<b>Examen físico anual</b>	\$0	Es posible que tenga que realizar copagos por exámenes de detección o pruebas de diagnóstico que se tenga que hacer antes o después de esta consulta.

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada	Lo que debe saber
<b>Atención en casos de emergencia</b>	<p>\$80 en un centro de emergencias independiente.</p> <p>\$120 en otros centros de emergencia.</p> <p>\$125 para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.</p>	<p>Se eximirá del copago si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a la fecha de consulta para recibir atención en caso de emergencia.</p> <p>El monto de la cobertura máxima de \$50,000 se aplica a servicios de emergencia y las consultas atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados.</p>
<b>Atención de urgencia</b>	<p>\$50 por consulta.</p> <p>\$30 fuera de Estados Unidos.</p>	<p>No se cobra el copago si ingresa en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a la consulta de atención de urgencia.</p> <p>El monto de la cobertura máxima de \$50,000 se aplica a servicios de atención de emergencia y urgencias fuera de los Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b></p> <p>Servicios de análisis, pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de diagnóstico radiológicos (como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética)</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 para procedimientos de diagnóstico.</p> <p>De \$60 a \$100* para servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética). *El copago dependerá del centro utilizado.</p> <p>\$35 para servicios radiológicos el plan.</p> <p>\$0 para radiografías.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de diagnóstico radiológicos y para los servicios de laboratorio para pruebas genéticas.</p>

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada	Lo que debe saber
<b>Servicios para la audición</b>	<p>\$0 por examen de audición de rutina para saber si necesita audífonos. Un examen por año.</p> <p>\$10 para servicios para la audición cubiertos por Medicare. (Exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio).</p> <p>\$800 para audífonos por año (por oído).</p>	<p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de cobertura de los audífonos.</p> <p>Todos los audífonos deben comprarse a través de Hearing Care Solutions.</p> <p>Programe sus citas a través de Hearing Care Solutions al 866-344-7756.</p> <p>No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.</p>
<b>Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare</b>	\$0	No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.
<b>Servicios odontológicos: preventivos e integrales</b> (El plan odontológico está incluido)	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales están incluidos</p> <p>sin ninguna prima mensual adicional</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:  limpieza dental: 2 por año  examen bucal: 2 por año  radiografía dental: una vez por año  servicios que no se consideran de rutina  servicios de diagnóstico  servicios de restauración  endodoncia  periodoncia  extracciones  Prostodoncia, incluidos implantes  cirugía oral/maxilofacial</p>	<p>No tienen ningún deducible, copago ni coseguro.</p> <p>Cobertura máxima de \$4000 por año por año para servicios odontológicos preventivos e integrals combinados.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de la cobertura odontológica.</p> <p>Debe usar la red de proveedores Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
<b>Odontología: opcional complementaria</b> (Plan odontológico premium)	<p>\$7500 de asignación total para odontología preventiva e integral.</p> <p>Prima mensual de \$32.</p>	Red ampliada de odontólogos además de coronas y extracciones adicionales aparte de la cobertura del plan odontológico básico

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada	Lo que debe saber
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<p>\$0 por examen oftalmológico de rutina (exámenes oftalmológicos para anteojos o lentes de contacto). Un examen por año.</p> <p>\$30 para exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare (exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo).</p> <p>\$500 de asignación anual para anteojos.</p>	<p>Debe usar la red de proveedores de National Vision Administrators (NVA).</p> <p>No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.</p>
<b>Servicios para la salud mental</b>  Consulta de paciente internado  Consulta de terapia ambulatorial  Hospitalización parcial	<p>\$330 por día para los días 1 a 5. \$0 por día para los días 6 a 90.</p> <p>\$35 por terapia individual o grupal.</p> <p>\$55 por día para servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>Para las hospitalizaciones para la atención de la salud mental de paciente internado, su médico está obligado a notificar al plan cuando usted sea admitido.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de hospitalización parcial.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>\$0 por día para los días 1 a 20. \$203 por día para los días 21 a 100.</p>	Se requiere autorización previa.
<b>Fisioterapia</b>	\$50 por consulta.	Se requiere autorización previa para las consultas adicionales a las 12 anuales.
<b>Ambulancia</b>	Usted paga \$300 por tramo de traslado.	<p>Un segmento es el traslado por ambulancia al centro adecuado más cercano.</p> <p>Si después lo trasladan en ambulancia a otro centro, usted pagará por otro tramo.</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no se considere de emergencia.</p> <p>No se aplica el copago si usted es admitido en el hospital como paciente internado.</p>

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada	Lo que debe saber
<p><b>Transporte</b></p> <p>Relacionado con la salud</p> <p>No relacionado con la salud</p>	<p>\$0 para servicios de transporte aprobados por el plan</p> <p>Traslados ilimitados a ubicaciones relacionadas con la atención de salud aprobadas cada año calendario.</p> <p>Hasta 20 traslados a lugares que no se relacionan con la salud aprobados por el plan, incluidos supermercados, bancos, gimnasios, centros comunitarios y otros eventos sociales</p>	<p>Viajes sencillos ilimitados a ubicaciones relacionadas con la atención de salud aprobadas cada año. Es posible que se apliquen límites de millaje.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Para usar el beneficio de transporte no médico, deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Estar inscrito en un programa de gestión de la atención con su plan.</li> <li>2) Usar los transportistas contratados por el plan.</li> <li>3) Programar el traslado con 72 horas de anticipación.</li> </ol>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Del 0% al 20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previas.</p>
<p><b>Equipos/suministros Médicos</b></p> <p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) e insumos médicos</p> <p>Suministros para diabéticos</p>	<p>20% del costo total.</p> <p>20% del costo total.</p> <p>\$0 del costo total de suministros para diabéticos, lo que incluye medidores de glucosa y tiras reactivas.</p> <p>20% del costo total de zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos.</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos y zapatos o plantillas terapéuticos para personas con diabetes.</p> <p>Los únicos glucómetros y tiras reactivas cubiertos son los de CONTOUR®. (No se requiere autorización, a menos que se soliciten más de 150 tiras por suministro para 30 días).</p> <p>Los suministros para el control continuo de glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta es FREESTYLE LIBRE®.</p> <p>Otras marcas requieren autorización previa y ser necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>La cobertura se limita a un medidor o monitor continuo de glucosa cada 365 días.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Prominencia Beyond (HMO) – 020 Norte de Nevada</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Servicios de podiatría</b> (Atención de los pies)	\$20 por atención de rutina de los pies.  \$35 por servicios de podiatría el plan.  \$35 para el cuidado del pie diabético.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.  Se requiere autorización previa para todo.
<b>Atención quiropráctica</b>	\$20 por atención quiropráctica de rutina.  \$20 para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.  Se requiere autorización previa para todo.
<b>Programa de comidas</b> (posterior al alta hospitalaria)	\$0	Usted puede reunir los requisitos para recibir hasta 84 comidas que se le enviarán durante un período de 28 días dependiendo de su necesidad.  Se requiere autorización previa.
<b>Beneficio en alimentos</b>	Los afiliados con enfermedad renal en fase terminal pueden calificar para recibir \$250 mes.	Es posible que se requiera autorización y coordinación de la atención previa.
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> (El programa de Silver&Fit® de ejercicio y envejecimiento saludable)	\$0	Acceso a la afiliación a un centro de acondicionamiento físico en una participante de la red. Puede seleccionar un kit de gimnasia para el hogar, incluido, Fitbit, Garmin, yoga, kits de resistencia y mucho más.
<b>Medicamentos y productos de venta libre</b> (OTC, por sus siglas en inglés) de venta libre	\$110 de asignación trimestral.	Los saldos sin usar no se transfieren para el siguiente período.
<b>Servicios de telesalud</b>	\$0 para servicios de atención médica y salud mental.	Por servicios del médico de atención primaria y sesiones individuales de especialidad de salud mental a través de Teladoc.



<b>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de la farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días)*</b>	
<b>Etapa de deducible anual</b>	\$545  El deducible se aplica únicamente a los niveles 3, 4 y 5.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> Nivel 1: genérico preferido Nivel 2: genérico Nivel 3: de marca preferido Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: medicamentos de especialidad Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0. Usted paga \$12. Usted paga \$35 Usted paga \$100. Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$0.
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Usted ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030).	Para medicamentos que se encuentran en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• 25% del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Una vez que haya llegado a la fase de cobertura catastrófica, usted paga \$0 por los medicamentos recetados de la Parte D.

\* Los medicamentos recetados pueden tener un suministro de hasta 100 días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Medicamentos recetados de pedido por correo para pacientes ambulatorios (suministro para 100 días)*	
<b>Etapa de deducible anual</b>	\$545  El deducible se aplica únicamente a los niveles 3, 4 y 5.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> Nivel 1: genérico preferido Nivel 2: genérico Nivel 3: de marca preferido Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: medicamentos de especialidad Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0. Usted paga \$24. Usted paga \$70 Usted paga \$300. No disponible. Usted paga \$0.
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Usted ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030).	Para medicamentos que se encuentran en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• 25% del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Una vez que haya alcanzado la fase de cobertura catastrófica, usted paga \$0 por sus medicamentos recetados de la Parte D.

La distribución de costos puede cambiar cuando usted ingresa a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener información más específica sobre las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de Cobertura 2024* en línea en [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que conozca plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio de atención al cliente al 855-969-5882 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

### Conozca los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial de aquellos servicios para los que acude regularmente a un médico. Visite [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com) o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para obtener una copia de la Evidencia de Cobertura.
- Analice el directorio de proveedores, o pregúntele a su médico, para asegurarse de que los médicos a los que acude ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un médico nuevo.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una farmacia nueva para acceder a sus medicamentos recetados.

### Conozca las reglas importantes

- Deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Es posible que los beneficios, las primas o los copagos o coseguros cambien el 1 de enero de cada año del plan.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, la cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la cobertura nueva de Medicare Advantage. Si cuenta con TRICARE®, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la cobertura nueva de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE® para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza de Medigap porque pagaría por una cobertura que no puede usar.

Prominence Health Plan es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores se pueden modificar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en: [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

Puede consultar el *Formulario* completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

El programa Silver&Fit<sup>®</sup> es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Incorporated (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). No todos los programas y servicios están disponibles en todas las áreas. Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza en este documento con su autorización.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).